

Université Lumière Lyon 2
École doctorale : Sciences de l'éducation, Psychologie, Information, Communication
Institut de la Communication
Équipe de recherche : Triangle

Dire(s) d'urgence

La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital

Par Jérôme THOMAS

Thèse de doctorat en Sciences de l'information et de la communication
Sous la direction de Bernard LAMIZET
Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2010

Membres du jury : Bernard LAMIZET, Professeur des universités, Institut d'Etudes Politiques de Lyon
Bernard DELFORCE, Professeur émérite, Université Lille 3 Anne-Marie HOUDEBINE, Professeur des universités, Université Paris 5 Jean-Marc ELCHARDUS, Professeur des Univ. – Praticien Hosp., Université Lyon 1

Table des matières

Contrat de diffusion . . .	6
Remerciements . . .	7
La plasticité insaisissable de l'urgence <i>Introduction</i> . . .	8
L'urgence, ce qui se dérobe . . .	8
Une démarche ethnographique . . .	10
Penser l'articulation du psychique et du politique . . .	12
Parcours de la thèse . . .	14
Partie I : Traiter de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication, un défi épistémologique. . . .	16
Chapitre 1 : De l'hypothèse d'un inconscient des sciences de l'information et de la communication aux présupposés anthropologiques au cœur de la thèse . . .	17
I. L'hypothèse d'un inconscient épistémologique . . .	17
II. L'inconscient des sciences de l'information et de la communication constitué à partir de coupures et de « transgressions raisonnées » . . .	23
III. De l'inconscient épistémologique aux « anthropologies philosophiques » ou présupposés anthropologiques de la thèse : l'être humain comme « parlêtre » désirant et divisé. . .	30
Chapitre 2 : Rendre compte de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication : une approche interdisciplinaire . . .	41
I. Les disciplines mobilisées : logique de leur sélection, logique de leur lecture . . .	42
II. Psychanalyse et sciences de l'information et de la communication : bâtir des ponts . . .	47
III. L'apport de l'anthropologie de la médecine : une méthodologie et une aide à l'analyse des rapports entre communication, efficacité du soin et relation thérapeutique . . .	58
IV. L'apport de la sociologie de la maladie et de la médecine : la maladie comme « signifiant social » et « forme élémentaire de l'événement » . . .	61
V. L'apport de la sémiotique politique : une analyse de la médiation politique comme dialectique entre désir et sociabilité. Vers la cohérence épistémologique. . .	63
Partie II : L'enquête ethnographique au centre de la thèse : terrain, méthodologie de production des données, construction de l'objet de recherche . . .	68
Chapitre 1 : De la rencontre avec une réalité fascinante et captivante au désir de la raconter . . .	68
I. Le pavillon N : présentation esquissée de notre terrain . . .	71
II. Du désir et de la nécessité de raconter le terrain à l'exigence de faire science : présentation des enjeux et des difficultés méthodologiques . . .	83
Chapitre 2 : Méthodologie principale : l'observation et la description ethnographique problématisées autour du rapport entre regard, langage et connaissance. La nécessité de la réflexivité. . . .	89
I. L'observation ethnographique : l'implication du chercheur sur le terrain : tenter de maîtriser les effets de la subjectivité et les perturbations du terrain induites par le chercheur. . .	89
II. La description ethnographique : comprendre les modalités du passage du visible au dicible pour rendre compte de la forme de la connaissance produite . . .	104

Chapitre 3 : Définition de l'objet de la recherche, construction de la problématique et des hypothèses de la thèse . . .	117
I. L'objet de la recherche circonscrit par l'approche épistémologique et méthodologique de la psychiatrie d'urgence . . .	117
II. Ce qui n'est pas l'objet de la recherche (et qui existe pourtant) . . .	120
Partie III : La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation . . .	122
Chapitre 1 : Temps, espace et communication dans l'urgence psychiatrique . . .	122
I. Usage et maniement des temporalités dans la psychiatrie d'urgence . . .	122
II. Pour une approche topologique de la psychiatrie d'urgence : le nouage des aspects psychiques, politiques et communicationnels du phénomène . . .	146
III. Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique : l'élaboration d'une topologie à partir d'une topographie communicationnelle du service. . .	160
Chapitre 2 : Efficacité symbolique et logiques de soin à l'hôpital : une approche orientée par l'anthropologie . . .	167
I. Apport de la notion d'efficacité symbolique à une approche de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication . . .	171
II. De l'efficacité symbolique à une approche de la psychiatrie d'urgence en termes de sémiotique politique : signification et déplacement de la signification du malheur dans la relation thérapeutique . . .	196
III. Les urgences : espace de confrontation entre les identités médicales et ligne de partage entre les logiques de soin aux urgences . . .	212
Chapitre 3 : La dimension tragique et imaginaire de la psychiatrie d'urgence : une analogie avec la tragédie dans le théâtre grec antique . . .	218
I. Enjeux épistémologiques de la démarche analogique et conditions d'applicabilité de la métaphore tragique à la psychiatrie d'urgence . . .	221
II. Une sémiotisation de l'espace du service d'urgence à partir des lieux institués par le dispositif de la tragédie grecque : acteurs, chœur et spectateurs ; <i>skéné, orchestra</i> et <i>koilon</i> . . .	231
III. La tragédie aux urgences psychiatriques dans la dramatisation de la rencontre : théâtralisation de la souffrance et dramaturgie de l'urgentiste . . .	245
Chapitre 4 : Entre la décharge et l'asile . . .	257
I. Conceptualisation sémiotique et psychanalytique de la notion de déchet : une menace du symbolique et de l'identité . . .	261
II. Deux aspects de la manifestation du réel dans la psychiatrie d'urgence : les « patients-déchets » et le « sale boulot » de la contention . . .	267
III. Les urgences psychiatriques aujourd'hui : un lieu de l'espace public qui porte les traces de la Nef des Fous, de la Cour des Miracles et de l'Hôpital Général. Figures de l'errance et du déchet et leur rapport à la folie dans l'histoire . . .	279
IV. « Patients-déchets », errance et urgence : penser les conditions d'un retour à la fonction asilaire . . .	303
Chapitre 5 : Flottance du signifiant de l'urgence et statut de la parole à l'hôpital. . .	306
I. Elaboration théorique de la notion de flottance, à la croisée des chemins entre psychanalyse, anthropologie et sémiotique . . .	311
II. Flottance et vacillement des normes aux urgences . . .	324
III. Des considérations sur la flottance de l'urgence aux questionnements sur le statut de la parole à l'hôpital : narration de sa vie par le sujet et risque de sacralisation de la parole . . .	340

<u>Chapitre 6</u> :Epilogue théorique et épistémologique : la psychiatrie d'urgence comme structure de communication et de médiation . .	348
Conclusion . .	354
Bibliographie . .	362
Ouvrages . .	362
Articles . .	371
Annexe 1 : Tableau récapitulatif des patients rencontrés . .	380
Annexe 2 : La Cour des Miracles de l'hôpital . .	382
Annexe 3 : Les représentations sur la contention au Pavillon N . .	392
Annexe 4 : Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 . .	407
Journal ethnographique & Fragments cliniques . .	416
Journal d'observation . .	419
Fragments cliniques . .	513

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Remerciements

Je veux d'abord dire toute ma gratitude à Bernard Lamizet, mon directeur de thèse, pour l'amitié, l'enthousiasme et la disponibilité sans faille qu'il a montrés à mon égard durant tout le temps de cette recherche. Je n'oublierai pas les agréables moments de conversation et le plaisir des courriers échangés qui ont contribué à animer mon désir de chercheur.

J'adresse mes sincères et respectueux remerciements à Monsieur Jean-Marc Elchardus pour m'avoir accueilli dans son service et pour m'avoir fait confiance en me permettant d'avoir accès à un terrain si précieux dans des conditions très confortables. C'est un honneur qu'il fasse partie du jury de cette thèse. Merci aussi aux autres membres de mon jury, Anne-Marie Houdebine et Bernard Delforce, pour leur lecture patiente de ce travail.

Mes remerciements vont aussi à tous les membres de l'équipe de psychiatrie du pavillon N. Je tiens particulièrement à dire ma reconnaissance à Caroll de Weck, Juliette Grison-Curinier, Yannis Gansel, Mohamed Meniri et Dominique Reydellet pour leur accueil, pour leur patience et pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche.

Je remercie ma famille, en particulier mes parents et ma sœur, pour leur soutien et leur curiosité sérieuse et amusée vis-à-vis de mes travaux. Sans qu'ils le sachent vraiment et chacun à leur manière, sans doute ont-ils eux aussi contribué à forger et à attiser mon désir de chercheur. Je pense aussi à ma grand-mère qui oublie petit à petit, mais qui doit être bien fière.

Je dois beaucoup à mes amis pour les moments de travail partagé dans l'austérité des bibliothèques, mais aussi pour avoir su accueillir mes confidences inquiètes, indissociables du travail de thèse. Je tiens ainsi à exprimer mon immense gratitude à Vincent, pour le miracle de ses formules, à Jeanne, Katia et Nellie, pour la gaieté et l'enthousiasme qu'elles me communiquent toujours, à Zohra, si convaincante et si drôle dans les moments de vacillement, à Amandine et Toni, pour leur amitié joyeuse et bienveillante.

J'adresse aussi mes remerciements à mes collègues et amis jeunes chercheurs, compagnons de route sur le dur chemin de la thèse, Eva, Audrey, David, Valentyna et les autres.

Je pense aux patients des urgences, à leur détresse, banale et extraordinaire.

La plasticité insaisissable de l'urgence

Introduction

L'urgence, ce qui se dérobe

Partons de l'idée et maintenons-la fermement que l'urgence, c'est ce qui se dérobe. Pour le sujet qui la vit, elle est une expérience terrifiante, un terrible moment de vacillement, un dérobage où les jambes fléchissent et où le sens s'évanouit, événement de corps et événement psychique où les médiations, les modalités du rapport à l'autre, révèlent leur immense précarité. Elle est un moment d'isolement, une épreuve criante, pour le sujet, de son irréductible singularité. Pour le chercheur qui a le désir de l'appréhender par la théorie en suivant le chemin de la science et de ses méthodes, elle se présente comme une dérobage infinie. Quelle que soit la forme qu'elle prend – expérience, phénomène, pratique, dispositif, notion, concept –, elle échappe à toute volonté de réduction dans un savoir clos et défini, dans une connaissance absolue. Le sujet, dans une situation d'urgence, se retrouve confronté à des manifestations inquiétantes qui lui révèlent de manière angoissée un non-savoir sur lui-même. L'urgence installe le sentiment *d'une inquiétante étrangeté*¹, comme dirait Freud, l'expérience confuse d'une absence à soi-même, d'une rupture dans la continuité rassurante et répétitive du quotidien. Le chercheur, quant à lui, en demeure de produire des connaissances sur l'urgence est contraint d'accepter l'impossible systématisation des hypothèses qu'il formule à son propos : le caractère imprévisible, inconstant, confus, chaotique et vacillant de l'urgence la laisse réfractaire à être enserrée dans une pensée trop rationnelle et dans des structures théoriques trop figées. Pour le sujet qui la vit, pour le chercheur qui souhaite en rendre compte, l'urgence est d'abord un impensable. En ce sens, parce qu'elle est dérobage pour le sujet et parce qu'elle se présente comme faux-fuyant, dérobage infinie pour le chercheur, l'urgence manifeste ce qui la caractérise d'abord et avant tout : elle appartient, ainsi, en premier lieu, à ce que Jacques Lacan désigne par le champ du réel. L'urgence signale, dessine et marque les limites du symbolique, l'horizon de toute représentation possible et le poids du manque à dire qui est constitutif et condition de l'existence de tout sujet parlant.

L'urgence se dissimule et s'exprime sous des formes et des figures variées (urgence politique – l'état d'urgence –, urgence médicale – les services d'urgence –, urgence de l'économie et des marchés – logique de la performance au travail et de la rentabilité toujours maximisée de l'entreprise –, etc.). Notre travail porte sur une de ces formes, *la psychiatrie d'urgence*, partie de l'urgence médicale, qui n'est peut-être pas indépendante des autres, ne serait-ce que parce qu'elle entretient un rapport spécifique au politique et à l'économie que la thèse a pour projet d'éclaircir. Si la focale est rétrécie, le phénomène ne perd par pour autant de sa complexité tant il dévoile de multiples dimensions. La psychiatrie d'urgence renvoie en effet tout à la fois à des *situations* critiques de détresse psychique, à des situations plus étonnantes, mais néanmoins très courantes, de détresse sociale, mais aussi à des *pratiques*, celles de la médecine d'urgence, et à un *dispositif*, l'espace institutionnel que

¹ « L'inquiétante étrangeté », traduit par B. Féron, in FREUD Sigmund, *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, pages 213-263.

constituent les services d'urgence. Ce sont tous ces aspects que notre thèse se propose de questionner et d'articuler au prisme d'une approche sémiotique ancrée dans le champ des sciences de l'information et de la communication.

Mais avant d'être une forme ou une figure, ce qui peut permettre plus aisément une analyse sémiotique, l'urgence est d'abord une expérience, une épreuve, un événement tant pour les patients qui y sont confrontés que pour les soignants qui y sont plongés. C'est pour prendre pleinement en compte cette dimension d'expérience, d'expérience d'abord *réelle*, que notre thèse suit des orientations épistémologiques, méthodologiques et finalement théoriques spécifiques. On aperçoit déjà un peu ici ce qui est à la fois problématique et constitue le défi que tentera de relever cette thèse : comment les sciences de l'information et de la communication, qui travaillent sur le sens et les échanges symboliques, sont-elles en mesure de parler de ce qui, précisément, se définit par une absence de signification ? Peut-on faire une *sémiotique de l'insensé* ? Pas sans inclure, en tous cas, la question du réel, souvent refoulée dans les études en communication. Dans l'urgence, en effet, on est inhibé, angoissé, pris dans le présent d'une souffrance, ou alors on est en demeure d'agir, de prendre une décision, ce qui nous place hors du champ symbolique, hors du champ de la représentation et de l'échange. Dans l'urgence, quelque chose arrive, un événement surgit qu'on ne comprend pas parce qu'il est inassimilable aux séries d'événements connus qui jalonnent notre existence individuelle et collective. Les médiations qui nous permettent de faire signifier le monde se suspendent, dévoilent leur vanité. Notre projet est alors de faire sortir l'urgence du champ de l'expérience impartageable en progressant vers un *pouvoir dire*. Encore une fois, cette progression est autant celle du patient que celle du chercheur pourtant confrontés différemment à l'urgence. Le patient des urgences, arrivé sans parole dans un vécu singulier et irréductible de la crise repart du service avec une formule possible de sa souffrance et une reconnaissance sociale de celle-ci, ce qui le réintroduit dans la logique de la médiation. Le chercheur, confronté à la disparité des situations de détresse et à la multiplicité des modalités d'accueil, part du chaos et de la confusion inexprimable des phénomènes pour aboutir à des formules, nécessairement dialectiques car articulant des opposés, des ambivalences, des contradictions, susceptibles d'éclairer des *facettes* de l'urgence au relief kaléidoscopique. Chaque dérobade de l'urgence à être saisie par une formule univoque ouvre à la nécessité de la production d'autres énoncés scientifiques, selon quelque décalage théorique. C'est ainsi que nous avons procédé à une *approche multifocale* de l'urgence que chaque nouveau chapitre de la thèse permettra d'illustrer.

Si nous nous sommes tout de même engagé dans ce projet, en nous confrontant sans cesse, dans une sorte d'insécurité scientifique, à la plasticité insaisissable de l'urgence, c'est sans doute grâce à une série de rencontres. Car au fond, l'urgence ne s'élabore qu'au cours de la relation avec un autre. Cela est de nouveau autant valable pour le patient, qui ne s'extrait de la situation d'urgence qu'après avoir rencontré un médecin ou un psychiatre, que pour le chercheur qui ne peut se fonder sur aucune norme, aucune définition de l'urgence, à part en s'enseignant de points de vue, auprès de patients et de praticiens, observés et écoutés, et qui figent, momentanément, une conception du phénomène. C'est la concaténation de ces points de vue, de ces scènes et de ces récits d'expérience de l'urgence, ensuite réélaborée par le chercheur au sein de concepts qui n'envisagent pas d'emblée la question de l'urgence, qui permet de tracer les lignes tremblotantes d'une interprétation jamais close. La nécessité d'être en présence de l'autre pour pouvoir formuler quelque chose de l'urgence est au fondement de notre stratégie d'approche de l'urgence par l'ethnographie et la psychanalyse qui, toutes deux, mettent au centre de leurs élaborations les questions de l'affect, du langage et de la relation à l'altérité.

Toutes les rencontres que nous fîmes aboutirent à faire déconsister nos représentations de l'urgence et de la psychiatrie ce qui, bien au lieu de nous décourager, nous engagea foncièrement dans ce travail en laissant présager une forme d'insécurité, certes, mais aussi son envers dialectique qui serait une forme d'ivresse de la recherche qui se manifeste à chaque fois que les présupposés et les connaissances vacillent, sont mises en doute, et ouvrent ainsi des champs d'investigation inédits. La première rencontre fondamentale, mise à part celle de notre directeur de thèse qui, dès ses enseignements à l'I.E.P de Lyon nous engagea dans une réflexion générale sur les rapports entre le psychique et le politique qui s'avèrera être au cœur de la psychiatrie d'urgence, fut avec les membres du Département d'Information Médicale d'un hôpital psychiatrique lyonnais. Lors d'un stage effectué en 2006, ils nous donnèrent la possibilité d'exploiter des fiches d'admission correspondant au passage d'environ 15 000 patients dans le service d'urgence de leur hôpital. Epaulé par la psychiatre qui dirigeait le service, nous avons mis en évidence l'existence d'une population, grâce à ce que nous avons appelé, dans une formule un peu paradoxale, les « chroniques de l'urgence »². Nous découvrîmes-là que les urgences psychiatriques étaient fréquentées par une population de sujets précaires, parfois errants, pas nécessairement en crise psychique, mais qui exploitaient le service comme un lieu d'asile sans même craindre d'être hospitalisés. Une autre rencontre d'importance fut sans doute celle d'un groupe de travail, auquel nous sommes resté fidèle et dans lequel nous sommes aujourd'hui plus largement impliqué qu'au début, constitué de psychanalystes, dont quelques-uns sont psychiatres, de l'Ecole de la Cause Freudienne, à Lyon. Au-delà de l'impact que cette rencontre a sans doute eu dans les élaborations théoriques de cette thèse, nous fîmes ici non pas déconsister une définition univoque de l'urgence, mais un certain visage de la psychiatrie puisque des psychiatres se montraient en mesure de défendre une clinique s'appuyant pleinement sur la parole du sujet. Nous découvrîmes ainsi que la psychiatrie, en France, était aujourd'hui un champ de lutte entre tenants d'une clinique d'inspiration psychanalytique et tenants d'une médecine plus « scientifique » fondée sur le comportementalisme, le cognitivisme et les neurosciences. Le service d'urgence qui a constitué notre terrain est ainsi dirigé par un psychiatre et doté d'une équipe de psychiatrie promouvant une clinique d'inspiration psychanalytique. Une autre représentation de l'urgence, comme règne de l'action et du temps court, était donc de nouveau mise à mal, puisqu'*a priori* incompatible avec les présupposés psychanalytiques. La dernière rencontre, la plus déterminante sans doute, fut celle de notre terrain et notamment des patients qui, chacun, dans leurs récits banals ou incroyables, venaient donner une version déroutante et déconcertante de l'urgence. Cette thèse vise à donner une consistance et une cohérence théorique à ces vacillements qui se retrouvent interprétés dans ce que nous avons nommé la *flottance* de l'urgence dans la dernière partie de la thèse (chapitre 5).

Face à l'urgence qui se dérobe et déborde, nous avons cependant envisagé quelques moyens de l'appréhender. Il s'agit maintenant les introduire, mais brièvement, puisqu'ils font l'objet de développements précis dans le corps de la thèse.

Une démarche ethnographique

² Nous avons placé en annexe les résultats plus précis de cette étude ainsi que leur commentaire qui ont fait l'objet d'une publication : THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.

La démarche ethnographique s'est imposée à nous dans la mesure où elle entre en cohérence avec ce que nous venons d'évoquer, à savoir que l'urgence est avant tout une *expérience* qui ne cesse de manifester des points de *singularité irréductible*. L'expérience ethnographique engage en effet pleinement la subjectivité du chercheur et ses affects. Autrement dit, sans pouvoir l'exprimer pleinement, elle permet cependant de ne pas refouler ce qui constitue la dimension réelle de l'urgence dont le chercheur fait l'épreuve, au moins en tant qu'observateur et parfois en tant que participant, pour ce qui nous concerne. Sans entrer dans les détails méthodologiques qui font l'objet de la deuxième partie de la thèse, on peut cependant rendre compte ici de la manière dont l'expérience ethnographique a contribué à donner un contenu spécifique à notre thèse.

Selon nous, le premier avantage de l'ethnographie pour cette thèse est qu'elle a permis une posture singulière du chercheur par rapport au terrain. En effet, l'expérience d'observation et l'expérience d'écriture du journal constituent le terrain dans deux dimensions, l'une réelle et l'autre symbolique. Le terrain est ainsi pour le chercheur, à la fois un souvenir d'expérience partiellement incommunicable – ancrée sur la mémoire du regard, sur la *pulsion scopique* – et une construction sémiotique à travers le texte du journal, quant à lui transmissible, moyennant un certain nombre de précautions méthodologiques, à la communauté des chercheurs. Ainsi, au seuil de la rédaction des éléments théoriques de la thèse, le chercheur entretient, face aux interprétations et aux explications totalisantes et systématisantes, une sorte de vigilance qui lui est rappelée par les remémorations du terrain inexprimables dans le journal ethnographique. Dans cette mesure, l'ethnographie fait du terrain un lieu d'expérience, plutôt qu'un lieu d'expérimentation. Nous avons en effet pris le parti, explicité dans la thèse, ne pas suivre de protocoles expérimentaux d'observation qui, selon nous, écrasent, sous une volonté généralisante, les aspérités du terrain et la possibilité de se rendre attentif aux manifestations singulières, toujours particulières, qui caractérisent les recours des patients, puis leurs rencontres avec les soignants, aux urgences psychiatriques. On ne peut en effet prétendre mener une étude de la remédiation, c'est-à-dire des modalités de réarticulation de la singularité au collectif, rompue lors de la crise psychique et qui a suscité le recours aux urgences, en élaborant des grilles de lectures du terrain qui établissent des types, des classements, des catégories rigides qui ne laissent pas de place aux bizarreries des sujets, à ce qui de leur désir se manifeste et interroge les normes sociales.

En outre, dans la mesure où notre travail s'attache à rendre compte des situations de communication entre patients et soignants notamment, l'ethnographie était la seule manière de se trouver au plus près de l'énonciation des sujets engagés dans cette rencontre spécifique que met en place le recours aux urgences. L'urgence exige en effet d'être le plus attentif possible au contexte, mais aussi surtout aux accidents et à l'imprévisibilité de l'énonciation qui comportent un caractère crucial dans la prise en charge d'urgence qui marque le retour de la parole, la tentative d'une énonciation inédite après un passage à l'acte, par exemple. C'est ainsi sans doute l'ethnographie qui nous a permis de repérer la dimension de théâtralisation de l'expression des patients et des soignants au moment de leur rencontre, souvent dramatisée et porteuse d'aspects de la tragédie antique.

Enfin, l'écriture et le texte ethnographique nous paraissent d'une extrême richesse quant au *plaisir du texte*³ et à l'intertextualité qu'ils permettent de mettre en œuvre. Le journal ethnographique constitue un type de corpus original dans le champ des sciences de l'information et de la communication, puisqu'en travaillant à partir de ce matériau, le

³ BARTHES, Roland. *Le plaisir du texte* [1973]. Seuil, 1982. Coll. « Points Essais ». Nos considérations méthodologiques de la deuxième partie nous amèneront à beaucoup nous référer à R. Barthes.

chercheur travaille en fait à partir d'un entremêlement de voix au sein desquelles figure, en bonne place, la sienne. Des méthodes, détaillées dans la thèse, permettent au chercheur de ne pas faire de l'ethnographie une biographie et de limiter les biais de l'investissement subjectif et des mouvements psychiques du chercheur. Mais cet entremêlement de voix est source d'invention puisque le journal constitue une sorte d'instance intermédiaire, à la fois libre et contrainte, entre l'expérience du terrain et son interprétation. En faisant s'entrechoquer sa voix, celle des patients, celle des médecins, celle des infirmiers et parfois celle, plus implicite, d'autres chercheurs, et en travaillant la langue par le récit, le chercheur construit une vision kaléidoscopique, en « patchwork », du terrain – qui correspond bien au soin de ne pas trop rationaliser l'urgence – en même temps qu'il fait émerger un objet sémiotique comportant plusieurs plans de compréhension et d'interprétation. En somme, l'ethnographie dispose de cette qualité de donner à voir des éléments de réalités en leur conservant la possibilité de signifier de manière plurivoque. Ainsi, le texte ethnographique produit du sens là où il ne semblait pas y en avoir, sans pour autant le clore.

Penser l'articulation du psychique et du politique

Les difficultés de définition de l'urgence, les contradictions, variations et ambivalences de la psychiatrie d'urgence, nous ont en quelque sorte contraint à suivre souvent une démarche dialectique susceptible d'articuler des opposés ou des dimensions présentes simultanément dans l'urgence, mais hétérogènes entre elles. La thèse est donc animée par une série de dialectiques dont la plus importante est sans doute celle qui cherche à entrevoir l'articulation entre le psychique et le politique.

On pourrait dire que le projet de cette thèse consiste à comprendre, dans une perspective communicationnelle, les modalités d'articulation du psychique et du politique à partir de situations qui donnent à voir, précisément, une difficulté dans le maintien et la pérennité de cette médiation. Une situation d'urgence psychiatrique met en effet en tension un sujet en crise, dévoilant toute la singularité de son désir, parfois sans parole, témoignant d'une expérience réelle, avec une institution et ses acteurs qui, face à cette situation qui qualifie l'urgence, convoquent, par une série de moyens, réels, symboliques ou imaginaires, un retour des médiations.

Cette réflexion sur les rapports entre le psychique et le politique tels qu'ils s'illustrent dans l'urgence débouche d'abord sur une réflexion épistémologique approfondie. C'est l'objet de la première partie de cette thèse que nous présenterons plus bas. Il s'agit d'analyser les conditions épistémologiques d'une recherche en sciences de l'information et de la communication qui tient à intégrer la question du psychisme et la catégorie du réel héritée de Lacan.

Ensuite, cette réflexion débouche sur des considérations politiques qui traversent aussi cette thèse de part en part. Car réfléchir aux rapports entre le psychique et le politique, c'est réfléchir aux rapports entre le singulier et le collectif mais aussi, dans une application à notre terrain, aux rapports entre la clinique et le politique. Un des points essentiels de la thèse consiste en effet à distinguer, dans le service d'urgence qui a constitué notre terrain, différentes modalités d'accueil de la détresse qui s'inscrivent dans des conceptions opposées de la clinique. Nous verrons que, dans le service d'urgence générale que nous examinons, les médecins somaticiens et les psychiatres n'ont pas le même abord de la maladie et de la souffrance. Tandis que les uns privilégient une approche de la maladie

à partir de dysfonctionnements physiologiques identifiables grâce à une segmentation du *corps* en organes – c'est le paradigme du « trouble » qui a des implications désubjectivantes - les autres accueillent la souffrance d'un *sujet*, c'est-à-dire qu'ils envisagent le recours aux urgences comme porteur d'une signification ou, mieux, d'une attente de signification – on est cette fois dans le paradigme du « symptôme ». Chacune de ces orientations cliniques a son efficacité propre et l'on comprend aisément que le médecin somaticien soit plus intéressé par les aspects de la souffrance réductibles à des lésions du corps et que le psychiatre privilégie un abord de la souffrance plus centrée sur les élaborations psychiques du sujet. Cette ligne de partage est pourtant en discordance avec l'imprévisibilité des demandes faites aux urgences et surtout qui ne sont pas catégorisées de la manière dont l'attend l'organisation hospitalière. Aux urgences de l'hôpital, bien souvent, les patients présentent des pathologies intriquées qui renvoient à des détresses multiformes cumulant parfois, chez un même sujet, problématiques somatiques, psychiques et sociales. Autrement dit, alors que certains patients sont en attente d'une réponse qui porte sur tous ses aspects de leur malheur, on ne les examine parfois qu'à partir de leur corps, en refoulant leur attente de signification et la nécessité de la reconnaissance sociale de leur souffrance. Autrement dit, la part psychique et sociale de la souffrance n'est pas exprimable. Ici se dessine ce qui sera un point fondamental de la thèse, à savoir l'interrogation sur le statut de la parole et de la communication à l'hôpital tel qu'il est donné à entendre dans l'accueil d'urgence. C'est là que se noue le point fondamental entre la clinique et le politique car à une forme de clinique, correspond une certaine conception du sujet, qui renvoie elle-même à une façon de concevoir le lien social. Considérer la souffrance comme un « trouble » à supprimer pour réadapter le sujet à son environnement ou aux attentes sociales n'a pas la même signification politique que lire un symptôme comme le signe d'un message, peut-être inconscient, qui cherche à se formuler, comme le signe d'un désir qui cherche à se faire reconnaître, comme signe d'un désir de lien. En fait, on pourrait dire que le projet de notre thèse cherche à identifier, à travers les urgences, ce qu'il reste des aspects relationnels de la médecine dans le champ hospitalier aujourd'hui. En mesurant à quel point la médecine assure encore un rôle de médiation, c'est-à-dire une contribution à la construction du lien social, on pourra esquisser des hypothèses sur la forme de notre contrat social. Quels sujets la médecine, en particulier la psychiatrie, et plus largement l'institution hospitalière, est-elle en mesure de (ré)intégrer au lien social ? Des sujets en sont-ils toujours exclus ? Nous examinerons et interpréterons les *inventions cliniques* qui se produisent dans l'urgence psychiatrique, qui sont autant de manières de renouer le contrat social quand une demande empreinte de la plus grande singularité trouve à s'articuler, se conjugue, avec des propositions institutionnelles. Nous observerons aussi le cas inverse des *patients-déchets*, sorte de « rebus » de la société que les urgences accueillent sans être en mesure de leur donner une reconnaissance sociale satisfaisante.

Au-delà de cette dialectique traversant la thèse, nous en mobilisons d'autres pour rendre compte de l'urgence, notamment celle de l'espace et du temps. La dialectique de l'espace et du temps est fondamentale dans la mesure où l'urgence est couramment renvoyée à une problématique exclusive du temps. Nous verrons la nécessité de comprendre la temporalité spécifique de l'urgence tout en la faisant déconsister un peu pour laisser apparaître l'importance de sa dimension spatiale et topologique qui s'enracine dans la rencontre qu'elle institue. Au gré de l'usage de l'espace et des lieux du service d'urgence, le temps, d'une certaine manière dilaté, devient une problématique moins cruciale de l'urgence. D'autres dialectiques émergeront, notamment celle qui articule le technique et le sémiotique et qui permet de mettre en tension les deux modèles de la clinique qui cohabitent aux urgences.

Parcours de la thèse

Après avoir amorcé ici quelques orientations méthodologiques et théoriques qui seront plus largement développées dans le corps de la thèse, nous sommes maintenant en mesure de présenter les problématiques et hypothèses au cœur de ce travail, elles-mêmes redéfinies et réélaborées dans le corps de la thèse (Partie II, chapitre 3, notamment).

De manière synthétique, on peut dire que notre *objet de recherche* correspond, de manière restrictive, à l'analyse de la spécificité de la relation thérapeutique instituée, par la psychiatrie, dans le cadre de l'accueil d'urgence à l'hôpital général. Plus largement, nous cherchons, à travers l'analyse des demandes, des recours et de la forme du soin mis en œuvre aux urgences, à comprendre les modalités de l'articulation entre le psychique et le collectif telle qu'elle s'institue et s'incarne dans les processus de communication mis en œuvre au cours de l'accueil de la détresse psychique aux urgences. Cet objet invite à prendre en compte ce qui constitue les limites de la communication, l'horizon du symbolique et la place du réel par rapport aux logiques de l'échange.

Considérant que toute situation d'urgence est une manifestation du réel mais que, par ailleurs, il existe des services hospitaliers consacrés à l'accueil de ces situations, notre *problématique* principale pourrait se formuler ainsi : dans quelle mesure peut-on dire que l'accueil d'urgence en psychiatrie constitue une structure de médiation ? Cela revient à s'interroger sur les trois instances qui, selon Bernard Lamizet, qui les emprunte à Lacan, qualifient toute structure de médiation : le réel, le symbolique et l'imaginaire. La problématique principale peut alors se décliner ainsi : quelles sont les modalités de l'articulation entre les dimensions réelle, symbolique et imaginaire de la psychiatrie d'urgence ?

Face à cette problématique, nos hypothèses, que la thèse se chargera d'éprouver, sont les suivantes :

- La prise en charge psychiatrique, aux urgences de l'hôpital général, est un moment où la relation thérapeutique retrouve ses dimensions proprement anthropologiques et communicationnelles, dimensions qui tendent à être mises à l'écart ou oubliées dans le soin tel qu'il s'est reconfiguré au gré des nouvelles logiques administratives et économiques de l'hôpital contemporain
- Aux urgences, la psychiatrie est le champ de la médecine qui inaugure et institue la relation de soin par la communication. De ce fait, la prise en charge psychiatrique établit des espaces, des situations de communication et de (re)médiation pour des sujets en détresse psychique et/ou psychosociale et/ou sociale.
- La psychiatrie d'urgence a une fonction politique et sociale dans la mesure où, aux urgences, le contrat social vacille, est questionné et se reconfigure en permanence à l'occasion de l'accueil, au cas par cas, des situations de détresse qui se présentent

Le plan de la thèse se structure en trois parties.

La première partie est *épistémologique* : elle discute des conditions d'une analyse de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication. Elle tente de rendre compte de la contribution possible de la psychanalyse et de l'anthropologie à une sémiotique de la psychiatrie d'urgence.

La deuxième partie est *méthodologique* : elle présente d'abord notre terrain en évoquant la nécessité de le raconter, laissant par là émerger le choix de notre méthode d'enquête ethnographique. Nous y examinons la richesse et les biais de

la démarche ethnographique, notamment la question délicate du passage du regard (phase d'observation) à celui de l'écriture (production du journal ethnographique). Les considérations épistémologiques et méthodologiques nous amènent à préciser les contours de notre objet de recherche, ainsi que les problématiques et hypothèses de la thèse.

La troisième partie contient les *résultats* de notre étude. Elle comporte six chapitres qui visent à éprouver notre hypothèse selon laquelle la psychiatrie d'urgence serait une structure de médiation. Pour cela, elle procède en trois temps principaux qui consistent à examiner les aspects symboliques (chapitre 1 et 2), imaginaires (chapitre 3 notamment, même s'il est question, surtout, de l'articulation du symbolique et de l'imaginaire dans la prise en charge d'urgence) et réels (chapitre 4) de la psychiatrie d'urgence.

Les deux derniers chapitres consistent à élaborer les modalités de l'articulation entre les trois instances précédemment observées, notamment à travers la notion, que nous avons tenté de forger en partie, de *flottance* de l'urgence.

Partie I : Traiter de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication, un défi épistémologique.

Notre thèse ne peut faire l'économie d'une réflexion épistémologique tant l'objet qu'elle traite, la psychiatrie d'urgence, est original – ou marginal, comme on voudra – dans le champ des sciences de l'information et de la communication (SIC). Bien sûr, ce n'est pas à partir de l'objet traité que l'on détermine si tel travail appartient à telle discipline, notamment dans le champ des SIC qui se caractérisent par l'appel qu'elles font à des paradigmes divers, parfois contradictoires, issus de disciplines des sciences humaines, comme la linguistique ou la sociologie, qui ont des objets très divers qui ont produit leurs rejets en SIC. Mais il y a cependant certains objets qui parlent d'eux-mêmes et pour lesquels on ne questionne même plus le fait qu'ils relèvent d'une analyse en SIC, comme les médias, par exemple. Or, c'est peut-être quand la science ne se questionne plus qu'elle commence à se répéter et, en définitive, à s'ennuyer. Notre thèse est une proposition pour briser l'ennui, au risque de relever quelques défis difficiles dont ceux de l'épistémologie et de la méthodologie.

C'est ainsi que nous nous proposons ici de montrer qu'une analyse de la psychiatrie d'urgence, qui ne soit ni purement sémiotique, ni purement sociologique, ni purement ethnographique, est possible à mener dans le champ des sciences de l'information et de la communication. Pour montrer cela, il va nous falloir inventivité et rigueur.

Nous proposons donc un premier chapitre, qui sera plutôt celui de l'inventivité et qui rendra compte, pour le voiler ensuite, du désir du chercheur tel qu'il est en mesure de construire des hypothèses subjectivées – mais inscrites dans le discours de la science – et de produire des décalages épistémologiques, si minimes soient-ils, pourvu qu'ils ouvrent un champ de réflexions et d'analyses vivant et sans ennui. La psychanalyse dit que la répétition est le propre du symptôme, nous tenterons donc de ne pas faire une thèse « symptomatique des SIC » ni lénifiante. La psychanalyse, précisément, nous accompagnera tout au long de la thèse, dès le début. Nous souhaitons donner une place à la psychanalyse telle qu'elle puisse dialoguer avec les SIC sans que celle-là ne cannibalise celles-ci et vice-versa.

Nous commencerons ainsi à dégager ce que pourrait être un inconscient épistémologique, et notamment celui des SIC pour dire que notre travail s'y trouvait, en quelque sorte, et n'attendait que d'être mis à jour. L'inconscient, dans la théorie psychanalytique est une hypothèse. Il le sera aussi pour nous dans le champ de la réflexion épistémologique. Cela signifie qu'on ne pourra pas dire de quoi est précisément constitué cet inconscient des SIC (par définition, l'inconscient, c'est de l'insu), mais nous ferons l'hypothèse qu'il existe par les signes secondaires qu'il manifeste et par la structure même

de la science dont on peut le déduire⁴. Les manifestations de l'inconscient sont celles, quand on sait les entendre (car le déni existe, c'est une défense psychique), qui permettent d'interroger le savoir pour qu'il n'arrête jamais de se dérober au moment même où il paraît tout expliquer et produire de l'universalité, de l'absolu⁵. C'est au fond une part du plaisir de la recherche scientifique que d'approcher le fantasme de l'explication totalisante en la laissant se dérober pour continuer à désirer chercher. C'est aussi le caractère sain de la recherche universitaire que d'être inquiète et en doute sur ses acquis ; cela nous semble d'ailleurs être une riche spécificité des SIC que de trouver des points de butée fréquents dans l'explication des processus de communication tant elles font appel à des paradigmes toujours pertinents mais souvent contradictoires ou partiels pour rendre compte des mêmes faits. Au fond, les SIC sont traversées par une forme de conflit de paradigmes permanent qui doit bien être au cœur de leur créativité, toute comme le conflit psychique, chez le sujet, l'anime et le contraint tout à la fois dans la dialectique du désir qui est la manifestation du vivant articulé au symbolique.

Puis nous proposerons un deuxième chapitre, consacré à la rigueur de l'articulation épistémologique cette fois. Là, nous montrerons comment à partir des présupposés anthropologiques qui fondent l'approche épistémologique de notre objet (et le construisent), nous articulons une série de paradigmes divers issus de disciplines des sciences humaines et sociales de manière cohérente pour construire une méthodologie et des résultats identifiables et exploitables dans le champ des SIC.

Chapitre 1 : De l'hypothèse d'un inconscient des sciences de l'information et de la communication aux présupposés anthropologiques au cœur de la thèse

I. L'hypothèse d'un inconscient épistémologique

Il est certainement difficile de transporter directement l'hypothèse de l'inconscient du champ de la psychanalyse vers la réflexion épistémologique. Ce n'est en effet pas un exercice courant d'autant qu'il faut prendre garde, si l'on veut être fidèle à Freud et à Lacan, à ne pas parler trop vite d'inconscient collectif. L'inconscient définit le sujet en propre, dans sa singularité. C'est ce qui, du sujet, n'est aucunement partageable avec un autre dans le symbolique, ce qui est irréductible à l'identification spéculaire et ce qui se manifeste parfois à l'insu du sujet sous diverses formes : lapsus, actes manqués, symptômes, qui constituent ce que Freud appelle « compromis » psychique et Lacan « formations de l'inconscient » qui sont en fait des *signes de l'inconscient* dans le symbolique, des signes de l'irréductible singularité dans le code de l'Autre. En considérant une telle définition, il est difficile de parler de l'inconscient d'une discipline scientifique, sinon à titre de métaphore, puisqu'il s'agit d'une instance collective. Il nous semble qu'on peut dire assez légitimement qu'il y a du

⁴ Nous verrons comment les chercheurs à l'origine de la création de notre discipline ont parlé de « transgressions » de paradigmes issus de disciplines-mères. Ce rapport entre transgression et construction d'un lien social (la discipline, c'est la référence de l'appartenance entre différents chercheurs) a été évoqué par Freud, notamment, dans *Totem et Tabou*.

⁵ C'est ainsi que les analyses interactionnistes qui ont connu un grand succès en SIC et en sociologie dans l'explication des phénomènes entourant la psychiatrie n'expliquent pas tout de la relation médicale et des prises en charge institutionnelles.

refoulé dans toute discipline, c'est-à-dire des zones interdites, des noms imprononçables, des méthodes inavouables considérées comme inacceptables. D'une certaine manière, c'est ce qui est montré par Foucault, dans *l'Ordre du discours* notamment, sans que celui-ci n'utilise le vocabulaire et les concepts de la psychanalyse.

En réalité, parler d'inconscient épistémologique c'est d'abord évoquer les phénomènes qui résultent de la mise en tension du désir du chercheur et du discours contraignant de la science – ce discours pouvant se décliner en discours universitaire et discours de la discipline à laquelle le chercheur appartient.

Indiquons ici, avant de poursuivre, que notre approche épistémologique appuyée sur la psychanalyse s'étaie sur la psychanalyse de Freud et de Lacan qui ne correspond pas à des théories de l'intimité ni des profondeurs humaines. Cette psychanalyse-là rend plutôt compte du rapport problématique qui lie l'être humain au langage, c'est-à-dire de la manière dont le vivant s'articule à une instance extérieure et hétérogène – une structure – qu'est le langage qui fonde le rapport à l'autre *par la relation de communication*. La psychanalyse de Freud et de Lacan n'a cessé d'interroger la nature et les conséquences de cette médiation entre le singulier et le collectif, telle qu'elle divise le sujet.

Voilà pourquoi une telle réflexion est transposable vers des considérations épistémologiques qui rendent compte de la place d'une recherche (soutenue par l'énonciation d'un sujet singulier) dans le champ de la science, de l'université ou d'une discipline qui sont, toutes trois, des manifestations, des codes de structures collectives, des énoncés disponibles déjà-là avant le chercheur⁶. Trop souvent, les réflexions épistémologiques tentent d'observer la compatibilité et les conditions de validité d'énoncés scientifiques entre eux. Nous aurons cette démarche au chapitre suivant. Mais nous en proposons une autre aussi, celle d'observer la rencontre entre l'énonciation d'un chercheur avec les énoncés de la science. A partir de là, il est possible de dialectiser le désir du chercheur avec la langue de la science, déclinée jusqu'à la langue et aux énoncés de la discipline qui fondent l'identité du chercheur en complément de son désir, fondateur d'identité aussi, mais à un autre titre.

On peut ainsi, grâce à la psychanalyse, faire l'hypothèse que chez le sujet de la science, chez le chercheur donc, un inconscient spécifique s'institue qu'on pourrait nommer « inconscient épistémologique ». Dans *Malaise dans la Civilisation*, Freud montre bien que la science et la recherche constituent des activités substitutives de satisfaction de la libido :

« Une technique de défense contre la souffrance recourt aux déplacements de la libido, tels que le permet notre appareil psychique et grâce auxquels il gagne tant de souplesse. Le problème consiste à transposer de telle sorte les objectifs des instincts que le monde extérieur ne puisse leur opposer le déni ou s'opposer à leur satisfaction. Leur sublimation est ici d'un grand secours. On obtient en ce sens le résultat le plus complet quand on s'entend à retirer du labeur intellectuel et de l'activité de l'esprit une somme suffisamment élevée de plaisir. Des satisfactions de cet ordre (...), celle [par exemple] que le penseur

⁶ De la même manière que le langage est déjà là avant que le sujet naisse, imposant à l'enfant de s'accommoder du code pour construire ses demandes. De manière analogique, le chercheur, et d'autant plus le jeune chercheur, fait l'expérience de sa division par le discours de la science tandis qu'il tente de faire valoir un désir de recherche pas toujours compatible avec la « loi » de sa discipline qui deviendra, d'une certaine manière, une forme de surmoi après introjection de celle-ci dans le moi du chercheur.

trouve à la solution d'un problème ou à découvrir la vérité, possèdent une qualité particulière qu'un jour nous saurons qualifier de façon métapsychologique »⁷.

Freud met ensuite sur le même plan la science, l'art, les rêves et les névroses comme des activités psychiques capables de libérer la libido (ou, en tous cas, dans le schéma économique de Freud, de satisfaire temporairement au principe de plaisir pour réduire la tension libidinale contradictoire⁸ avec les exigences de la civilisation). Autrement dit, rêves, science, art et névrose, sont des compromis de civilisation qui tous, articulent un désir à des normes. Toutes ces formations psychiques sont des satisfactions partielles de désir déguisées dans le discours de la civilisation, dans les codes du collectif. C'est le paradigme du rêve que Freud appliqua aux autres formations psychiques. Généralement, on reconnaît sans trop de difficultés l'existence d'une dimension inconsciente dans les rêves, l'art ou les névroses. Cela est beaucoup moins évident dans le champ de la science où le discours du sujet de la science cherche souvent à se fonder en discours du maître, comme a pu le montrer Lacan⁹, c'est-à-dire en un discours qui à un rapport particulier à la vérité, c'est-à-dire qui oublie que la vérité est toujours celle du sujet qui parle, pour en faire un absolu fondateur de pouvoir. Or, dès lors qu'on parle de vérité absolue, on fait du scientisme et on n'est plus en mesure de parler d'inconscient dans le champ de la science et de la recherche. L'idée d'absolu est en effet incompatible avec celle d'inconscient qui implique celle de division du sujet, celle d'un non-savoir du sujet sur lui-même qui l'interpelle au long de sa vie. Ainsi, faire l'hypothèse d'un inconscient épistémologique, c'est se rappeler que les chercheurs ne sont pas des maîtres¹⁰, et que le travail de recherche consiste précisément en une tension dialectique entre désir (et inconscient) du chercheur d'une part, et normes de la science et culture épistémologique d'autre part. Cela revient à dire qu'il existe *un sujet de la science*, constitué par la science, et qu'il est, par définition, divisé¹¹. C'est cette division qui fait au fond le moteur de la science : sans la division de chaque sujet chercheur, sans l'inconscient de chaque chercheur, pas de recherche envisageable, pas de manque qui interroge mon propre discours ou le discours de l'autre¹², collègue chercheur par exemple, puis qui ne

⁷ FREUD, Sigmund. *Le malaise dans la civilisation* [1929]. PUF, 1971. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse », pp.24-25.

⁸ Contradictoire ne veut pas dire incompatible, ce que révèle la notion de compromis chère à Freud. Pulsion/Désir et Civilisation entretiennent un rapport dialectique où l'un limite l'autre, sous forme de compromis, en assurant au sujet la protection à la fois contre l'aliénation et l'asocialité.

⁹ in LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 17, L'envers de la psychanalyse* [1969]. Paris : Seuil, 1991. Coll. « Le Champ Freudien ». Lacan y formalise les différentes positions qu'il est possible de prendre par rapport à l'idée de vérité dans ses mathèmes des « quatre discours » : discours de l'hystérique, discours de l'analyste, discours du maître et discours de l'université.

¹⁰ Ce que le statut d'enseignant-chercheur peut au contraire supposer si la fonction d'enseignement, qui met en position de maître, n'est pas interrogée par celle de chercheur qui se situe dans une optique de jouissance du savoir, certes, mais dans une éthique du doute et du questionnement installé par la dialectique entre désir du chercheur et énoncés installés de la science, d'une discipline. L'Université comme institution politique a aussi tendance à instituer les enseignants-chercheurs en maîtres quand ils assument des charges administratives importantes de direction. Ce n'est pas toujours productif sur le plan théorique quand un discours scientifique parmi d'autres devient un discours de chapelle dans telle université, ou tel laboratoire de recherche...

¹¹ Roland Barthes, dans un article de 1972 qui donne sa conception des jeunes chercheurs, explique en quoi consiste cette division : « *Au seuil de son travail, l'étudiant subit une série de divisions. (...) En tant que chercheur, il est voué à la séparation des discours : d'un côté, le discours de scientificité (discours de la Loi) et, de l'autre, le discours du désir, ou écriture* », in « Jeunes chercheurs » [1972]. In BARTHES, Roland. *Essais critiques 4. Le bruissement de la langue*. Seuil, 1984, p. 97.

¹² Dans l'article précédemment cité, Roland Barthes, sans véritablement démontrer la place du désir – dialectiquement liée au manque – dans la recherche, milite pour sa présence : « *le travail (de recherche) doit être pris dans le désir. Si cette prise ne s'accomplit*

suscite une parole, une énonciation dans le champ de la science. C'est certainement parce que la science a à voir avec le manque qu'elle est en mesure d'avancer, de produire du discours. La science, quand elle n'est pas scientifique, prend acte de l'impossibilité du langage à rendre compte pleinement du réel. En ce sens, la science, comme tout type de communication, de production de discours, est amenée à revoir ses propos pour tenter de combler le manque de chaque théorie. Toute théorie, d'ailleurs, prévoit le manque en énonçant ses *conditions de possibilité*, c'est-à-dire *la mesure* dans laquelle tel énoncé rend compte de tel phénomène. Ce que montrent ainsi Freud et Lacan, c'est que la science – comme la névrose, l'art ou les rêves – est une façon privilégiée, singulière et sublimatoire de faire avec le discours de l'Autre (le symbolique) en permettant, moyennant une certaine renonciation à une jouissance pleine, l'expression et la reconnaissance partielle d'un désir qui est lié dialectiquement au manque. Renonciation et incomplétude de la jouissance et du désir fondent, à leur envers, en creux, un inconscient propre au sujet de la science qu'on peut peut-être appeler inconscient épistémologique.

Bernard Lamizet, à partir d'une analyse de la langue, montre bien que la science divise le sujet qui y engage une énonciation. En effet, indique-t-il, alors que le savoir est issu d'un verbe et peut donc avoir, « naturellement », un sujet, « *la science, en revanche représentée, dans la langue, par un nom, est une catégorie institutionnelle qui n'est, par conséquent, assignée à aucun sujet en particulier : elle représente une affaire de généralisation* »¹³. Autrement dit, chaque recherche, chaque tentative de produire un discours scientifique est une opération de division subjective : pour reprendre les termes de Saussure, il s'agit d'une médiation entre la langue de la science – sans « sujet en particulier » – et la parole du chercheur – une subjectivation de cette langue. Or, cette dialectique entre langue et parole est institutrice de l'inconscient, c'est pourquoi on peut certainement parler d'un inconscient de type épistémologique, c'est-à-dire qui relève d'un rapport du sujet à la science.

Pour mieux rendre compte de cet inconscient épistémologique, on peut produire quelques analogies entre les instances de la science et les instances du psychisme relevées par la théorie psychanalytique. Il est d'abord possible d'identifier l'instance du désir dans la recherche. Ce désir est inconscient car il n'est pas toujours explicité par le chercheur. Notre thèse tentera, par touche légère, de rendre compte des faits de subjectivité propres au chercheur, *pour autant qu'ils* permettent une meilleure explicitation de la forme de la thèse qui présente des particularités (des curiosités, pourrait-on dire) dans le champ des SIC. Ces particularités sont en effet conceptuelles et méthodologiques. Nous expliquerons bientôt sur quels présupposés anthropologiques – encore une forme d'inconscient épistémologique, on le verra – s'appuie la construction conceptuelle de notre thèse. Aussi, notre méthodologie principale, fondée sur l'observation participante et la rédaction d'un journal ethnographique, nécessite, pour qu'elle fonctionne et prenne acte de ses biais, que le chercheur assume quelques hypothèses sur la place de la subjectivité et du désir dans la recherche. La notion d'inconscient épistémologique que nous tentons de définir en ce moment est déjà au service de la construction de notre méthodologie. Comme l'estime Georges Devereux¹⁴, de qui s'inspire en partie notre méthodologie, on ne peut pratiquer d'observations sans un retour réflexif du sujet sur ses propres mouvements psychiques à l'œuvre lors de l'observation et au moment de sa retranscription. Devereux note bien que l'observateur ne peut s'identifier à un microscope ou à un outil quelconque d'enregistrement de la réalité. Dans le même

pas, le travail est morose, fonctionnel, aliéné, mû par la seule nécessité de passer un examen, d'obtenir un diplôme, d'assurer une promotion de carrière », p. 98.

¹³ LAMIZET, Bernard. *Les lieux de la communication*. Liège : Mardaga, 1992. Coll. « Philosophie et langage ».

¹⁴ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Aubier, 2000.

esprit, Laplantine¹⁵ explique la difficulté de passer du réel du regard à « l'étage symbolique » du moment de l'écriture où s'éprouve, chez le chercheur-ethnographe, le sentiment d'une perte ou d'un manque qu'on peut interpréter comme fondateur de ce que nous nommons l'inconscient épistémologique. Ainsi, dans la recherche, et suivant les méthodologies adoptées, le désir est présent et il convient pour le chercheur d'en rendre compte dans une mesure parcimonieuse, c'est-à-dire quand cela est au service de l'exposé de la rigueur scientifique. En effet, le désir trop mis en avant, du fait de son caractère par définition impartageable (le désir, c'est chacun le sien), fait poindre la menace de l'exclusion du champ de la science en manifestant des pratiques illégitimes en son sein. Notons cependant que le désir du chercheur est bien celui qui fonde la finalité de la recherche tant sur le plan personnel (la satisfaction dont parle Freud) que sur le plan politique (place de la recherche dans le débat public, par exemple). En définitive, le désir du chercheur est fondateur d'identité tant sur le plan singulier que sur le plan collectif.

On peut ensuite faire l'analogie¹⁶ entre l'instance du surmoi et la culture épistémologique propre à telle ou telle discipline. La culture épistémologie peut-être considérée comme les règles d'une discipline à laquelle s'identifie le chercheur et qu'il a intégrées comme allant de soi, à la manière d'une loi introduite dans le moi et qui régule, censure l'énonciation en autorisant ou non certains types d'énoncés. C'est ce que nous allons voir maintenant à propos de ce qu'on pourrait nommer le refoulé épistémologique, c'est-à-dire les faits, personnages et concepts interdits d'une culture disciplinaire et qui fondent une sorte d'inconscient collectif.

Au-delà des faits qui dialectisent le rapport du sujet chercheur au discours de la science en induisant des phénomènes inconscients et qui donnent la possibilité d'introduire la psychanalyse dans l'épistémologie, il y a une autre façon de concevoir « l'inconscient épistémologique ». Il s'agirait là davantage d'une sorte d'inconscient collectif, mais le terme est mal approprié. Il s'agit de tous les implicites d'une science, de tout ce qu'elle n'aborde pas dans ses énoncés sans « se » le dire. C'est cette idée d'*implicite ineffable* qui nous évoque encore le terme d'inconscient épistémologique pour la qualifier. Aussi, de ce point de vue, peut-être y a-t-il dans toute discipline, et pour prendre le modèle paradigmatique du rêve en psychanalyse, un discours manifeste et un discours latent, ce dernier correspondant aux implicites.

Il nous semble qu'il est possible, de ce point de vue, de relire quelques passages de *l'Ordre du discours*, de Michel Foucault, quand il évoque l'existence de « *toute une tératologie du savoir* »¹⁷. Michel Foucault, qui n'emploie pas les mots de la psychanalyse, semble pourtant indiquer clairement ce qu'est le refoulé épistémologique quand il évoque les phénomènes de limite et de censure propres à chaque discipline : « *la discipline est un principe de contrôle de la production de discours* »¹⁸. Pour montrer cela, il évoque les divers endroits où s'exerce la censure qui marque la limite indiquant quels auteurs et quels énoncés peuvent légitimement faire partie de la discipline. Prenant l'exemple de Mendel pour la biologie, il montre que ce n'est pas la vérité des faits qui signe, pour un

¹⁵ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 ».

¹⁶ On pourrait s'essayer à une longue série d'analogies, en prenant par exemple, les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse évoqués par Lacan : inconscient, pulsion, répétition, transfert et voir comment ils se réalisent dans la recherche. Nous avons fait la part belle à l'inconscient et nous avons évoqué quelques autres notions freudiennes. Nous estimons l'exercice suffisant pour asseoir l'hypothèse qui nous permet maintenant de poursuivre nos raisonnements.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *L'ordre du discours* [1971]. Gallimard NRF, 2002, p.35.

¹⁸ Ibid., p.37

chercheur, son appartenance à une discipline. Mendel fut un « *monstre vrai* »¹⁹ de la biologie pendant longtemps, c'est-à-dire tant que les méthodes et concepts qu'il employait pour étudier les plantes (observation de régularité statistique, notion d'hérédité discrète indépendante du sexe, etc.) étaient trop divergentes de celles légitimées par la biologie de son époque. Foucault rappelle que ce n'est pas parce que ce que l'on dit est vrai pour rendre compte d'un phénomène que cela fait appartenir l'énonciateur de cette vérité à un champ disciplinaire ayant l'habitude de traiter les objets où se manifeste ce phénomène. Foucault rappelle ainsi que la logique de l'appartenance à une discipline scientifique est politique en ce qu'une discipline est fondée sur des énoncés qui sont autorisés ou censurés de manière arbitraire, avant d'être rationalisés et rendus légitimes *a posteriori*. Ce qui est intéressant dans le point de vue de Foucault, c'est qu'il caractérise la discipline autant par les énoncés qu'elle proclame elle-même comme vrais et légitimes que par ceux qu'elle exclut et qui la définissent aussi, mais en creux : « *à l'intérieur de ses limites, chaque discipline reconnaît des propositions vraies et fausses ; mais elle repousse, de l'autre côté de ses marges, toute une tératologie du savoir. L'extérieur d'une science est plus et moins peuplé qu'on ne le croit (...). Des monstres rôdent dont la forme change avec l'histoire du savoir* ». Cette idée de définition dialectique de l'identité d'une discipline par ce qu'elle revendique et ce qu'elle exclut sous la figure de monstres, fait penser au processus du refoulement. En effet, le refoulement est un concept freudien qui exprime l'idée que des contenus psychiques (des énoncés) sont refoulés hors de la conscience du sujet car ils sont considérés comme interdits. Ce que dit la psychanalyse, c'est que ces contenus refoulés sont constitutifs de l'identité autant que ceux qui sont affichés par le moi du sujet dans son discours. Le refoulé et le discours conscient sont deux facettes inséparables de l'identité du sujet : preuves en sont les émergences du refoulé dans le discours par l'intermédiaire des lapsus, des mots d'esprits, des oublis ou transformations de noms propres²⁰. Au fond, on pourrait dire que les « cauchemars »²¹ de toutes les disciplines fondent leur inconscient et, du même coup, une part de leur identité. Nous formulons ainsi l'hypothèse que notre thèse, en traitant notamment de l'articulation entre les aspects psychiques et politiques de la communication, fait partie du *discours latent* des SIC. Nous avons en effet pu remarquer que les SIC observent dans leur discours manifeste, à part chez certains auteurs, une sorte d'autocensure forte sur les aspects psychiques et subjectifs de la communication. Nous nous étonnons que la question du sujet parlant, dimension originaire de la communication – et donc peut-être refoulée et n'ayant alors un mode d'existence possible que sous forme de discours latent –, ne soit pas davantage articulée dans les théories générales et légitimes exposées par les manuels de SIC. Notre thèse, qui se propose de faire une analyse des faits de communication à l'œuvre dans la psychiatrie d'urgence, rendra compte de la manière dont, à travers la communication, les dimensions singulière et collective de l'identité trouvent des modalités d'articulation ou de ré-articulation. Cette hypothèse nous amènera à défendre une théorie de la médiation spécifique, inspirée notamment de la psychanalyse et de recherches sur la médiation, qui n'apparaît pas *manifestement* dans le discours des SIC mais y trouve pourtant résolument sa place, au moins de manière *latente*, c'est-à-dire, en fait, pleinement.

¹⁹ Ibid., p.37

²⁰ Nous renvoyons ici à FREUD, Sigmund. *Psychopathologie de la vie quotidienne* [1901]. Petite Bibliothèque Payot, 1997.

²¹ Freud montre que le cauchemar est comme le rêve (un accomplissement de désir) à la différence près qu'il n'a pas été suffisamment déformé par la censure et provoque alors de l'angoisse. Voir FREUD, Sigmund. *L'interprétation des rêves* [1899]. Trad. I. Meyerson. PUF, 1980, p.232-233.

II. L'inconscient des sciences de l'information et de la communication constitué à partir de coupures et de « transgressions raisonnées »

Pour continuer et montrer qu'il est possible de faire une épistémologie des SIC avec l'aide la psychanalyse, nous partirons d'une observation récurrente : celle de l'obsession, forte dans notre discipline, de s'interroger sans cesse sur ses origines et son identité, sur les éléments censés la constituer comme une discipline propre. Pour se rendre compte de cela, il faut se pencher sur deux types de productions : les manuels destinés aux étudiants et chercheurs et les actes de congrès ou les travaux des « doctoriales » rédigés sous les auspices de la société française des sciences de l'information et de la communication (S.F.S.I.C), la « gardienne du temple » de la discipline en France.

Passons d'abord en revue quelques manuels de référence en SIC et faisons quelques observations. Il y a d'abord l'ouvrage de référence de Daniel Bougnoux²² qui présente les « textes essentiels des sciences de l'information et de la communication ». Le livre est épuisé – ce qui est rare pour une publication universitaire – et les exemplaires qu'on trouve dans les bibliothèques sont gonflés à force d'usage, preuve qu'il a fait référence. Notons que l'ouvrage propose des textes qui ont tous rapport à la communication sous ses aspects linguistiques, techniques, politiques, certes, mais que les auteurs référencés sont pour la plupart des auteurs issus d'autres disciplines. Soulignons la présence de Lacan et de Freud, deux personnages qu'on retrouvera difficilement cités ensuite dans les manuels. L'autre manuel qui fait référence pour les étudiants lors de leurs premières années de faculté de sciences de l'information et de la communication est le petit ouvrage du couple Mattelart. Dès l'introduction de l'ouvrage est annoncée l'angoisse identitaire de la discipline : « *Au cours de sa construction, ce champ particulier des sciences sociales a par ailleurs été constamment hanté par la question de sa légitimité scientifique. Cela l'a conduit à rechercher des modèles de scientificité, en adoptant des schémas appartenant aux sciences de la nature adaptés à travers des analogies* »²³. Nous ne cherchons pas à être exhaustifs, simplement à rendre compte de tendances qui se lisent aussi dans les travaux de la SFSIC.

Penchons-nous donc sur quelques thèmes de travail et publications de la SFSIC. Les journées doctorales de la SFSIC se questionnent souvent sur les méthodologies à mettre en œuvre ou les objets à étudier pour se revendiquer d'une appartenance aux SIC. Les journées de 2008 portaient sur « *la reconnaissance et l'appartenance disciplinaire* », les journées de 2009 ont porté sur « *la spécificité des objets et des méthodologies en SIC* ». L'appel à communication incitait les doctorants à s'interroger sur « *les emprunts aux autres disciplines* », sur « *les compositions et bricolages avec les méthodologies des autres SHS* »²⁴. On le constate, l'inquiétude identitaire est forte et elle est même transmise aux jeunes chercheurs à qui, trente ans après la création de la discipline, on demande encore de s'interroger sur leur spécificité et leur singularité dans les SHS. Les congrès de la SFSIC sont aussi traversés par cette angoisse identitaire. Prenons pour exemple le dernier, celui de 2010, dont l'appel à communication s'intitule « *au cœur et aux lisières des SIC* ». L'appel à communication fait encore référence à l'interdisciplinarité qui serait susceptible de diluer l'identité de la discipline : « *Le congrès cherchera donc à mettre en évidence la diversité des SIC, les mutations de la discipline tout en pointant les décentrages, les thèmes et les méthodologies qui restent aux lisières. Du centre aux lisières se joue ainsi une*

²² BOUGNOUX, Daniel. *Sciences de l'Information et de la communication*. Larousse, 1993. Coll. « Textes Essentiels ».

²³ MATTELART, Armand et Michèle. *Histoire des théories de la communication* [1995]. La découverte, 2002. Coll. « Repères ».

²⁴ On retrouve ces informations sur le portail internet de la SFSIC : <http://www.sfsic.org>

dynamique constitutive d'une discipline vivace et ouverte que les communications auront à cœur d'illustrer »²⁵. Le 16^e congrès de la SFSIC, qui eut lieu en 2008, avait pour titre « *les sciences de l'information et de la communication : affirmation et pluralité* », proposition qui suggère que les SIC en seraient encore à leur adolescence quand l'identité se construit et s'affirme au milieu des possibles angoissants. Un thème du congrès avait pour titre « *les origines des SIC* ». La question des origines a d'ailleurs fait l'objet d'un ouvrage réunissant plusieurs chercheurs reconnus des SIC sous la direction de R. Boure²⁶...

Ce qui apparaît de manière flagrante dans tous ces exemples, c'est la volonté de chercher ce qui constitue l'identité de la discipline, à partir de son caractère trans- ou interdisciplinaire, en tant que les SIC *s'originent* dans une *filiation* plus ou moins assumée ou reconnue dans la mesure où des coupures ou des refoulements ont été opérés vis-à-vis des contenus, des objets et des méthodes des « disciplines mères ». Notons que l'obsession pour la découverte de l'origine présente un caractère quelque peu amusant pour une discipline qui traite de faits de communication. Il est en effet impossible de donner une origine à la communication ou au langage. Le sujet humain advient en même temps que le langage qui, lui-même, est là « tout d'un coup », si l'on peut dire, puisque échanger des signes avec un autre – parler, communiquer – me confronte d'emblée au langage comme structure, au fait qu'il est un système de différence d'unités minimales renvoyant les unes aux autres. Ainsi, pas d'origine du langage et de la communication, ils sont toujours déjà-là avant l'être humain, et, même, ils instituent l'être humain comme sujet.

Les SIC savent donc que la question de l'origine est parfois vaine ou illusoire. Elles ont pourtant un besoin permanent de dire leur origine ou plutôt de tenter de la dire. En effet, dire l'origine quand il s'agit d'un collectif, c'est impossible²⁷. Cet impossible, ce manque, est recouvert par (est dialectiquement lié à) une production de sens, par l'imaginaire : le mythe. Le mythe s'institue, sous la forme de l'imaginaire (sous la forme d'une narration) là où les choses ne s'expliquent pas, là où elles ne peuvent s'articuler selon le schéma de la causalité : notamment sur l'origine des sociétés et du lien social qui n'a pas de cause proprement dite mais s'établit d'un coup, comme le langage. Cela, valable à l'échelle sociale –comme le montre la Bible, mythe traitant évidemment de l'origine – est aussi à l'échelle individuelle : c'est la fonction de l'imaginaire, bien décrite par Lacan commentant le cas du *Petit Hans*²⁸ de Freud dans le *Séminaire 4* sur « La relation d'objet »²⁹. Le Petit Hans, en grande difficulté pour comprendre d'où il vient au moment de la naissance de sa petite sœur, produit d'abord une phobie qui sera levée par les mille histoires que s'inventera le petit garçon pour dire quelque chose du réel de la naissance, au-delà de l'histoire de la cigogne, racontée à tous les enfants mais qui ne les satisfait jamais !

Les SIC cherchent donc leurs origines et elles se sentent d'autant plus en capacité de le faire que leur acte de naissance ne leur paraît pas loin, dans les années 70. Mais, comme

²⁵ Ibid.

²⁶ BOURE, Robert. *Les origines des sciences de l'information et de la communication : regards croisés*. Lille : Septentrion Presses Universitaires, 2002. Coll. « Communication ».

²⁷ C'est impossible aussi pour le sujet singulier qui peut trouver sa cause biologique dans la rencontre de deux gamètes mais qui ne sait jamais la raison dernière d'être dans le monde. Dès l'enfance, le sujet humain s'interroge sur ce qu'il est et vaut pour l'autre, ce qui revient à dire son ignorance fondamentale sur son origine.

²⁸ FREUD, Sigmund. *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans* [1909]. PUF, 2006. Coll. « Quadrige », Grands textes.

²⁹ LACAN, Jacques. *Le séminaire*. Livre 4 : La relation d'objet [1956-1957]. Seuil, 1994. Coll. « Champ Freudien ».

pour tout mythe des origines, il s'agit d'une construction, voire d'une illusion, rétrospective. Cependant, n'allons pas croire que nous évoquons cela dans le but de déconsidérer notre discipline. Bien au contraire, c'est pour mieux la comprendre et y déterminer notre place que nous en proposons cette conception. Au fond, quand les chercheurs en SIC, réunis en congrès, se demandent ce qui constitue l'identité de leur discipline, ils se demandent en fait ce qui fonde la teneur du lien qui les unit dans l'espace public de la science. A chaque congrès, à chaque nouveau manuel publié, le mythe des origines est consolidé, alimenté, reconstruit et un sentiment d'appartenance à une discipline propre se réalise pour chacun. C'est la même chose qui se produit, chez le jeune chercheur isolé, au moment d'écrire sa thèse où une dialectique se construit entre la singularité d'une énonciation et un désir d'appartenance.

Parmi nos lectures, un mythe des origines nous a beaucoup plu, tant il nous a semblé résonner avec celui des SIC et leurs obsessions. C'est l'histoire que nous raconte

³⁰ Freud dans *Totem et Tabou*, celle qui, suite à une longue description et observation du phénomène du totémisme chez les sociétés primitives (que Freud a faites à partir de documents ethnographiques), tente de rendre compte de l'origine du lien social. On connaît la dimension fictive et décriée du travail de Freud dans cet ouvrage (notamment par Lévi-Strauss dans *La Potière Jalouse*). Mais c'est la démarche qui nous intéresse ici davantage, parce qu'elle est heuristique, parce qu'elle explique *l'origine du lien à partir d'une*

³¹ *transgression*. Au fond, on se fiche que l'événement raconté par Freud ait eu lieu ou non (il n'est pas historien), ce qui importe c'est que Freud, en inventant cet événement, donne une formule et une signification possibles, parmi d'autres, au lien social. La formule inventée par Freud nous semble en mesure de décrire ce qui constitue une partie du lien social dans le champ des SIC et le fait qu'elle possède des interdits et, peut-être, un inconscient.

De manière à faire le parallèle entre *Totem et Tabou* et la petite histoire des SIC, penchons-nous d'abord sur le texte de Freud. Nous nous référerons au quatrième texte de l'ouvrage, « Le retour infantile du totémisme »³², où Freud met en perspective ses connaissances sur le totémisme, sur la sexualité infantile et sur les névroses. Nous n'irons pas dans les détails mais nous nous attarderons sur la partie où Freud énonce le mythe des origines de l'humanité et du lien social, c'est-à-dire, pour lui, de ce qui a fait des hommes des êtres civilisés et qui a eu pour corollaire la production, à titre collectif, des institutions et, à titre individuel, des névroses.

Freud cherche à comprendre ce qui a pu faire passer l'homme d'une organisation animale à une organisation sociale. S'appuyant sur des travaux de Darwin auxquels il ne prête, d'ailleurs, pas beaucoup de crédit, Freud indique qu'on peut supposer qu'avant les sociétés, la loi du plus fort régnait entre les hommes. Selon Freud, la théorie darwinienne suppose qu'« *un père violent, jaloux, gard[ait] pour lui toutes les femmes et chass[ait] ses fils à mesure qu'ils grandiss[aient]* ». Le père avait donc le pouvoir et la puissance sexuelle jusqu'à ce qu'un des fils, le plus fort, puisse l'abattre et prendre sa place, chassant à son tour les fils hors de la horde paternelle. Freud se demande alors comment on a pu passer de cette organisation là (une hypothèse, en fait, tirée des travaux de Darwin)

³⁰ FREUD, Sigmund. *Totem et tabou*. [1912]. Traduit de l'allemand par Samuel Jankélévitch. Payot-Rivages, 2005. Coll. « Petite Bibliothèque Payot ».

³¹ Nous verrons que ce terme de « transgression » a été utilisé par les fondateurs des SIC, avant qu'il ne soit remplacé par les termes plus euphémisés de « transdiscipline » ou « d'interdiscipline ».

³² Pages 197-205 de l'édition citée, c'est-à-dire la partie 5 du texte.

à un modèle plus élaboré d'organisation sociale observé par les ethnologues dans le totémisme chez les sociétés dites primitives dans le vocabulaire de l'époque. C'est au cours du commentaire de la scène du repas totémique qu'une idée se forme. Lors de ces repas qui arrivent rarement mais à intervalle régulier on s'autorise à manger cru le totem, c'est-à-dire l'animal représenté par le totem, acte prohibé en temps normal. Il s'agit d'une grande fête à laquelle tout le clan participe, sans exception, c'est-à-dire collectivement. Ces fêtes ont pour fonction l'acquisition, par ingestion, de la puissance du totem. Aussi, une autre fonction est de consolider le lien social à la fois par l'identification au totem (par ingestion) et par l'identification des membres du clan entre eux (car tout le monde mange, tout le monde accomplit la même action qui prend une valeur forte dans la mesure où menée individuellement, elle serait prohibée et punie). Entre cette observation du rituel du repas totémique comme forme de reconsolidation régulière du lien social et l'hypothèse darwinienne de la horde paternelle, Freud intercale un mythe. Ce mythe serait l'histoire du meurtre du chef de la horde paternelle par les fils, qui serait rejoué, pour Freud, à la fois dans le repas totémique, mais aussi, de manière plus civilisée ou moralisée, dans le complexe d'Œdipe dans nos sociétés qui se traduit par le sentiment ambivalent d'une admiration et d'une velléité haineuse vis-à-vis du père. Pour Freud, le repas totémique et le complexe d'Œdipe, ont pour fonction d'introduire la fonction symbolique entre les êtres, c'est-à-dire un jeu de significations et d'interdits qui régulent la vie sociale et se posent sur la vie pulsionnelle pour limiter son caractère destructeur.

Lisons Freud nous exposer le mythe qu'il invente pour expliquer le lien social :

« Un jour, les frères chassés se sont réunis, ont tué et mangé le père, ce qui a mis fin à l'existence de la horde paternelle. Une fois réunis, ils sont devenus entrepreneurs et ont pu réaliser ce que chacun d'eux, pris individuellement, aurait été incapable de faire. (...) L'aïeul violent était certainement le modèle envié et redouté de chacun des membres de cette association fraternelle. Or, par l'acte d'absorption, ils réalisent leur identification avec lui, s'approprient chacun une partie de sa force. Le repas totémique, qui est peut-être la première fête de l'humanité, serait la reproduction et comme la fête commémorative de cet acte mémorable et criminel qui a servi de point de départ à tant de choses : organisations sociales, restrictions morales, religions »³³.

Mais comment un meurtre peut-il être à l'origine du lien social ? Pourquoi un des frères, le plus fort, n'a-t-il pas repris le pouvoir ? Freud a une explication. C'est que le sentiment des fils vis-à-vis du père était ambivalent, à la fois de haine et d'admiration, comme ce qui s'observe cliniquement dans les névroses. Autrement dit, après la satisfaction du meurtre qui promettait l'accès à la satisfaction sexuelle, aux femmes, les fils se sont sentis coupables de l'acte et se promirent de ne plus jamais le répéter. Chacun, ayant ingéré un morceau du père, s'identifiait à lui, ce qui empêcha un frère d'avoir une velléité haineuse ou criminelle contre un autre puisque lui-même et l'autre représentaient le père l'un pour l'autre. L'identification collective au père et le sentiment de culpabilité associé au meurtre de celui-ci sont, pour Freud, ce qui construit le lien social. En somme, ce n'est plus la loi du plus fort qui interdisait le meurtre comme dans le cas de la horde paternelle, mais c'est l'intégration collective d'un interdit dont le totémisme est une forme, ce que Freud formule ainsi :

« Ce que le père avait empêché autrefois, par le fait même de son existence, les fils se le défendaient à présent eux-mêmes (...). Ils désavouaient leur acte,

³³ FREUD, Sigmund. *Totem et tabou*. [1912]. Traduit de l'allemand par Samuel Jankélévitch. Payot-Rivages, 2005. Coll.

« Petite Bibliothèque Payot », p.199

en interdisant la mise à mort du totem, substitut du père, et ils renonçaient à recueillir les fruits de ces actes, en refusant d'avoir des rapports sexuels avec les femmes qu'ils avaient libérées »³⁴.

Cela permet en effet l'échange des femmes hors du totem (c'est-à-dire du clan représenté par le totem – donc le père déchu de l'époque de la horde) mais dans un cadre pacifié, civilisé, socialisé.

Mais qu'ont à voir les sciences de l'information et de la communication avec ces histoires d'animaux dévorés tout cru ? Malgré l'aspect a priori incongru de la comparaison, nous voudrions tout de même établir un parallèle, une analogie, entre l'histoire des SIC et l'histoire racontée par Freud. Freud concède que ses hypothèses peuvent paraître « *fantaisistes* », nous concédons également que notre analogie a de quoi étonner mais nous la menons toute de même à terme, convaincu de ses aspects éclairants pour dégager une nouvelle facette de l'inconscient épistémologique propre aux SIC.

Dans un texte dense et précis qui retrace l'histoire épistémologique et institutionnelle des sciences de l'information et de la communication³⁵ qu'il a contribué à édifier, Jean-François Tétu rappelle un événement qui eut lieu au premier congrès Inforcom (l'ancêtre des congrès de la SFSIC) en 1978 alors que la discipline, toute jeune, était reconnue depuis seulement deux ans par le ministère de l'Education Nationale. Tétu raconte :

« R.Escarpit y avait présenté une introduction générale intitulée "Une nouvelle épistémologie de la communication", à laquelle il nous faut faire une place particulière parce qu'elle se présentait comme fondatrice. Donc, Escarpit cherchait à définir ce que peuvent être "les" sciences de l'information-communication, en fondant "l'inter-, trans- ou pluri-disciplinarité" sur le "besoin d'une transgression (terme à entendre étymologiquement) organisée, contrôlée, raisonnée, en un mot scientifique" ».

C'est évidemment cette question du « besoin de transgression » qui nous intéresse dans la mesure où il est fondateur du lien social scientifique qui allait peu à peu unir les chercheurs en SIC. Au fond, et comme dans le mythe de Freud, ce qui allait unir ces chercheurs, c'est la critique de découpages disciplinaires dominants (on a là la figure du maître ou du père de *Totem et Tabou*) dans les années 70 au cœur desquelles les sciences humaines sont dominées par la linguistique structurale et les études littéraires.

Les SIC se sont donc fondées sur une transgression qui fait leur identité propre. On retrouve cela dans beaucoup de manuels de SIC, mais souvent sous forme euphémisée, quand l'interdisciplinarité masque l'ambition de départ de la discipline de questionner les normes des connaissances instituées sur la communication qui étaient surtout rationalisées autour de la question du texte et sans prise en compte de l'instance du lecteur ou du récepteur, comme l'explique Tétu, toujours dans le même article. Ce qui fait l'identité des SIC, ce n'est pas de prendre tels quels les contenus des autres disciplines desquelles elles se revendiquent parfois, c'est de se les approprier dans une perspective d'étude des faits de communication qui ne se rabatte pas sur ce qu'est en mesure de faire la linguistique, la psychologie ou la sociologie. Il s'agit de transgresser, c'est-à-dire, étymologiquement de

³⁴ *Ibid.*, p.201

³⁵ TÉTU, Jean-François. « Les origines littéraires de sciences de l'information et de la communication ». In BOURE, Robert. *Les origines des sciences de l'information et de la communication : regards croisés*. Lille : Septentrion Presses Universitaires, 2002. Coll. « Communication ».

franchir, d'aller au-delà³⁶. Tout comme les frères ont ingéré des morceaux du père, les SIC ont ingéré des morceaux des autres disciplines mais pour instituer un autre ordre qui fonde aussi, pour une part, la sociabilité des chercheurs. Evidemment, et comme le montre Freud, le meurtre ne se fait pas sans culpabilité, car le chercheur en SIC a de l'admiration pour les disciplines connexes³⁷ qu'il a ingérées mais qu'il respecte. Il n'est ainsi pas rare d'entendre en colloque que tel chercheur a plutôt une perspective sémiologique ou tel autre plutôt une perspective sociologique. Des sortes de totem, en fait.

Dans son article, Tétu rend ainsi compte des débats scientifiques qui ont animé la création de la discipline. Il s'agit bien de dépassements transgressifs quand Escarpit introduit une nouvelle manière d'entrevoir la communication en établissant le premier « *le lien entre la littérature et la pratique sociale des lecteurs* »³⁸ ; quand Roland Barthes apporte, avec ses *Mythologies*, une méthode d'analyse du texte qui met en rapport les signes et les idéologies dominantes permettant alors l'analyse des discours médiatiques et des communications de masse, hors de la sacralisation des textes légitimes de la littérature : Barthes offrait en effet des objets d'étude inédits : publicité, spectacle vivant illégitime comme le catch, guide touristique, etc. Tétu poursuit son énumération des grands chercheurs qui ont contribué de près ou de loin à l'édification scientifique des SIC comme Greimas. Venant des études littéraires ou de la linguistique, ces chercheurs ont transgressé les normes de leur discipline d'origine en faisant varier les méthodes et les objets et en s'ouvrant, nous dit Tétu, sur la culture, le politique, sur les pratiques sociales de la communication, c'est-à-dire en mettant en rapport des structures de la sociétés avec le texte et les communications au prix d'une sorte de désacralisation du texte comme forme pure et close. Cette volonté désacralisatrice comme ferment d'un renouveau scientifique pour l'étude des faits de communication nous semble propre aux SIC et nous semble renvoyer encore une fois au procédé décrit dans *Totem et Tabou* de destitution de la figure du maître pour faire communauté. Cette logique désacralisatrice et transgressive, on la retrouve aussi dans l'évolution des recherches en SIC, par exemple dans l'analyse des rapports entre les messages et les supports techniques de la communication³⁹. Les SIC, à force « d'ingestion » de paradigmes issus de disciplines dominantes, à force de transgression donc, parviennent à penser et à articuler les aspects sémiotiques, les pratiques sociales et les aspects techniques de la communication.

Dans son ouvrage *Les sciences de la communication : Théories et acquis*⁴⁰, Bruno Ollivier montre bien les SIC ne se contentent pas de juxtaposer des savoirs issus de disciplines anciennes des sciences humaines et sociales :

« un seul paradigme ne peut à lui seul rendre compte de la complexité des phénomènes de communication. Parce qu'elle articule en permanence d'une part des phénomènes de sens, d'autre part l'action d'humains qui sont à la fois des sujets et des acteurs membres de groupes sociaux partie prenante d'une histoire et enfin des données d'ordre technique liées aux supports qu'elle met en

³⁶ D'après DUBOIS J., MITTERAND H. et DAUZAT A., in *Dictionnaire étymologique et historique du français*, Larousse.

³⁷ On pourrait dire « disciplines-mères », à entendre, pour que notre analogie fonctionne « disciplines-pères ».

³⁸ Tétu J.-F., « Les origines littéraires des SIC », déjà cité

³⁹ FLICHY, Patrice. *Une histoire de la communication moderne. Espace public et vie privée*. La découverte, 1997. Coll. « Sciences humaines et sociales ».

⁴⁰ OLLIVIER, Bruno. *Les sciences de la communication : théories et acquis*. Armand Colin, 2007. Coll. « U ».

œuvre, la communication ne peut relever que d'une approche interdisciplinaire. Cette approche ne consiste pas en une juxtaposition de cultures disciplinaires antérieures (...). Elle implique la connaissance de paradigmes scientifiques d'origines distinctes, quelle articule dans leur complémentarité pour construire des descriptions nouvelles des phénomènes »⁴¹.

La première annexe de l'ouvrage de l'auteur est significative de ce point de vue : elle propose une liste de 200 hypothèses théoriques, comme des ingrédients à accommoder entre eux, pour « *construire des approches interdisciplinaires en sciences de la communication* »⁴². Autrement dit, comme des ingrédients se configurent et s'associent différemment pour créer telle ou telle recette, des hypothèses venues de disciplines diverses des SHS s'associent au gré des recherches pour construire des regards spécifiques et inédits sur les faits de communication. C'est un peu – pour filer la métaphore de la recette et l'articuler à Freud – le *repas totémique des SIC* qui se célébrerait avant d'initier chaque recherche (recette scientifique ?) et permettrait de produire une énonciation singulière en éprouvant cependant un sentiment d'appartenance autour d'un acte de transgression-articulation de disciplines anciennes. Repas qui se célèbre en souvenir des transgressions fondamentales et des coupures opérées dans les disciplines dominantes des années 70 au moment de l'instauration des sciences de l'information et de la communication.

Ainsi donc, ce qui caractérise fondamentalement l'identité des SIC, c'est peut-être qu'elles sont transgressives, ce qui est au fondement de leur liberté épistémologique mais qui présente aussi le danger de l'éparpillement méthodologique et d'une sorte de kaléidoscopie de leur discours scientifique. Nous verrons, dans le chapitre 2, comment, en suivant les conseils de Bruno Ollivier, on peut construire une approche théorique cohérente et pertinente de la psychiatrie d'urgence en termes de communication en gardant l'aspect rebelle ou transgressif des SIC. En fait, si toutes les sciences sociales ont une dimension politique du fait des objets qu'elles traitent, les SIC sont aussi pleinement politiques sur le plan de l'épistémologie dans la mesure où elles fondent leur identité spécifique sur des coupures et des antagonismes, par rapport à d'autres sciences mais aussi entre les paradigmes qu'elles mobilisent à l'intérieur de leur domaine propre. Or, comme le rappelle Bernard Lamizet, quand l'identité se fonde sur l'antagonisme et non exclusivement dans l'expérience de la spécularité, elle s'inscrit dans le champ du politique où l'appartenance collective s'éprouve à la fois dans l'identification et l'antagonisme :

« La dimension politique de l'identité, telle qu'elle fait l'objet d'une inscription et d'une représentation dans l'espace public, dans les lieux de l'agora, ne saurait être que conflictuelle : pas de dialogue, dans l'espace public et dans les logiques de la représentation politique, qui ne prenne la forme d'une confrontation »⁴³.

Pour conclure ces développements sur l'inconscient épistémologique et celui des SIC, nous voudrions faire l'hypothèse que, peut-être, notre thèse se situe dans l'inconscient des SIC ou essaie de le penser. Dire qu'elle est dans l'inconscient ne veut pas dire qu'elle ne lui appartient pas, bien au contraire. Si on se réfère en effet à la définition psychanalytique de l'inconscient, c'est ce qui se réfère à la part la plus refoulée, certes, mais la plus vraie de l'identité. L'inconscient ne ment jamais, il dit la vérité du sujet. En vieillissant, les SIC ont parfois oublié qu'elles étaient transgressives, en affirmant simplement qu'elles étaient

⁴¹ OLLIVIER B., *op. cit.*, p.244

⁴² OLLIVIER B., *op. cit.*, p.245

⁴³ LAMIZET, Bernard. *Politique et identité. PUL, 2002, page 13.*

interdisciplinaires. Peut-être ont-elles cherché à affirmer une autonomie en refoulant leur nature transgressive, en se ralliant à la loi des autres disciplines des SHS de s'affirmer comme entité unifiée. Or, nous remarquons que si les termes de « sociologue » ou de « linguiste » existent, en revanche, en 35 ans d'existence des SIC, on n'a pas trouvé de nom pour désigner génériquement le chercheur de cette discipline. C'est le signe qu'il faut se souvenir de la nature transgressive et donc polymorphe des SIC qui doivent permettre des décalages épistémologiques. C'est un de ces décalages que nous proposons dans notre thèse en menant, via l'analyse de la psychiatrie d'urgence, une approche communicationnelle et politique du psychisme et de la subjectivité. Il sera donc question de transgressions-articulations de disciplines des SHS à la lumière de la psychanalyse et vice-versa⁴⁴.

III. De l'inconscient épistémologique aux « anthropologies philosophiques » ou présupposés anthropologiques de la thèse : l'être humain comme « parlêtre » désirant et divisé.

Dans l'inconscient des SIC, il y a la transgression et la coupure. Ces actes fondent, en partie et quand il les réalise, l'identité du chercheur en SIC. L'objet de la transgression ou de la coupure est le fait du désir du chercheur qui coupe dans les disciplines des SHS d'une manière ou d'une autre, d'une manière singulière en tous cas. Cette singularité, ce désir au début de la recherche, se lit, se manifeste⁴⁵ dans le texte de la thèse sous la forme de ce qu'on nomme couramment les présupposés anthropologiques de la recherche ou dans ce que Philippe Corcuff nomme les « *anthropologies philosophiques de la recherche* ». Nous voudrions exploiter cette notion en ce qu'elle nous permet à la fois de compléter ce que nous avons dit sur l'inconscient épistémologique et, en même temps, de présenter les visions de l'être humain (les propriétés fondamentales que nous lui prêtons) inscrites dans notre thèse. Elles président en effet aux choix théoriques et paradigmatiques que nous avons faits (voir chapitre 2).

A. Les anthropologies philosophiques au cœur de la recherche : l'insu à assumer et à voiler

La notion d'« anthropologie philosophique », développée par Philippe Corcuff, nous a particulièrement séduit en ce qu'elle reconnaît la part d'implicite, donc d'inconscient, de toute recherche. Ces « anthropologies », qui désignent des propriétés de l'être humain auxquelles le chercheur croit et qu'il considère intangibles ou immuables, sont à la fois ce qui est le plus masqué dans la recherche et, en même temps, ce qui l'oriente fondamentalement comme point irréductible et indémontrable auquel se réfère implicitement le chercheur pour chaque concept employé, pour chaque méthodologie mise en œuvre. Corcuff fait ainsi « *l'hypothèse que les composantes anthropologiques, comme plus largement les implicites normatifs, ne renvoient pas au choix volontaire d'une seule orientation par le chercheur, mais cheminent de manière plus diversifiée et moins visible dans les méthodes, concepts, les spécificités des différentes enquêtes* »⁴⁶.

⁴⁴ Ce point sera développé dans le chapitre 2.

⁴⁵ On ne pourra jamais lire clairement le désir du chercheur dans son texte. Comme dans le rêve, il y a dans la thèse un discours manifeste qui est le texte même de la thèse et un discours latent qui renvoie au désir du chercheur, caché dans le texte sous la forme de ses présupposés.

⁴⁶ CORCUFF, Philippe. *Bourdieu autrement. Fragilités d'un sociologue de combat*. Textuel, 2003. Coll. « La discorde », pp.92-93.

Cette dialectique, repérée par Corcuff, entre un savoir ignoré, non interrogé par le sujet chercheur et les énoncés que le chercheur produit comme étant censés représenter le vrai savoir démontrable et argumenté, renvoie pour nous très clairement au fonctionnement dialectique de l'inconscient, et en particulier à ce que nous avons nommé l'inconscient épistémologique. En effet, pour Lacan, l'inconscient, c'est que qui vient produire des trous dans le savoir, c'est « une bévue »⁴⁷ qui renseigne, sous ses apparences d'erreur, sur la vérité du sujet. L'inconscient, c'est ce qui, pour chaque sujet, s'appréhende et se pense difficilement mais qui pourtant donne une cohérence aux actes et au discours du sujet dans leur suite apparemment sans logique et souvent rationalisée a posteriori.

Le sujet qui fait l'hypothèse de l'inconscient en tire des conséquences dans l'interprétation de sa propre vie. Mais il le fait avec parcimonie, dans le cabinet de l'analyste, ou pour lui, intérieurement en quelque sorte, dans les situations de la vie courante sans en référer nécessairement à l'autre quand il s'agit de rendre compte de ses actes. Ce que nous voudrions montrer ici, c'est que cela fonctionne de la même manière pour le sujet de la science dès lors qu'il fait, comme nous, l'hypothèse d'un inconscient épistémologique. Le chercheur doit ainsi assumer ce qui constitue les implicites de sa recherche. Il doit se rendre compte de leur présence *tout en les voilant*. Car à trop dévoiler les implicites, on s'expose à devoir justifier leur caractère indémontrable, ce qui met le chercheur dans une position impossible, intenable puisque, par définition, le chercheur est celui dont on attend qu'il démontre, qu'il établisse des rapports logiques entre des faits, entre des énoncés. En revanche, ne rien dire de ses implicites, c'est aussi courir le risque de ne pas être compris en n'ayant pas dit, un tant soit peu, *d'où l'on parle*. Nous proposons donc d'aborder ici, sans plus y revenir ensuite, les éléments d'anthropologie philosophique (les implicites, les présupposés) de notre thèse, mais sous la forme du voile qui a pour fonction, comme l'a mis en valeur Lacan à partir de la clinique⁴⁸, de montrer et de cacher à la fois. Le voile, en effet, a une fonction dialectique car il suggère ce qu'il y a en dessous et donc y invite le regard, mais ne le montre pas explicitement.

Philippe Corcuff est un chercheur de science politique à l'IEP de Lyon. Une partie de ses travaux est cependant consacrée à la sociologie et notamment à l'interprétation des travaux de Bourdieu. Dans une perspective épistémologique, il envisage aussi les rapports qu'entretiennent la philosophie et la sociologie, cette interdisciplinarité étant pour lui une manière d'enrichir la « vieille »⁴⁹ sociologie de nouveaux concepts, de nouvelles méthodes et de nouveaux objets de recherche.

Cette perspective épistémologique, qui cherche à entrevoir les rapports entre philosophie, science (y compris sous un angle historique) et les dimensions inconscientes de l'investigation scientifique, n'est évidemment pas propre à Philippe Corcuff. On retrouve

⁴⁷ Dans son séminaire 24, de 1976-1977, publié sous le titre « L'insu que sait de l'une-bévue s'aile amour », Lacan, en jouant sur la sonorité du signifiant, traduit le mot « unbewusst » de Freud (« inconscient », en allemand) par « une-bévue » pour bien signifier le caractère de trou dans le savoir que constituent les manifestations de l'inconscient qui apparaissent toujours comme bizarrerie ou acte manqué mais d'où se déduit la vérité du sujet, c'est-à-dire son désir.

⁴⁸ A partir, notamment, de la lecture du cas du Petit Hans de Freud. On retrouve ainsi les analyses sur la fonction du voile chez Lacan dans le *Séminaire 4, La relation d'objet*, p. 279 sqq. Les propos de Lacan sont articulés autour de la question du phallus et notamment de la manière dont le Petit Hans, qui n'accepte pas l'absence du phallus chez la mère, introduit la question du voile pour le faire exister. Mais il nous semble qu'on peut légitimement élargir la dialectique du voile à d'autres objets, dont celui, épistémologique, qui nous occupe.

⁴⁹ En employant cet adjectif nous faisons référence à l'ouvrage de P. Corcuff *Les nouvelles sociologies*, A Colin, coll. « 128 », 2004

une parenté, dans la notion « d'anthropologie philosophique » de Corcuff, à ce que Bachelard a désigné, dans *La Formation de l'esprit scientifique*⁵⁰, sous le nom « d'obstacle épistémologique » qui correspond à ces prénotions et préjugés qui orientent le discours et les pratiques scientifiques et empêchent de réaliser les sauts et les coupures épistémologiques qui renouvellent la science⁵¹. Ces ruptures étant la garantie de ne pas assimiler le travail scientifique à la pratique philosophique qui, quant à elle, érige le savoir en système, c'est-à-dire l'immobilise⁵², ne lui permet plus de se décaler ni d'investir et de construire de nouveaux objets et concepts. Bachelard pense en effet l'histoire de la science non pas comme une édification progressive d'un savoir universel, mais comme une série de ruptures successives : « *on connaît contre une connaissance antérieure, en détruisant des connaissances mal faites, en surmontant ce qui, dans l'esprit même, fait obstacle à la spiritualisation* »⁵³. Bachelard souligne que c'est parce que la science est construite (et ne ressort pas du domaine de l'évidence, de ce qui apparaît à l'expérience) qu'elle avance par destruction et ruptures, coupures successives : « *Accéder à la science, c'est spirituellement rajeunir, c'est accepter une mutation brusque qui doit contredire un passé* »⁵⁴.

Il y a, en fait, deux raisons principales pour lesquelles nous avons choisi les formulations de P. Corcuff (en leur préférant, du coup, l'importation directe de celles de Bachelard).

D'une part, chez lui, « l'obstacle épistémologique », résultante de la rencontre entre préconceptions philosophiques et spéculatives et pratique réglée de la science, est considéré comme devant faire l'objet d'un usage inventif, qui passe par sa reconnaissance et son déplacement, aux conséquences heuristiques. Par rapport à Bachelard, Corcuff reconnaît une sorte d'indépassable des préconceptions à l'origine de la recherche scientifique. Il s'agirait (c'est ainsi qu'on l'interprète, dans nos termes) d'un point d'origine du discours scientifique, un point de réel ou de fantasme que le chercheur n'est pas en mesure d'abandonner au risque d'y perdre une part de son identité et de son désir de chercher. Contraint de conserver ce qui fait, en quelque sorte, la matérialité psychique de son identité (ce qui ne se déplace pas comme le symbolique mais qui se répète), le chercheur travaille avec, fait usage de ce point inamovible de croyance indestructible. « L'anthropologie philosophique » chez Corcuff désigne la valeur zéro, indémontrable, singulière, à partir de laquelle s'ordonne ensuite le discours scientifique en suivant les règles classiques du raisonnement déterminées collectivement. En somme, *l'obstacle* de Bachelard est *point d'appui* ou *tremplin* chez Corcuff. C'est cette conception du compromis qui dévoile un point d'impureté dans le savoir et la science, à leur origine, pour chaque chercheur, qui nous a séduit. On a là une forme de l'inconscient épistémologique : c'est

⁵⁰ BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique* [1938]. Vrin, 1989. Coll. « Bibliothèque des textes philosophique ».

⁵¹ Bachelard donne un synonyme à la notion d'obstacle épistémologique, décliné à partir de la question des biais de l'expérience première (des impressions d'observation) et dont la formulation nous intéresse dans l'articulation que nous faisons entre psychanalyse et épistémologie : il parle de « *concepts préscientifiques à noyaux inconscients* » (p.45 de *La formation de l'esprit scientifique*).

⁵² Gaston Bachelard dit : « *La philosophie a une science qui n'est qu'à elle, la science de la généralité. Nous allons nous efforcer de montrer que cette science du général est toujours un arrêt de l'expérience, un échec de l'empirisme inventif. (...) Il y a en effet une jouissance intellectuelle dangereuse dans une généralisation hâtive et facile* », in *La Formation de l'esprit scientifique*, déjà cité, p.55. Quelques pages avant, Bachelard indique que le propre de la connaissance scientifique n'est pas la généralité, mais *la réponse à une question* qui, d'emblée, donne des conditions d'applicabilité et de validité restreinte au savoir établi. C'est la notion très usitée de *problématique* qui est évoqué ici.

⁵³ Ibid., p.14

⁵⁴ Ibid., p.14

ce dont le chercheur ne veut rien savoir, parce que le reconnaître pleinement le mettrait hors du champ de la science⁵⁵, qui pourtant ordonne son discours conscient et public (celui impliquant la reconnaissance des pairs, par des communications ou des publications, par exemple).

D'autre part, le travail de Corcuff s'applique au champ des sciences humaines et sociales, ce qui permet une transposition plus aisée à notre propre travail par rapport à l'usage direct des considérations de Bachelard qui traite davantage de ces questions épistémologiques telles qu'elles sont à l'œuvre dans le champ des sciences exactes (physique, notamment).

Pour Corcuff, à l'instar de ce que pense Bachelard, tout chercheur a intérêt à se questionner sur les présupposés qui pré-structurent le regard scientifique. A côté du caractère positif de la science (les découvertes scientifiques faites à partir de méthodes d'objectivation et de distanciation), il ne faut pas oublier son caractère normatif. Pour Corcuff, toute science humaine ou sociale, même la plus empirique, est dépendante d'énoncés normatifs. Ces énoncés normatifs, il les nomme « anthropologies philosophiques » : « *je viserai par « anthropologies philosophiques » des présupposés (pas nécessairement explicites) quant aux propriétés de l'humain et de la condition humaine* »⁵⁶. Corcuff explique ainsi que le chercheur doit prendre acte de la façon de nommer *a priori* les êtres humains (« *acteur* », « *sujet* », « *agent* », « *individu* ») ou de les doter *a priori* de propriétés spécifiques (« *intérêt* », « *désir* », « *passion* », « *compétences* », « *dispositions* », etc.) et que cela entraîne vers tel ou tel type de résultat en éclairant une partie de la réalité sociale et pas une autre. Reconnaître de tels présupposés qui président à toute recherche, « *ce n'est pas nier la science au nom de l'abstraction, de l'a priori ou du normatif. C'est prendre conscience des effets de présupposés, irréductibles, dans la pré-structuration du regard scientifique* »⁵⁷. En réalité, la reconnaissance des anthropologies philosophiques permet, d'une part, une forme d'honnêteté intellectuelle et épistémologique et, d'autre part, la possibilité d'ouvrir à d'autres champs de recherche. En effet, reconnaître ses présupposés, c'est affirmer l'orientation spécifique d'une recherche, c'est-à-dire envisager les conditions d'applicabilité des énoncés qui seront produits pour rendre compte des phénomènes. C'est aussi pointer ce que la recherche laisse dans l'ombre : comment, par exemple, rendre compte de phénomènes psychiques inconscients si l'on présuppose que l'être humain est mû par l'intérêt et est donc porteur d'une conscience calculatrice qui indique que rien ne lui échappe ? Le projet épistémologique de Corcuff, c'est alors de faire varier les présupposés anthropologiques légitimes propres à telle discipline ou à telle approche scientifique pour dégager de nouvelles conceptualisations autour d'objets traditionnels de la discipline ; c'est « *se donner les moyens de faire varier les outils conceptuels utilisés, en les adossant à des hypothèses anthropologiques plus diversifiées* »⁵⁸.

Corcuff applique notamment sa réflexion au cas de la sociologie de Bourdieu et notamment de l'héritage qu'elle a eue dans la science politique française. Il indique que dans la théorie des champs, exposée notamment dans *La Distinction*, Bourdieu, en décrivant

⁵⁵ Il est en effet question d'une *croissance* qui ordonne la *science*. Or, la science qui se veut positive se donne pour but d'arracher le sujet aux croyances par le biais de la démonstration, du raisonnement, etc. L'inconscient, pour la psychanalyse, s'institue toujours à partir de telles dialectiques qui ordonnent nécessité et interdit.

⁵⁶ CORCUFF, Philippe. « Figures de l'individualité, de Marx aux sociologies contemporaines ». In *EspaceTemps.net*. Juillet 2005 [En ligne]. Textuel. <http://espacetemps.net/document1390.html>.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

la vie sociale selon une analogie économique (Bourdieu parle notamment de « marché linguistique » pour rendre compte des processus de distinction sociale par l'usage de la langue), s'est appuyé sur une « *anthropologie de l'intérêt* ». Selon Corcuff, cette partie de la théorie de Bourdieu fondée sur une vision implicite de l'être humain mû par l'intérêt, a été reprise comme telle, sans être vraiment interrogée, par des politistes français cherchant à renouveler l'approche trop juridique de la science politique française (Daniel Gaxie, Michel Dobry, Bernard Lacroix, Jacques Lagroye, Michel Offerlé). Cela a eu pour conséquence de donner une vision très machiavélique des rapports de pouvoir et donc, au fond, un peu univoque. Et Corcuff de montrer comment un autre « fil anthropologique » pourrait donner d'autres visions des rapports de pouvoir et fournir de nouvelles interprétations de la vie politique : « *Ces prises de position anthropologiques, non ressenties comme telles et même ne relevant pas en général d'un choix conscient, ont des conséquences sur le terrain des enquêtes empiriques. Par exemple, un objet social investi ces dernières années par la sociologie politique comme « la manifestation » ne gagnerait-il pas de nouvelles formes d'intelligibilité à retrouver une catégorie comme « passions » à côté de celle d'« intérêts » ?* »⁵⁹.

Au terme de sa réflexion Corcuff explique que les sciences sociales bâtissent leurs théories et leurs paradigmes sur de grandes analogies (analogies biologiques, analogie économique, analogie théâtrale). Les anthropologies philosophiques seraient les « *carburants* »⁶⁰ de ces analogies au service de l'intelligibilité du monde social. Il milite alors pour une diversification des « *comme si anthropologiques* » qui stimulent l'imagination de la recherche. Pour notre thèse nous prendrons acte de cette proposition, et à double titre.

D'abord, parce que notre thèse se propose, dans le champ des sciences de la communication, de construire un modèle conceptuel qui s'adosse à une anthropologie philosophique que nous pourrions nommer « du désir » et dont nous préciserons les contours dans les lignes qui suivent. L'abord du sujet par sa dimension désirante est assez rare dans le champ des SIC.

Ensuite, parce que nous avons aussi fait le choix d'aborder notre objet, la psychiatrie d'urgence, par une approche multifocale, sans la cantonner à un seul bloc théorique. Bien sûr l'anthropologie du désir traversera toute la thèse et sera un point de rassemblement des théories mobilisées, mais nous nous emploierons à aborder notre objet à partir de différentes analogies qui nous semblent complémentaires et heuristiques (celle du théâtre pour rendre compte du nouage des aspects symboliques et imaginaires de l'urgence ; celle de la magie pour rendre compte de l'efficacité symbolique de la prise en charge psychiatrique, par exemple).

B. Les anthropologies philosophiques des théories rendant compte, dans le champ des SIC, de la psychiatrie et de la maladie mentale.

Relever l'ambition de Corcuff pour les SIC est un travail trop important pour une thèse. En effet, le caractère interdisciplinaire des SIC fait que cette discipline s'inspire d'un ensemble très vaste de paradigmes issus de disciplines variées. Cela signifie qu'il n'y a pas une anthropologie philosophique unique qui traverse ses présupposés et il faudrait en dresser une liste trop longue pour une thèse qui n'est pas exclusivement épistémologique. On peut cependant se prêter au jeu de manière non exhaustive et tenter de dévoiler les présupposés

⁵⁹ Bourdieu autrement..., déjà cité, p.108

⁶⁰ Ibid., p.122

anthropologiques des théories mobilisées pour l'analyse de la psychiatrie et de la relation médicale dans le champ des SIC.

En réalité, elles sont peu nombreuses. A notre sens, il n'y a pas beaucoup de théories en SIC qui se préoccupent de comprendre et de rendre intelligible la relation médicale. Pourtant, la relation médicale, notamment dans le champ de l'accueil et du traitement des pathologies mentales, s'inscrit pleinement dans une problématique de la communication puisque la parole est l'outil thérapeutique (Freud parle de « cure par la parole »⁶¹) et que le rapport problématique du sujet au langage et à la communication permet de rendre compte de certaines pathologies (la psychose pouvant s'interpréter comme une forclusion du sujet de l'ordre symbolique et la névrose comme la résultante de l'aliénation du sujet dans le langage⁶²).

En fait, la question de la santé n'est pas absente des travaux en SIC, mais elle est rarement traitée sous l'angle de la relation thérapeutique et de sa compréhension en termes de communication. Les voies de la recherche sur la santé dans ce champ suivent deux axes majeurs qui sont d'un côté celui de la médiatisation de la maladie en tant qu'elle contribue à faire de la santé un problème public et politique majeur dans notre société⁶³ et, de l'autre côté, celui des recherches portant sur les phénomènes de vulgarisation scientifique de la médecine ou de construction des savoirs hybrides et profanes sur la santé, la maladie, la médecine, les thérapeutiques⁶⁴. On pourrait ajouter un troisième axe, dont Dominique Carré et Robert Panico⁶⁵ sont des représentants, qui traite de la question de l'insertion, dans le champ de la santé, des nouvelles technologies numériques qui se mettent au service des objectifs de rationalisation managériale de l'hôpital en provoquant des effets de rentabilisation et donc de déshumanisation de l'acte de soin. Ici, on s'approche, de biais cependant car il s'agit de l'analyse de l'usage des NTIC, des questions de la nature de la relation médicale.

Ainsi, il y a peu de théories propres aux SIC qui traitent de la relation médicale, et en particulier de la psychiatrie, et il y a là un champ de recherche non réellement défriché que notre thèse se propose d'investir. On le verra dans le chapitre suivant, l'objet que nous avons choisi nous a invité à aller nous enrichir de théories plutôt propres à d'autres sciences humaines et sociales qui ont l'habitude de traiter de la relation médicale : anthropologie, sociologie et psychanalyse notamment. Mais notre but n'est pas de faire un « patchwork » théorique et nous n'avons pioché dans ces domaines des recherches que pour autant que les paradigmes qu'on y a puisés permettent de construire une approche en termes de communication de la psychiatrie d'urgence.

⁶¹ FREUD, Sigmund. *La technique psychanalytique*. Paris : PUF, 2005. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».

⁶² Nous détaillerons ces points plus bas que nous extrayons de la lecture de Lacan, on pourra cependant trouver cela dans LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 3, Les psychoses [1955-1956]*. Seuil, 1981. Coll. « Champ Freudien ». On trouve par ailleurs répétée dans nombre de séminaire de Lacan que « l'inconscient est structuré comme un langage », renvoyant au fait que l'inconscient est corrélatif au schéma de la communication qui implique l'Autre et un code.

⁶³ Pour avoir un point de vue synthétique de cet axe de recherche on peut se référer à *Questions de communication*. 2007, n°11, « Malades et maladies dans l'espace public ». Presses universitaires de Nancy ; et à ROMEYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010.

⁶⁴ De telles recherches peuvent par exemple être menées par le laboratoire de sciences de la communication de l'ENS Lyon, le C2SO.

⁶⁵ PANICO, Robert. « Télé-médecine et progrès social : un duo incertain ». In *Sciences de la société*. 1999, n°47, *Les télé-Services. Les nouveaux services de communication*. Presses universitaires du Mirail. Pages 43-56.

Il y a cependant deux auteurs souvent mobilisés dans le champ des SIC qui se sont penchés sur la question de la psychiatrie. Ce sont Michel Foucault et Erving Goffman. Nous ne développerons pas leurs théories ici pour deux raisons. D'une part, alors que ces auteurs ont fondé une partie de leurs approches théoriques à partir de l'étude de la psychiatrie, les SIC ont gardé la théorie et la méthode en évacuant l'objet spécifique (la maladie mentale, la psychiatre) sur lequel elles avaient été établies pour les transférer à d'autres objets. D'autre part, dans la dernière partie de la thèse, nous proposons – notamment – une relecture de Foucault et de Goffman à partir des résultats de notre recherche sur la psychiatrie d'urgence. Nous aurons là un angle de lecture de Goffman et de Foucault qui se révélera plus intéressant qu'un exposé général de la théorie sans véritable but de démonstration.

Nous pouvons cependant essayer de détacher, à grands traits, sans être exhaustif, quelques « anthropologies philosophiques » de l'interactionnisme de Goffman et de la pensée de Foucault. Cela permettra de lire, par comparaison en quelque sorte, la spécificité de notre approche présentée plus bas.

La littérature interactionniste, particulièrement Goffman, invite à désigner ce champ théorique comme traversé par une *anthropologie du rôle*. Dans l'interactionnisme symbolique, qui a pu servir à interpréter la relation thérapeutique en psychiatrie, l'être humain a cette caractéristique de n'être pas doté d'attributs psychologiques. C'est ce qu'exprime David Le Breton lecteur de Goffman : « *Le soi est socialement fragmenté (...). L'existence sociale n'est possible qu'à travers la capacité pour l'acteur d'endosser une succession de rôles différents selon les publics et les moments. (...). Le rôle prime sur une identité établie une fois pour toutes. (...) Le soi n'existe que sous la forme des rôles tenus* »⁶⁶. En somme, dans l'interactionnisme, il existe un implicite selon lequel l'identité n'est pas substantielle mais relationnelle. Peut-être faudrait-il plutôt dire conjoncturelle ou circonstancielle en fonction des situations sociales. Car, au fond, on peut aussi dire que l'identité, dans le champ de la psychanalyse, est relationnelle en ce qu'elle s'institue dans le rapport que le sujet entretient au symbolique, c'est-à-dire à la figure de l'Autre, figure *générale* du tiers. Pour Goffman, l'identité s'établit au gré de la rencontre, dans un rôle de composition, selon la figure particulière d'un autre, caractérisé socialement et qui invite à tel ou tel type de comportement. Dans le champ de la psychanalyse, qui est celui auquel notre thèse se réfère pour construire la vision de l'être humain qui la sous-tend, l'identité du sujet se soutient de son désir qui est l'envers dialectique du manque provoqué par l'insertion du sujet dans le langage, c'est-à-dire dans le rapport à l'autre médiaté par un code hétérogène à ce qui anime biologiquement le sujet⁶⁷ (vie pulsionnelle). Cette anthropologie du rôle à la racine de la théorie interactionniste s'avère pour nous insuffisante pour analyser notre objet et menace de laisser des zones d'ombre dans l'intelligibilité de la psychiatrie d'urgence. En effet, réduire l'être humain à son rôle, c'est pertinent pour l'analyse de multiples situations sociales mais ça ne permet pas de rendre compte de la dimension réelle (irréductible au symbolique, au rôle) qui se manifeste dans les situations de crise psychique.

Concernant Foucault maintenant, peut-on dégager une anthropologie philosophique qui traverse l'œuvre, et notamment *l'Histoire de la Folie* ? Quelles possibilités heuristiques cette anthropologie libère-t-elle ? Laisse-t-elle dans l'ombre des possibilités d'analyse de la psychiatrie d'urgence ?

⁶⁶ LE BRETON, David. L'interactionnisme symbolique. PUF, 2004. Coll. « Quadrige », Manuels, p.62-63

⁶⁷ Cette spécificité de la psychanalyse freudienne qui associe une théorie du sens à une théorie de la pulsion a été fort bien analysée par Paul Ricœur dans *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Seuil, 1965. Coll. « L'ordre philosophique », à la partie « Energétique et herméneutique », pp.73-153. Cette dialectique sera travaillée par Lacan plus particulièrement dans les dernières années de son enseignement.

Peut-être pourrait-on dire, sans prétention d'exhaustivité, qu'un des fils implicites de la pensée de Foucault (en tous cas dans ses écrits les plus anciens dont fait partie *l'Histoire de la folie*) est qu'il suit une *anthropologie de l'assujettissement*. Pour Foucault, l'être humain est pris et prisonnier de normes qui l'assujettissent jusque dans son corps. Les corps sont porteurs des normes que le sujet intègre et cela de manière écrasante. Comme pour la question du rôle dans l'interactionnisme, la question de l'assujettissement est intéressante à mettre en perspective avec la psychanalyse, ce que fait notamment Judith Butler en comparant chez Freud, Foucault et Lacan les conceptions de la norme et du symbolique⁶⁸. Elle explique que la pensée de Foucault, comme la psychanalyse, désignent des formes d'assujettissement ou d'aliénation au symbolique. Elle souligne que chez Foucault, l'instance du symbolique est, en quelque sorte, toute puissante, et construit alors une théorie assez pessimiste sur le social, notamment dans les difficultés à contourner les formes de pouvoirs et les normes intégrées par les sujets sociaux. Butler indique que Lacan, en introduisant l'importance de ses catégories de réel et d'imaginaire rend moins aliénante la fonction symbolique. Notons d'ailleurs que si Lacan insista beaucoup sur la notion de symbolique au début de son enseignement, la suite, à partir notamment du *Séminaire 10* sur l'angoisse, fut consacrée à rendre compte du rapport des instances du réel et de l'imaginaire avec le symbolique. Judith Butler souligne alors que faire l'hypothèse de l'inconscient, c'est envisager la possibilité de trous et d'échappatoires dans le symbolique qui appartiennent au sujet qui n'est pas sujet à l'inconscient mais sujet *de* l'inconscient, c'est-à-dire propriétaire et non pas esclave assujéti de son inconscient pourtant lui-même corrélatif à l'insertion du sujet dans le symbolique. Ce constat pousse Butler à dire que « *tous les rituels de conformité aux injonctions de la civilisation ont leur coût, et un certain reste non bridé et non socialisé se trouve ainsi produit, qui conteste l'apparence du sujet obéissant à la loi. Ce reste psychique marque les limites de la normalisation* »⁶⁹. Ce reste est ce que Lacan appelle l'instance du Réel : c'est ce qui marque que le symbolique n'est pas tout puissant sur les conduites et sur le corps – c'est même le corps qui, dans ses manifestations irréductibles aux exigences de la civilisation, vient interroger le symbolique, parfois sous forme de symptôme. Butler souligne enfin que la fonction de l'imaginaire, chez Lacan, permet à l'identité d'échapper à une dimension strictement symbolique : « *L'identité ne peut jamais être pleinement totalisée par le symbolique car ce que celui-ci ne parvient pas à ordonner émergera dans l'imaginaire en tant que désordre, site de contestation de l'identité* »⁷⁰. En cela, la psychanalyse, à la fois comme théorie et comme pratique, est politique : elle soutient une idée du sujet – dans la théorie – et un sujet proprement dit – l'analysant, dans la cure – qui, respectivement, soit subversive et fasse preuve de subversion⁷¹.

Nul doute que la pensée de Foucault est puissante et heuristique à bien des égards, nous le montrerons au long de la thèse et plus précisément à l'approche de la conclusion quand nous proposons une relecture de *l'Histoire de la folie* à la lumière du phénomène contemporain d'accueil d'urgence en psychiatrie. Cependant, l'anthropologie philosophique pessimiste de Foucault qui sous-tend ses écrits nous laisse perplexe quant à la possibilité laissée par sa pensée d'éclairer tous les phénomènes qui se produisent lors des situations

⁶⁸ BUTLER, Judith. *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*. Editions Léo Scheer, 2003. Coll. « Non & Non ».

⁶⁹ Ibid., p.141

⁷⁰ Ibid., p.153

⁷¹ Nous développerons, dans le chapitre suivant, comment il est possible d'envisager les rapports entre psychanalyse et politique. Cette articulation invite à une définition quelque peu restrictive du politique.

d'urgence psychiatrique. Par exemple, comment une théorie de l'assujettissement est-elle en mesure de rendre compte de l'inventivité subjective et discursive de sujets en détresse qui se présentent et rendent compte de leur souffrance aux psychiatres des urgences ? Comment une théorie de l'assujettissement dégageant la force de l'institution sur les corps est-elle en mesure d'être opératoire pour une analyse des articulations dialectiques entre demande du patient et discours de l'institution ? Notre thèse, peut-être un peu naïvement, ne souhaite pas postuler a priori l'assujettissement à l'institution hospitalière des patients en difficulté psychique, quitte à ce que nous revenions sur nos présupposés à l'épreuve de nos découvertes sur le terrain.

Les analyses que nous venons de mener ont déjà dévoilé, en creux, ce que sont les présupposés sur la définition de l'être humain qui fondent les approches conceptuelles et méthodologiques dans notre thèse. Il s'agit maintenant de tenter de les préciser pour ne plus avoir à y revenir ensuite.

C. Analyse réflexive sur les anthropologies philosophiques de la thèse

Il a été difficile de savoir où placer chronologiquement, dans le plan de la thèse, la réflexion qui va suivre. En effet, placée ici, elle est censée annoncer une démarche épistémologique et méthodologique. En réalité, elle a un double statut : un statut d'annonce (une invitation vers le lecteur à une manière de lire la thèse) mais aussi un statut de retour réflexif sur la thèse au moment de sa rédaction qui ne se produit pas, elle-même, dans l'ordre chronologique du plan. Ainsi, ce développement aurait très bien pu prendre place à la fin de la thèse. Mais, comme cela nous semble important pour justifier les modalités d'articulation des énoncés scientifiques que nous avons choisi de mobiliser dans la thèse, nous inscrivons ce propos ici, de manière à éclairer le travail conceptuel de nos implicites qui sont, en fait, en dernière instance, le « noyau » rassembleur des différents paradigmes mobilisés.

Il s'agit donc ici de décrire ce qui fonde les constructions théoriques de la thèse mais qui reste, en quelque sorte, indémontrable si on suit, en extrapolant quelque peu, les explications de Corcuff sur les anthropologies philosophiques. C'est en somme la révélation fugace des « croyances » qui sont au fondement de la thèse, c'est-à-dire des postulats qui orientent la thèse sans que le chercheur en connaisse tous les tenants et aboutissants. C'est un peu comme le désir qui guide la vie du sujet et à propos duquel le sujet a quelque connaissance tout en ayant le sentiment que quelque chose lui en échappe toujours. Il s'agit d'un point organisateur à partir duquel les autres énoncés de la recherche sont explicables et articulables⁷².

Quels sont donc les énoncés indémontrables que nous nous avouons – forcément partiellement – et qui fondent le propos de la thèse sur le plan conceptuel mais aussi certainement politique ? Ces anthropologies philosophiques auxquelles nous adhérons sont-elles courantes en SIC ? Sinon, pourquoi et peuvent-elles y prétendre ?

Ces énoncés que nous proposons comme postulats fondamentaux de notre thèse, nous ne les étairions pas à partir de références bibliographiques. On pourrait le faire, mais l'objectif ici est l'affirmation et non la démonstration. On ne peut en effet démontrer qu'à partir de point fixés arbitrairement, ou par conviction. Les sciences dites « exactes »,

⁷² Ce serait la même métaphore que celle de « l'ombilic du rêve » décrit par Freud dans *l'Interprétation des rêves* (p.446) qui désigne ce point inaccessible au sujet mais qui pourtant donne une orientation déterminée au rêve. C'est ce point de réel, dirait Lacan, autour duquel tourne le sujet quand il interprète son rêve à partir de ses formations manifestes. C'est un point d'énigme, un point opaque d'où, paradoxalement, se construit le sens. C'est un peu la même chose dans une recherche où la singularité ineffable du désir du chercheur oriente pourtant les formations de sens, explicites quant à elles, qu'il produit dans la recherche.

comme les mathématiques, ne font pas autre chose en écrivant, par exemple, au début de leurs démonstrations : « On admet que $x \square$ ». Cette proposition contient en elle-même les conditions d'applicabilité des démonstrations qui seront développées ensuite. De même, en physique mécanique, les raisonnements commencent par une sorte de fiction où l'on annonce qu'on « *néglige le frottement de l'air* ».

Nous pensons pouvoir dire que notre thèse, élaborée explicitement dans le cadre des sciences de l'information et de la communication, s'appuie implicitement sur une « anthropologie du désir » en ce que le désir est fondamentalement lié à une problématique de la place de l'être humain dans le langage. Nous postulons ainsi que le désir est ce qui anime l'être humain en tant qu'il est un être parlant. Autrement dit, il faut entendre le terme de désir en le dégageant des idées communes auxquelles il peut être associé. La définition à laquelle nous nous référons – qui est celle, en fait, de la psychanalyse lacanienne – n'est pas réductible à celle de volonté ni à celle de pulsion physique ou sexuelle qui sont souvent les définitions associées au terme de désir dans le sens commun. Le désir est pour nous une médiation entre le besoin (qui est de l'ordre du corps, de la pulsion) et la demande (qui est une formulation adressée à l'autre de qui on attend quelque chose, dans le symbolique). Le désir n'est pas le besoin car le besoin s'éteint dès qu'il est satisfait (la soif s'apaise quand elle est éteinte) alors que le désir court toujours, il pousse toujours le sujet vers un autre objet qui le satisfasse et qui ne convient jamais. Le désir est à la recherche d'un objet perdu, à jamais perdu. Le désir n'est pas la demande car il est toujours en deçà ou au-delà d'elle. Soit le symbolique (le langage) en dit trop par rapport à mon désir insu (ce qui peut se lire dans les lapsus et la gêne qu'ils occasionnent), soit il est insuffisant à le dire tout (comment lui dire que je l'aime ?). Autrement dit, le désir est une instance intermédiaire entre la pulsion et le langage ; c'est la pulsion prise dans le langage mais qui aussitôt prise, lui échappe. C'est, pour le sujet, une instance toujours insaisissable et dont il constate pourtant les effets dans sa vie, c'est-à-dire dans son discours et dans ses actes.

Cette anthropologie du désir, qui dessine les contours implicites de la définition de l'être humain contenue, traversant et soutenue dans la thèse, a des implications qui poussent à préciser la définition.

Nous dirions donc que, dans notre thèse, nous considérerons l'être humain comme un *sujet*. C'est le terme que nous emploierons pour ce qu'il connote et qui est différent d'autres manières de nommer l'être humain qui renvoient, quant à elles, à d'autres conceptions anthropologiques, comme le notait Corcuff. Parler de sujet, ce n'est pas la même chose que de parler d'« individu », d'« acteur » ou d'« agent » qui sont des désignations souvent mobilisées dans le champ des sciences sociales et donc en SIC. Mais il y a plusieurs façons de définir le sujet... Pour nous, le sujet n'est pas totalement assujéti : nous venons de le voir au cours de notre rapide discussion de la pensée de Foucault. En effet, concevoir qu'une logique du désir traverse le sujet, c'est lui reconnaître une forme de responsabilité dans les actes, les discours et les symptômes qu'il manifeste (c'est pour cela qu'il n'est pas un « agent », terme qui indique une forme de passivité, d'aliénation totale aux structures collectives). De manière consciente ou inconsciente (le sujet ne veut parfois rien savoir de son désir), dans notre perspective, le sujet est toujours pour quelque chose dans ce qu'il dit ou fait – ce sont des manifestations explicites ou masquées et déformées du désir qui cherche à s'exprimer en correspondant aux exigences du symbolique et de la civilisation.

Le sujet que nous envisageons est donc désirant et parlant. Il est aussi divisé (c'est pour cela qu'il n'est pas un « in-dividu »). Cette division est, en quelque sorte, ce qui est issu de la confrontation dialectique qui définit le sujet entre désir et langage et entre désir et pouvoir. Pour le dire grossièrement, avant d'étayer plus rigoureusement ces

considérations plus tard dans la thèse, le sujet est divisé entre sujet de l'énoncé (le sujet tel qu'il apparaît dans l'énoncé, le moi) et sujet de l'énonciation (le sujet qui prononce, qui s'engage dans la parole, le sujet du désir et de l'inconscient). C'est cette dialectique, définissant pour nous fondamentalement la condition humaine, qui est exprimé dans la célèbre proposition de Rimbaud « *Je est un autre* ». Cette phrase rend vraiment compte de la manière dont, finalement, notre conception du sujet entraîne une conception spécifique de la communication qui traversera notre thèse : je crée du lien social en mettant en œuvre la communication mais je ne me saisis jamais moi-même dans le langage qui, par nature, est équivoque, insuffisant à dire et support originaire de la communication ; j'ai pourtant l'idée que l'autre pourra me renvoyer, en miroir, qui je suis ; cette identification, qui exprime au fond la reconnaissance d'un code commun, m'intègre au collectif mais, *en même temps*, me renvoie à ma singularité à travers l'insuffisance du langage et de la communication à représenter, pour l'autre, mon désir.

Nous tenons à souligner qu'une telle anthropologie du désir, fondant une conception spécifique de la communication, implique une théorie de la médiation entre le singulier et le collectif. Il ne s'agit pas, en effet, d'une psychologisation de la communication qui tendrait à éluder la question du collectif. Le collectif est bien présent, notamment sous la forme de la figure de l'autre qui se présente selon trois instances⁷³. D'abord, l'autre est réel : comme objet de jouissance, comme corps, comme porteur de l'objet et comme limite de ma propre identité. Ensuite, l'autre est imaginaire (comme dans l'amour, la paranoïa, les mythes individuels où des fictions sur l'autre viennent à la place de l'impossibilité à connaître son désir : que me veut l'autre ?). L'autre est enfin symbolique : le code, le langage qui existent avant moi et existeront après et par lesquels je dois passer pour m'exprimer, m'indiquent l'existence des autres et mon appartenance au collectif.

Cette conception du sujet a une autre conséquence sur le plan de l'analyse de communication : elle indique que la communication n'est pas transparente. En effet, le langage, sur lequel elle s'appuie est, on l'a dit, hétérogène à l'ordre du désir (donc jamais satisfaisant) mais, en plus, la structure même du langage confère à la communication une nature fondamentalement équivoque. On ne s'engage pas dans le langage, via la parole, sans faire l'expérience de ses aspects métaphoriques et métonymiques qui font que chaque terme prononcé renvoie, pour moi ou pour mon partenaire de communication, à un autre terme qui n'est pas fixé de manière certaine mais qui dépend, de manière contingente, de chaque sujet, de ses associations inconscientes et donc de son investissement désirant du langage. La communication est en définitive, de ce point de vue, une médiation précaire qui bute, en permanence, sur le malentendu.

Les conceptions de la communication, issues de cette conception du sujet comme clivé, parlant et désirant, sont rares dans le champ des SIC. Nous avons cependant la certitude qu'une telle conception est à la fois heuristique pour l'analyse de notre objet qui l'exige, en quelque sorte, et qu'elle est susceptible de générer des articulations conceptuelles originales capables de renouveler les concaténations interdisciplinaires dominantes en SIC. C'est, entre autres, le projet de notre thèse.

Ce refoulement des aspects psychiques de la communication⁷⁴ a souvent conduit les SIC à occulter l'étude d'objets qui peuvent légitimement faire partie de leur champ d'investigation. Ainsi, les SIC se sont peu intéressées aux pathologies de la communication

⁷³ La notion même de sujet définit étymologiquement le rapport à l'autre : sub-jectum signifie « [placé] sous le regard de l'autre ».

⁷⁴ Qui ne sont pas exclusifs de la considération des aspects collectifs et sociaux de la communication, on l'a vu et on

l'approfondira au chapitre 2.

alors que la psychologie ou la linguistique ont pu en faire leur objet en mettant en œuvre leurs propres méthodologies. Il est étonnant que les recherches n'aient jamais vraiment tenté de concevoir des modèles rendant compte de la médiation entre les aspects psychiques et collectifs de la communication⁷⁵. Car enfin, beaucoup de théories de la communication ont pu montrer l'illusion qu'il y avait à postuler une transparence de la communication⁷⁶, mais les questions du malentendu et de la pathologie ont rarement été rationalisées à partir de considérations sur la vie psychique des sujets de la communication. On trouve cependant une présence du discours de la psychanalyse chez des auteurs largement mobilisés par les chercheurs en sciences de l'information et de la communication tels que Roland Barthes ou Michel de Certeau.

Il est temps de rendre compte de la manière dont nous avons choisi et articulé les concepts fondamentaux qui constituent l'approche théorique de notre thèse.

Chapitre 2 : Rendre compte de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication : une approche interdisciplinaire

Si une anthropologie du désir, telle que nous l'avons exposée précédemment, fédère implicitement les différents concepts et méthodes que nous mobilisons dans la thèse, cela ne suffit pas à exposer un modèle conceptuel. En effet, l'origine du chercheur – qui peut s'assimiler à son désir, lisible dans ses postulats indémontrables fondés sur les définitions *a priori* de l'être humain – est en mesure d'expliquer des *choix* théoriques mais ne construit pas *la cohérence et les articulations entre ces choix* théoriques⁷⁷. C'est ici qu'intervient plus proprement le travail de l'épistémologie qui met le voile de la logique scientifique sur la logique du désir pourtant à l'œuvre dans la thèse mais qu'il ne convient plus d'exposer désormais.

Nous allons ici voyager à travers plusieurs disciplines, plusieurs concepts mais nous n'allons pas les exposer dans le détail. En effet, les points de détail des théories seront développés à l'occasion de nos analyses, quand telle situation clinique ou telle observation suscitera telle explication dans les formulations de Lévi-Strauss quand il parle d'efficacité symbolique, par exemple.

La démarche ici est d'analyse et de synthèse. D'analyse, d'abord, car il va s'agir d'isoler chaque discipline mobilisée pour indiquer sa contribution possible à une analyse de la psychiatrie d'urgence en termes de communication. De synthèse, ensuite, car il s'agira de montrer comment chaque théorie ou discipline prise isolément est manquante pour

⁷⁵ Freud est parfois cité dans les manuels de SIC, aux côtés de Tarde et de Le Bon, concernant la question de la psychologie des foules. Il nous semble qu'il s'agit d'une lecture de Freud relativement partielle qui ne rend pas compte de tout son travail, au début de son œuvre, sur les rapports entre le psychisme et les lois du langage susceptibles d'intéresser plus largement les sciences de la communication...

⁷⁶ C'est en fait toute l'histoire des théories de la communication que d'être partie d'une vision instrumentale et transparente de la communication (modèle de Shannon) à l'élaboration de modèles plus complexes prenant en compte la question de l'interprétation du récepteur (Cultural Studies, Contrat de communication, etc.).

⁷⁷ Le désir rassemble en effet des éléments selon une logique métonymique ou métaphorique, mais il laisse à la raison le soin de les articuler dans les contraintes du discours scientifique, au risque d'en mettre certains de côté.

rendre compte de notre objet en y laissant des zones d'ombre. Ce manque nous incitera à faire appel à d'autres théories les complétant mais qui sont elles-mêmes manquantes sous certains aspects. C'est ainsi que fonctionnera notre thèse, en menant une démarche que nous nommerons « multifocale », et qui prend acte de l'incomplétude propre à toute théorie pour rendre compte des faits de communication à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie d'urgence. Cette incomplétude étant, au fond, le corollaire d'une nécessaire interdisciplinarité qui est la « marque de fabrique » des SIC. La démarche de synthèse s'établira comme un jeu de construction ou un puzzle où les trous d'une pièce seront comblés par la forme complémentaire d'une autre pièce elle-même à compléter. En ce sens, l'approche théorique de la thèse n'est jamais achevée, toujours manquante par un bout, laissant ainsi la place à un autre discours possible sur la psychiatrie d'urgence.

Nous allons ainsi montrer comment la diversité de choix théoriques s'articule à des contraintes de cohérence scientifique (non contradiction entre les hypothèses fondamentales des théories, par exemple). La logique de cette articulation fonde une approche interdisciplinaire rigoureuse.

I. Les disciplines mobilisées : logique de leur sélection, logique de leur lecture

Le choix des théories mobilisées dans une recherche manifeste l'énonciation du chercheur. C'est fondamentalement dans l'*articulation* et le *choix* inédits d'énoncés existant avant lui que le chercheur construit son énonciation dans la recherche. Articulation, choix et énonciation ont à voir, on l'a vu, avec le désir et l'inconscient du chercheur. Cette question du choix des disciplines et des théories dans la construction d'une approche interdisciplinaire en SIC a cependant aussi fait l'objet de réflexions épistémologiques plus classiques. On peut en effet construire une logique épistémologique, complémentaire ou parallèle à la logique du désir, pour rendre compte, dans l'espace public de la science, des choix propres sur le plan conceptuel faits par le chercheur. C'est celle à laquelle nous allons nous référer maintenant : comment avons-nous choisi, dans des corpus théoriques, les concepts et notions qui seront au service de notre analyse de la psychiatrie d'urgence ?

La question des choix et des décisions théoriques est problématisée de manière cruciale dans le champ des SIC comme un « geste pratique » dans l'élaboration épistémologique. On retrouve ce point de vue chez Yves Jeanneret et Jean Davallon : « *Ce qui confère sa dimension théorique et problématique à une recherche en SIC, c'est le fait de prendre un certain nombre de décisions qui rendent le chercheur capable de décrire, dans la complexité des pratiques réelles ce qui relève de processus de communication* »⁷⁸. Ils expliquent que la première étape épistémologique, dans une recherche en SIC, c'est de faire des choix conceptuels qui construisent l'objet qu'on veut analyser comme communicationnel. Dans leur article, les auteurs soulignent que les objets couramment pris comme objets d'étude par les SIC sont préalablement prisonniers d'énoncés et d'analyses émanant d'autres disciplines : « *Une thèse parfaitement ajustée à une autre discipline ne peut pas tout à fait être une bonne thèse en communication, parce que l'objet y est dessiné par un ensemble de décisions qui l'empêchent d'être communicationnel* »⁷⁹. Le but

⁷⁸ DAVALLON Jean et JEANNERET Yves. « La posture épistémologique. Un geste pratique ». In SFSIC. *Questionner les pratiques d'information et de communication. Agir professionnel et agir social*. Actes du 15e congrès de la SFSIC. SFSIC, 2006. Pages 203-210.

⁷⁹ Ibid.

d'une analyse en SIC est donc de faire coupure, en quelque sorte, et d'arracher tel objet à ce qui le relierait légitimement, naturellement, à une approche univoque par telle ou telle discipline. Notre démarche sera ainsi de montrer que la psychologie ou la sociologie n'ont pas le monopole de l'analyse de la psychiatrie d'urgence. Ainsi, notre logique de choix des disciplines pour l'analyse de la psychiatrie d'urgence visera à en faire un objet qui peut s'exprimer et se représenter en termes de communication. En réalité, il s'agit plutôt d'une dialectique entre, d'une part, ce que *manifeste* l'objet et, d'autre part, la manière dont le *construit* l'appareillage conceptuel pour en rendre compte⁸⁰.

En effet, la psychiatrie d'urgence est constituée d'un ensemble de phénomènes qui peuvent être interprétés en termes de communication, qui relèvent d'une problématique de communication. C'est évidemment notre journal ethnographique qui *manifeste* que notre terrain et notre objet sont traversés par des problématiques de communication. En quelque sorte, les phénomènes qui y sont consignés exigent une analyse en sciences de la communication. Il y a d'abord une *information* à interroger, qui se présente sous plusieurs formes : l'information médicale (voir nos observations sur le Dossier Médical d'urgence), l'information que les services de police ou l'entourage apportent sur le patient, l'information produite par les médias locaux sur le service d'urgence qui contribuent à le mythifier et à fonder des représentations sur la psychiatrie et l'urgence dont se soutiennent la forme des demandes et le travail des acteurs du soin. Il y a ensuite à rendre compte de la *communication* mise en œuvre au sein du service et de la manière dont elle s'élabore en fonction des lieux où elle prend place. Le journal montre que la prise en charge psychiatrique, aux urgences, s'institue par la communication. La psychiatrie d'urgence est aussi traversée par des *impossibilités de communication* : ce point doit nécessairement interroger les SIC qui s'interrogent sur la nature, la fonction et les processus de la communication dans la société car l'absence de communication éclaire, en creux, différemment, les préoccupations centrales des SIC. Enfin, il est question, dans la psychiatrie d'urgence, de *représentation*. Nous avons déjà évoqués les représentations médiatiques, mais d'autres traversent et structurent la vie du service d'urgence : les représentations différenciées de la souffrance de la part des différentes catégories de médecins, les représentations que les patients livrent de leur souffrance à l'institution, au psychiatre, etc. L'information, la communication et ses impossibilités, les représentations, voilà ce qui se manifeste dans la psychiatrie d'urgence et qui sollicite une analyse en termes de SIC.

Ensuite, pour compléter la dialectique entre manifestation et construction de notre objet, des choix opérés dans les différents champs des SHS sont à même de rendre raison et de construire notre objet, la psychiatrie d'urgence, en termes de communication, et de la construire dans le champ des sciences de l'information et de la communication. C'est ce que nous allons voir tout au long de ce chapitre : psychanalyse, anthropologie, sociologie et sémiotique seront lues sélectivement selon un objectif clair : comment telle discipline, si l'on prend la décision d'en extraire tel concept, telle théorie, est-elle en mesure de rendre compte de la psychiatrie d'urgence dans une problématique de communication ? Au fond,

⁸⁰ Cette construction de l'objet par l'approche interdisciplinaire était déjà soulignée par Roland Barthes en 1972 : « L'interdisciplinaire, dont on parle beaucoup, ne consiste pas à confronter des disciplines déjà constituées (dont, en fait, aucune, ne consent à s'abandonner). Pour faire de l'interdisciplinaire, il ne suffit pas de prendre un sujet (un thème) et de convoquer deux ou trois sciences. L'interdisciplinaire consiste à créer un objet nouveau, qui n'appartient à personne », in « Jeunes chercheurs » [1972]. In BARTHES, Roland. *Essais critiques 4. Le bruissement de la langue*. Seuil, 1984, p. 100

l'interdisciplinarité construite⁸¹ au terme de ces choix permettra de penser et de formuler la spécificité de la médiation entre le psychisme et le politique, mise en scène dans les situations d'urgence psychiatrique, telle qu'elle manifeste des enjeux et des processus de communication. Disons qu'il s'agit là d'une première formulation des hypothèses de notre recherche.

Nous verrons, au fur et à mesure, comment les choix conceptuels sont en fait à la fois nécessités par les manifestations de l'objet, on l'a vu, mais aussi contraints les uns par les autres. Ainsi, s'engager dans un recours à la théorie psychanalytique lacanienne – et se fonder sur une anthropologie philosophique du désir – implique un certain nombre de décisions de prélèvements théoriques opérés dans l'anthropologie, la sémiotique, la sociologie, etc. Pour bien saisir la construction de l'armature conceptuelle de la thèse, il faut bien avoir en tête ce réseau de contraintes qui déterminent, relativement, les options et prélèvements théoriques.

On peut énumérer et synthétiser ces exigences croisées à l'origine des choix théoriques : le point de vue sur l'objet doit se formuler en termes de communication ; les théories et concepts mobilisés doivent être en mesure de saisir, d'analyser et d'interpréter les manifestations de l'objet qui s'inscrivent dans une problématique de la communication ; les choix théoriques ainsi faits doivent obéir à un principe de cohérence les uns avec les autres pour construire une armature conceptuelle de la thèse non-contradictoire, donc heuristique et nécessairement limitée, incomplète, non-exhaustive. En déclinant cela de manière plus précise, nous pouvons dire que notre lecture des théories a consisté à évaluer la capacité de telle théorie ou tel concept à rendre raison : de la question de la relation médicale dans ses aspects institutionnels et de rencontre intersubjective, tels qu'on peut les rationaliser par la communication ; de la question plus fondamentale du rapport entre psychisme et politique que manifeste toute situation d'urgence psychiatrique dans la mesure où l'urgence est prononcée par la société et manifestée par le sujet en crise.

Pour terminer sur ce point, nous voudrions faire référence à un autre texte d'Yves Jeanneret qui nous semble appuyer la démarche épistémologique et méthodologique que nous avons adoptée dans la thèse. L'auteur montre que tout texte scientifique est « *polyphonique* » et se comporte comme le résultat d'un tiraillement entre une énonciation

⁸¹ Si l'approche des faits de communication implique d'en passer par l'interdisciplinarité, François Laplantine indique que l'approche des faits de santé et des phénomènes qui concernent la médecine ont eux aussi intérêt à être expliqués selon une perspective interdisciplinaire. Laplantine explique que la médecine est une pratique sociale qui intègre simultanément des dimensions biologiques, psychiques et sociales qui sont à prendre en compte en même temps, impliquant des « *exigences épistémologiques* » précises. On lit, dans son *Anthropologie de la Maladie*, Payot, 1986, à la page 331 : « *parce que ce qui définit une démarche scientifique, ce n'est pas le phénomène empirique dont elle cherche à rendre compte, mais la spécificité d'une méthode qui consiste à le transformer en objet, lequel n'est jamais donné comme construit, le même fait de santé n'est jamais en lui-même un fait plutôt économique, plutôt psychologique, plutôt culturel... Il est en revanche redevable d'une série d'éclairages différenciés, avec des aires de rentabilité respectives, et dont il convient d'articuler les problématiques en présence* ». On retrouve ici exprimée ce que nous disons sur la dialectique entre ce que manifeste et ce qui construit l'objet. Cette approche valable pour le champ de la communication et valable pour le champ de la santé est donc éminemment valable pour une recherche sur la psychiatrie d'urgence où se nouent une problématique sur la communication avec une problématique sur la santé. Cette remarque de Laplantine suggère d'ailleurs que notre thèse va être traversée par un questionnement épistémologique continu. Dans nos analyses nous chercherons en effet à comprendre la distinction entre la logique d'accueil de la médecine somatique et celle de la psychiatrie telle qu'elle peut se lire aux urgences. Cela renvoie à des questionnements épistémologiques propres à la médecine aujourd'hui qui, science transdisciplinaire, se pose, en forme d'alternative, la question d'un rassemblement de ses concepts et méthodes autour des sciences dites « exactes » ou alors celle d'un croisement entre apport conjoints des sciences exactes et des sciences humaines et sociales. Ce dernier point est, on le verra, la position de la psychiatrie, marginale dans le champ hospitalier aujourd'hui.

singulière, celle du chercheur, et la nécessité de s'inscrire dans un espace discipliné, contraint, qui oblige à construire son discours propre en le situant par rapport aux autres déjà dits et légitimés. La polyphonie dont parle Jeanneret se situe sur différents plans : d'abord, diachroniquement, c'est une confrontation de voix entre celle du chercheur et celles des autres qui l'ont précédé et ont déjà écrit. Mais c'est aussi, synchroniquement, une polyphonie qui s'inscrit dans la mise en relations de plusieurs voix : celle des énoncés de la science mobilisés et entremêlés dans les procédures de citation et de commentaire, mais aussi celle des énoncés, prélevés sur les terrains, ingérés par le chercheur puis commentés par sa propre voix et par celle des autres chercheurs auxquels le texte de la recherche fait appel. En ce sens, Jeanneret affirme que « *dans tous les cas, faire science, c'est écrire au pluriel. C'est rédiger une monographie polyphonique, acte scripturaire nourri d'une pluralité de voix* »⁸². Le texte de Jeanneret illustre bien la démarche que nous avons défendue depuis notre tentative d'interprétation psychanalytique de l'épistémologie propre aux SIC. Il indique en effet que le travail scientifique, de recherche, est toujours pris dans une tension ambivalente et conflictuelle entre « *autonomie* » et « *dépendance* », entre une « *voix d'auteur* » et un « *académisme obligatoire* ». C'est au fond bien présenter le texte scientifique en SHS non pas comme un énoncé pur, objectif, où les mots rendraient compte des choses sans équivoque, trop proche de l'idéal des sciences exactes, mais bien comme le résultat d'une problématique de l'énonciation capable de faire science. C'est en fait l'arrangement énonciatif propre à chaque chercheur qui engage des possibilités d'analyse inédites de tel ou tel objet. On verra que notre thèse prend acte de cette vision de la recherche et de la science comme polyphonie et y adhère. Dans la méthodologie qui a présidé à la constitution de notre journal ethnographique, on percevra clairement notre manière d'assumer la cohabitation de voix diverses : celles du terrain – patients, médecins, psychiatres, infirmiers –, la nôtre – le « je » est présent à la fois dans le texte du journal et, parfois, dans celui de la thèse –, et enfin celles des penseurs qui constituent nos références théoriques et avec qui nous discutons dans la thèse et que nous articulons en elles.

Ce que Jeanneret exprime par la figure de la polyphonie se retrouve, sous la forme d'autres analogies, dans des textes portant sur l'épistémologie des SIC.

Jean-Baptiste Perret rappelle ainsi que les SIC, dans leur « *désir de disciplinarité* »⁸³, c'est-à-dire dans leur volonté, quelque peu illusoire, de voir unifiés leurs méthodologiques et concepts, ont alternativement choisi deux pôles unificateurs. D'abord, ce que l'auteur appelle « *le pôle sociohistorique* » qui correspond à dire que l'on fait des SIC à partir de l'objet qu'on étudie, ce qui postule implicitement qu'il y aurait « *des objets plus communicationnels que d'autres* ». C'est ce type de raisonnement qui fait qu'on ne questionne plus le fait que les médias relèvent d'une recherche en SIC. Cela nous pose évidemment problème (et à l'auteur aussi) dans la mesure où la psychiatrie d'urgence ne semble pas relever « *naturellement* » des SIC. Nous avons tout de même essayé de montrer que notre objet manifeste des problématiques de communication qui le traversent. L'autre pôle est désigné par Perret comme le « *pôle rationnel* ». Cette fois, ce qui place une recherche dans le champ des SIC, c'est le « *point de vue communicationnel* » sur

⁸² JEANNERET, Yves. « Une monographie polyphonique. Le texte de recherche comme appréhension active du discours d'autrui. ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2004, n°27, *Analyse communicationnelle et épistémologique des sciences sociales*. Université Lille 3. Pages 33-74.

⁸³ PERRET, Jean-Baptiste. « Y a-t-il des objets plus communicationnels que d'autres ? ». In *Hermès. Cognition, communication, politique*. 2004, n°38, *Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et pouvoirs*. CNRS EDITIONS. Pages 121-128. Les citations qui suivent sont toutes tirées de ce texte.

l'objet : « *Il n'existe pas d'objets plus communicationnels que d'autres, l'essentiel réside dans le mode de traitement communicationnel des objets. Il s'agit alors d'adopter une « approche communicationnelle », sur n'importe quel objet, en droit* ». C'est bien ce que nous nous sommes proposé de faire. L'auteur conclut alors son article en regrettant que les sciences de la communication se soient davantage développées exclusivement selon le premier pôle. Pour lui, les SIC se caractérisent proprement par leur faculté d'emboîter, du fait de leur caractère pluridisciplinaire, plusieurs niveaux d'analyse, ce que pourraient moins se permettre des sciences plus unifiées autour de paradigmes dominants dans leur champ : « *Cette volonté de construire des objets complexes, caractérisés par une multiplicité de niveaux emboîtés, n'est pas présente chez les disciplines mères auxquelles les SIC empruntent. C'est pourquoi ces dernières nous paraissent se diriger aujourd'hui vers un programme de la multidimensionnalité* ». Il nous semble que, par le terme de multidimensionnalité, Perret désigne ce que Jeanneret évoquait à travers la question de la polyphonie. Perret ajoute que ce caractère propre des SIC leur permet de produire et d'utiliser « *des concepts de composition entre dimensions* ». Il cite plusieurs de ces compositions, de ces articulations qui traversent les recherches en SIC : « *le linguistique et le social (discours), le sémiotique et le technique (dispositif), le social et le technique (usage)* ».

Notre thèse prend place dans les SIC car elle adopte cette démarche : l'articulation que nous proposons de donner à voir à travers l'analyse de la psychiatrie d'urgence est celle du psychisme avec le politique. Elle ne figure certes pas dans les articulations courantes manipulées en SIC, mais une thèse n'a-t-elle pas pour fonction de proposer et d'éprouver un peu de nouveau ?⁸⁴

Enfin, mais nous y reviendrons lors de l'exposé de notre méthodologie, il nous semble voir chez Joëlle Le Marec une parenté avec ce qu'établissent Jeanneret et Perret quand elle élabore et développe le concept de « *composite* »⁸⁵. La perspective épistémologique est différente, puisque la chercheuse ne se pose pas ici la question de l'articulation des concepts, mais celle de l'articulation du terrain aux concepts, question cruciale en sciences de la communication. En effet, selon Le Marec, les sciences de la communication ont ce problème (mais qui est aussi leur richesse) d'être confrontées au fait que « *la communication est tout à la fois l'objet, la méthode, et l'extérieur de la méthode, le monde de sens commun contre lequel elle se pose* »⁸⁶. D'une certaine manière, c'est encore réaffirmer la polyphonie évoquée par Jeanneret : les recherches sur l'information et la communication ont pour propriété de croiser des énonciations. Elles croisent leur propre énonciation avec celles qu'elles analysent. En effet, en étudiant des faits de communication, le chercheur est pris dans des situations de communication dans le processus même de prélèvement de ces faits sur le terrain. De plus, rendre compte de sa recherche est en soi un processus de communication où s'impriment les modulations de la voix du chercheur à travers les contraintes du discours académique. C'est ce constat qui pousse Joëlle Le Marec à affirmer que : « *Il n'existe en réalité aucun fait social brut qui tirerait sa vérité du fait qu'il advienne sans avoir été mis en forme dans un processus de communication* »⁸⁷. Cet enchevêtrement

⁸⁴ Notons tout de même que cette articulation, dans le champ des SIC, n'est pas totalement inédite puisque largement travaillée par Bernard Lamizet et aussi, pensons-nous, dans les travaux de Michel de Certeau, mais en filigrane.

⁸⁵ LE MAREC, Joëlle. « Situations de communication dans la pratique de recherche : du terrain aux composites ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 14-39.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

énonciatif qui fait que le terrain et les concepts qui doivent en rendre compte se constituent réciproquement est désigné par Joëlle Le Marec par le terme de « composite » : « *Le concept d'une part, le terrain de l'autre, doivent se contraindre l'un l'autre, ils doivent se contraindre à se transformer mutuellement pour aider à se rapprocher de ce qu'on entrevoit et qui est toujours un déséquilibre à résoudre entre ce que l'on voudrait penser et ce que l'on saisit empiriquement* »⁸⁸. Voilà donc une nouvelle dialectique, entre terrain et concept cette fois, propre aux SIC, que nous mettons en œuvre dans notre thèse. C'est la logique que nous avons adoptée en faisant le choix de l'enquête ethnographique et, plus encore, en rédigeant des « vignettes cliniques ». Nous y reviendrons, mais précisons d'emblée que les vignettes cliniques ne sont pas couramment employés pour constituer des corpus en SIC. Nous tenions cependant à nous « frotter » à cet exercice, convaincu de la manière dont une vignette, qui rend compte d'un cas clinique dans son irréductible singularité, est susceptible d'interroger le savoir. Proposer des vignettes cliniques, c'est s'assurer, en quelque sorte, d'avoir toujours un cas qui résiste, par le point d'énigme qu'il manifeste, à être réduit dans un discours clos qui expliquerait tout. La vignette clinique nous semble le gage du nécessaire aller-retour méthodologique entre l'élaboration progressive du concept et la réalité du terrain irréductible à une interprétation totalisante. La vignette clinique permet de ne jamais clore l'interprétation : d'une part, elle est trop courte pour ne pas laisser la possibilité d'une autre interprétation et, d'autre part, le cas présenté l'est dans ce qu'il présente de singulier et non pas dans la mesure où il pourrait être réductible à un autre cas. Par la vignette clinique, le concept vient s'ajuster au terrain et le chercheur sait que le concept ne recouvre que partiellement le terrain, laissant la possibilité ouverte d'une autre interprétation, d'une autre formulation théorique qui puisse s'appliquer à la psychiatrie d'urgence.

II. Psychanalyse et sciences de l'information et de la communication : bâtir des ponts

Le but ici n'est pas de rendre compte d'une lecture exhaustive de la psychanalyse. D'abord parce que nous avons fait le choix de nous intéresser exclusivement aux textes fondateurs de la psychanalyse, c'est-à-dire ceux de Freud et ceux de Lacan en ce que ce dernier s'est toujours présenté comme un commentateur du texte de Freud qu'il lisait « à la lettre ». De plus, la lecture que propose Lacan des textes freudiens est particulièrement intéressante en ce qu'elle est enrichie des travaux de la linguistique et du structuralisme. Pour exprimer cette idée selon laquelle la psychanalyse est traduisible en termes linguistique tout en ne s'y réduisant pas⁸⁹, Lacan utilisera le néologisme de « *linguisterie* ». Il désignera ainsi ses conceptions de l'énonciation, de la parole, du langage et de la communication. En cela, les notions et concepts lacaniens intéressent fort les sciences de la communication qui peuvent trouver dans la psychanalyse l'opportunité de rationaliser la question du désir et du symptôme à travers des logiques et des processus de communication. C'est un des buts théoriques de notre thèse et c'est orienté par ce pari que nous avons lu la psychanalyse.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Cela a été mis en valeur par Ricœur dans *De l'interprétation*, Seuil, 1965, où il montre, à la même époque que Lacan, que la psychanalyse est une théorie de l'interprétation et du sens, certes, mais toujours articulée à une énergétique de la pulsion qui ramène le sujet humain à sa condition biologique et corporelle, au-delà ou en deçà de sa condition symbolique. Ce que Lacan appelle donc sa « *linguisterie* » est aussi une manière de se moquer des conceptions proposées par la linguistique traditionnelle qui n'entrevoit l'énonciation que comme un ensemble de signifiant, comme du matériel linguistique, sans tenir compte du sujet qui énonce. Ce sujet qui énonce étant l'intérêt fondamental de la psychanalyse, l'objet de la clinique.

Nous nous proposons donc de montrer la compatibilité de la psychanalyse avec les sciences sociales, en particulier les sciences de la communication. Elle peut même contribuer à enrichir leurs concepts. Bien sûr, cet exercice d'articulation théorique est orienté par les possibilités qu'il donne de rendre disponible des concepts et notions servant à l'analyse de la psychiatrie d'urgence. Notre thèse propose donc une lecture de la psychanalyse selon trois problématiques croisées : quels concepts de la psychanalyse sont-ils susceptibles d'aider à penser la psychiatrie d'urgence en tant que phénomène de communication et de médiation ? Dans quelle mesure ces concepts ont-ils une place dans le champ des SIC ? En quoi l'approche psychanalytique est-elle cependant insuffisante à élaborer une approche communicationnelle de la psychiatrie d'urgence, et par conséquent, en quoi doit-elle être articulée aux SIC ? Nous verrons ainsi les limites de la psychanalyse à rendre compte du politique, du social et de l'institution, ce qui nous amènera à aller chercher des compléments théoriques du côté de l'anthropologie, de la sociologie et de la sémiotique politique pour autant que ces compléments n'annulent pas la pertinence des notions issues de la psychanalyse.

Ce qu'il faut affirmer d'abord à l'encontre de beaucoup de préjugés qui constituent les représentations sociales courantes de la psychanalyse, c'est que, telle qu'elle est soutenue par Freud et Lacan, elle n'est pas une théorie de l'intimité ni des profondeurs de l'âme humaine. Franck Chaumon nous rappelle cela dans un petit ouvrage sur Lacan :

« Avec Lacan, la psychanalyse a cessé d'être une psychologie des profondeurs, pour la simple raison qu'il n'y a pas de profondeurs : le plus intime est ce qui nous est le plus extérieur. En effet, ce qui fait le « noyau de notre être » c'est ce qui nous est venu du dehors, ce sont les signifiants qui nous ont parlé avant même que nous ne parlions. Les mots qui nous ont donné notre place dans le monde, à commencer par notre nom propre, étaient là bien avant nous et constituent cette altérité radicale à laquelle Lacan a donné le nom de grand Autre »⁹⁰.

On trouve une formulation saisissante de cela dans le *Séminaire 20* où Lacan indique l'inscription du sujet dans une extériorité qui le dépasse en le constituant pourtant proprement comme sujet, comme être institué dans le monde par le langage. Le langage donne consistance à la médiation entre les autres et lui-même et entre lui-même et la propre perception qu'il a de lui. Mais cela s'opère de manière biaisée, floue, à travers l'opacité et l'équivoque « naturelles » du langage :

« En fin de compte, il n'y a que ça, le lien social. Je le désigne du terme de discours parce qu'il n'y a pas d'autres moyens de le désigner dès qu'on s'est aperçu que le lien social ne s'instaure que de s'ancrer dans la façon dont le langage se situe et s'imprime, se situe sur ce qui grouille, à savoir l'être parlant »⁹¹.

Cette phrase de Lacan montre que la psychanalyse peut rendre compte d'une médiation entre le singulier et le collectif, en intégrant la question du corps (« ce qui grouille »). Mais, par ailleurs, elle reconnaît une sorte de point aveugle de la psychanalyse, qui ne considère le social que comme supporté par le langage ou ce qu'il appelle ailleurs l'ordre des signifiants, l'ordre symbolique. La psychanalyse n'est en effet pas en mesure de penser le social du point de vue des pratiques culturelles ou des pratiques sociales. Elle pense la

⁹⁰ CHAUMON, Franck. *Lacan. La loi, le sujet et la jouissance*. Paris : Michalon, 2004. Coll. « Le bien commun », p. 14

⁹¹ LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 20 : Encore [1972-1973]*. Seuil, 1975. Coll. « Champ Freudien », p.51.

société uniquement du point de vue du langage. C'est à la fois une sorte de limite, mais aussi certainement une approche à promouvoir dans le champ des sciences sociales qui jettent parfois des zones d'ombre sur le fait que, fondamentalement, le social ne peut être instauré et exprimé que par le langage.

Ce qui nous intéresse dans la psychanalyse, c'est donc que le sujet se définit et se constitue à partir d'une extériorité qui se matérialise dans le procès de l'énonciation, c'est-à-dire dans le rapport à l'autre instauré par la parole qui subjective le langage. A partir de là se formule une série de notions et de concepts utiles pour l'interprétation de la psychiatrie d'urgence⁹².

Le premier concept lacanien auquel nous devons faire allusion est certainement celui du *stade du miroir*. C'est en effet ce concept qui explique la dialectique entre le singulier et le collectif telle qu'elle s'institue dans le rapport à l'autre médiaté par le langage et la communication. A ce titre, le concept de miroir trouve sa place dans notre thèse qui cherche à saisir le rapport entre psychisme et politique tel qu'il se manifeste dans les situations de communication aux urgences psychiatriques. La crise psychique peut s'interpréter comme une rupture de la médiation, comme l'émergence d'une singularité irréductible aux conditions d'identification à l'autre instituées lors du stade du miroir. Dans la crise psychique qui se manifeste notamment dans les situations d'urgence psychiatrique, le sujet en détresse n'assume plus sa division subjective instituée lors du stade du miroir : il n'est plus en mesure de refouler son désir, sa subjectivité, au profit de l'établissement du rapport à l'autre.

Synthétisons le célèbre texte de Lacan⁹³. Le stade du miroir se produit à partir de l'âge de six mois. Jusqu'à cet âge, le nourrisson n'a pas conscience de son unité. Il n'est pas encore un sujet mais un amas de sensations morcelées qui ne sont pas identifiées comme venant d'un corps propre. Une continuité confuse le lie à l'autre, en particulier à sa mère sous la forme de ces sensations non symbolisées. Entre six mois et dix-huit mois, le nourrisson va faire l'expérience de la reconnaissance de son image dans le miroir, événement que Lacan qualifie de « *spectacle saisissant* »⁹⁴. D'un coup, l'enfant prend conscience de son unité, il est représentable dans un corps propre ou plutôt dans une image renvoyée par le miroir à laquelle il s'identifie. La prise de conscience de son être, de manière « *jubilatoire* » par le sujet est donc, d'abord⁹⁵, en quelque sorte, imaginaire. Cet événement permet de prendre conscience d'une séparation entre lui et l'autre, ce qu'il va devoir assumer en contrepartie. Il sort d'une forme d'aliénation (continuité entre son corps et celui de la mère) pour se retrouver dans une autre aliénation : imaginaire puis symbolique. En effet, l'accès de l'enfant au symbolique se fait dans l'expérience du manque éprouvé par l'identification à l'image du miroir qui ne le représente pas tout. L'expérience du symbolique est en effet bien celle-là qui met une forme à la place d'un corps ou d'un objet pour le représenter mais, du même coup, le rend absent. Dans l'expérience du miroir, l'enfant s'identifie dans une forme qui, d'emblée, ne lui appartient plus, ne le satisfait pas et introduit la perte des jouissances

⁹² Nous allons nous contenter de les égrener synthétiquement en repoussant pour plus tard dans la thèse des explications détaillées quand une explication le nécessitera.

⁹³ LACAN, Jacques. « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». In LACAN, Jacques. *Écrits* [1966]. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien ». 923 pages. Pages 93-100.

⁹⁴ Ibid., p.93

⁹⁵ Ce « d'abord » n'est pas chronologique mais utilisé pour la décomposition analytique du stade du miroir. En fait, le stade du miroir met en place les trois instances lacaniennes (réel, symbolique et imaginaire) en même temps. En effet, l'image est là (imaginaire), mais aussi le rapport à l'autre (symbolique) et l'expérience de la part (réel).

antérieures puisqu'elle manque d'incarnation et introduit l'expérience du manque de la pulsion à se représenter dans le symbolique. Lacan indique que le stade du miroir est une sorte d'introduction à la logique du langage où le sujet de l'énoncé (le « je » représenté dans le langage, c'est-à-dire le *moi*) ne correspond jamais au sujet de l'énonciation (le « je » qui parle et qui engage son corps et son désir dans l'expérience de la parole). La dialectique de l'énoncé et de l'énonciation est similaire à celle qui s'instaure entre image spéculaire et expérience de soi dans le corps :

« L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade infans, nous paraîtra dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique ou le je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet »⁹⁶.

Le stade du miroir introduit en effet à double titre la figure de l'autre : par le fait de la séparation éprouvée dans une image de soi ayant des frontières propres et par le fait que la médiation à l'autre passe désormais par des formes qui ne nous appartiennent pas, c'est-à-dire les signifiants qui servent à se représenter et à échanger avec l'autre : l'image spéculaire ne me convient pas tout à fait, mais c'est elle que je donne à voir à l'autre.

Notre thèse maniera donc régulièrement ce concept de miroir puisqu'il permettra de dire que les patients des urgences sont en difficulté avec, précisément, ce qu'a institué l'épreuve du miroir. Le patient des urgences psychiatrique est celui qui éprouve la détresse d'une impossible identification à l'autre lors de l'émergence d'un point de singularité qui se traduit par un passage à l'acte (tentative de suicide, faits de violence) ou d'un rapport au symbolique perturbé (délire, par exemple, qui instaure une communication impossible). De plus, la question du miroir trouve sa place en science sociales en ce qu'elle produit une définition du sujet à partir du collectif, à partir de l'ordre symbolique.

Du miroir, on glisse vers *la tripartition lacanienne Réel/Symbolique/Imaginaire* que nous mettrons aussi largement en œuvre dans la thèse. Comment définir ces trois instances et comment les intégrer à une pensée ancrée en sciences de la communication ? Nous allons, pour le moment nous contenter de définitions simples et flottantes qui se préciseront au fil de la thèse, à mesure que nous les illustrerons et les ferons jouer à partir de nos données cliniques et ethnographiques. Disons pour le moment, avec Bernard Lamizet⁹⁷, que les instances du réel, du symbolique et de l'imaginaire forgées par Lacan, sont nécessaires pour rendre compte de tout fait de communication et de médiation dès lors qu'on cherche à les envisager à la fois dans leur dimensions psychiques et politiques, singulières et collectives. En fait, à travers l'explication du stade du miroir, nous venons de voir ce à quoi pouvait renvoyer le symbolique et l'imaginaire. Le symbolique, c'est le langage en tant qu'il institue

⁹⁶ *Ibid.*, p.94. Notons la référence de Lacan à la notion d'universel qui suggère la possibilité de donner une dimension politique au stade du miroir, comme fondateur de la sociabilité, du rapport à l'autre. Cela est confirmé, a posteriori en quelque sorte, par la citation que nous extrayions précédemment du Séminaire XX. C'est ainsi que nous emploierons souvent l'image du miroir brisé pour désigner la souffrance éprouvée par les sujets de l'urgence psychiatrique, souvent en situation de grande précarité, sociale et psychique.

⁹⁷ Dans les *Lieux de la communication*, Mardaga, 1992, l'auteur développe, au sein d'une sorte de dictionnaire de concepts et de notions, l'articulation des trois instances dans les faits d'information, de communication et de médiation. Lamizet transpose ce que Lacan a dégagé pour la vie psychique et la communication intersubjective au champ du collectif et du politique. Nous appliquons cette démarche à l'urgence psychiatrique dans le chapitre 6 de la partie III de cette thèse.

un code et des règles qui conditionnent le rapport civilisé à l'autre. Il renvoie aux formes que s'échangent les sujets pour communiquer ; il est l'instance par laquelle passe le sujet pour s'identifier à l'autre. Il est ainsi le support de l'identité dans sa dimension collective. En outre, le symbolique a pour fonction fondamentale de présentifier l'absence. C'est ce que montre Freud, parmi d'autres choses, dans l'observation de la célèbre expérience du « Fort/Da » ou « jeu de la bobine »⁹⁸. L'enfant, pour supporter l'absence de sa mère, se lance dans un jeu qui consiste à faire aller et venir une bobine reliée à un fil. L'enfant lance la bobine et la fait disparaître de sa vue en émettant un signifiant assimilable à « fort » (« parti » en allemand). Puis il tire sur le fil et fait revenir la bobine dans son champ de vision en disant cette fois « da » (« voilà » en allemand). Freud montre ainsi que l'enfant fait un usage de ce qui fait le propre de la fonction symbolique, c'est-à-dire de représenter l'absence et le retour de la mère par des signifiants et donc de s'approprier, par les mots, ce qui n'est pas saisissable ou angoissant autrement. En même temps que l'enfant fait l'expérience du manque, de la perte/absence de l'objet maternel, il le présentifie par le signifiant. Evidemment, cette présentification de l'absence connaît un reste, puisque le signifiant remplace, vient à la place de l'objet, mais n'est pas l'objet. Ce reste, c'est ce que Lacan appelle le réel, c'est-à-dire ce qui résiste au passage dans l'ordre symbolique, ce qui est ineffable, incommunicable⁹⁹. Le réel du sujet, c'est la pulsion, c'est l'irréductibilité du corps à l'ordre du langage. Cette instance soutient l'idée que le sujet humain est une articulation de corps et de symbole (ce que d'autres auraient formulé en parlant d'animal politique). Le réel a ses manifestations par exemple dans l'angoisse : événement de corps qui traduit une impossibilité de représentation dans le langage. Le réel du sujet, c'est ce qui constitue son identité singulière, irréductible à toute autre. L'imaginaire, enfin, peut être entendu comme ce qui, sous la forme de la fiction ou du fantasme, vient boucher les trous laissés par le réel dans le symbolique. L'imaginaire vient suppléer à l'impossibilité à dire la vérité par le symbolique. La fonction de l'imaginaire, on la voit à l'œuvre dans le cas de

Freud, *Le Petit Hans*¹⁰⁰, repris et commenté par Lacan dans le Séminaire sur la *Relation d'objet*¹⁰¹.

Face à l'impossibilité de dire quelque chose du sexuel et de l'événement de la naissance, le petit garçon de cinq ans développe une phobie, pare-angoisse, qui sera levée par la possibilité que lui donne Freud de donner des versions successives, imaginaires, des enjeux de la sexualité infantile qu'il ressent. Par l'imaginaire, par des fictions successives plus inventives que celle de la cigogne que ses parents lui offrent, l'enfant s'approche de la vérité du sexuel sans la nommer vraiment puisque comme cela appartient au registre du réel, sa désignation est impossible.

On le voit, réel, symbolique et imaginaire ne peuvent se définir l'un sans l'autre, c'est pourquoi Lacan les représentera sous forme de trois cercles enlacés : figure topologique qui a la propriété si l'un des cercles se casse de libérer les deux autres et de les séparer. Toute situation de communication met en jeu les trois instances et, en particulier, les situations de communication observables aux urgences psychiatriques. Nous développerons cela

⁹⁸ FREUD, Sigmund. « Au delà du principe de plaisir » [1920]. In *Essais de psychanalyse [1915-1923]*. Petite Bibliothèque Payot, 1981. Pages 51-55.

⁹⁹ En cela, la catégorie du réel est indispensable aux théories de la communication qui, trop souvent, ne parviennent pas à penser les impossibilités de la communication. Nous le ferons dans la thèse puisqu'une situation d'urgence manifeste souvent une impossibilité, pour le sujet, à communiquer.

¹⁰⁰ FREUD, Sigmund. *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans* [1909]. PUF, 2006. Coll. « Quadrige », Grands textes.

¹⁰¹ LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 4 : La relation d'objet* [1956-1957]. Seuil, 1994. Coll. « Champ Freudien ».

plus loin, mais disons à titre d'exemple que le réel de l'urgence c'est le passage à l'acte suicidaire ou, du côté soignant, la contention comme pratique venant à la place de la parole. Le symbolique de l'urgence, ce sont ses aspects institutionnels, les lieux de communication qui s'instituent entre patients et soignants. L'imaginaire de l'urgence, ce sont des représentations associées à l'hôpital avec lesquelles jouent les psychiatres, ce sont les effets de théâtralisation de leur souffrance par les patients, ce sont les images associées à l'urgence comme la peur, la mort, l'agitation, et enfin, c'est l'attente, propre au service d'urgence, qui définit la dimension imaginaire du temps.

Autre proposition lacanienne que nous saisissons pour nos analyses : « *l'inconscient est structuré comme un langage* ». Cette phrase fait aujourd'hui office de slogan lacanien. Il faut se méfier des effets réducteurs des formules toutes faites pour bien considérer le sens de cette proposition qui ne doit pas faire croire que le psychisme n'est qu'une affaire de signifiants. Si tel était le cas, la psychanalyse n'aurait pas un statut différent de la sémiotique. La pratique psychanalytique, en ce qu'elle se propose d'interpréter les manifestations du psychisme est une herméneutique, voire une sémiotique. En cela elle peut se trouver des airs de famille avec une partie des sciences de l'information et de la communication et c'est ce à quoi nous nous attelons. Certes, elle fait du psychisme et de l'inconscient un texte à déchiffrer, mais pas seulement, puisqu'y est introduite la question du corps (la pulsion, le biologique, le sexuel). Le symptôme a ainsi ce statut très particulier d'être une manifestation corporelle qui doit se lire comme un texte¹⁰². L'angoisse, événement de corps « *qui ne trompe pas* », comme disait Lacan, *signifie*, à un second degré, après interprétation, quelque chose. C'est en tout cas le pari de la psychanalyse que de prêter une signification, même si elle est masquée ou opaque, aux symptômes. La peur panique des chevaux chez le Petit Hans est *métonymiquement* liée à un désir qui subit les assauts du refoulement. Il y a un *rapport signifiant*, de proche en proche¹⁰³, entre le cheval et les interrogations œdipiennes du petit garçon. Sa phobie le fait fuir ou le tétanise, elle est donc un événement de corps. C'est bien parce qu'on peut lire le symptôme que la parole, qui situe le symptôme dans un texte, est l'outil privilégié de la psychanalyse. Cette relation primordiale entre le signifiant et le symptôme est fondamentale pour construire une approche de la psychiatrie d'urgence en termes de communication. En effet, cette dialectique corps/parole, tenue fermement comme un postulat intangible par les acteurs du champ psy qui s'inspirent de la psychanalyse, permet de se convaincre que la médecine n'est pas qu'une affaire somatique ou biologique, mais a aussi largement à voir avec le monde du symbole.

104

Dans le séminaire sur les *Formations de l'inconscient*¹⁰⁴, Lacan propose une relecture des premiers travaux de Freud avec les outils de la linguistique. Il met au jour les intuitions freudiennes que le travail du rêve, la manière dont se forment les lapsus, les actes manqués, les mots d'esprit ou le symptôme sont des effets de signifiant. Freud, contemporain de Saussure, n'avait pas lu les travaux du linguiste et ne mobilisait donc pas son vocabulaire qui nous paraît familier en sciences de la communication tant le structuralisme a imprégné les premiers travaux de la sémiotique. Lacan est précieux pour permettre à la psychanalyse d'être familière avec les SIC. Il montre en effet que Freud a repéré deux moyens de l'appareil

¹⁰² « Il est tout à fait clair que le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée », LACAN, Jacques. « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse ». *Écrits* [1966]. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien », p.269.

¹⁰³ C'est à partir de ce constat d'une signification qui prend son sens de manière métonymique que se justifie la règle de l'association libre en psychanalyse.

¹⁰⁴ LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 5 : Les formations de l'inconscient* [1957-1958]. Seuil, 1998. Coll. « Champ Freudien ».

psychiques pour permettre au désir d'affleurer à la conscience tout en ne s'affirmant pas comme désir, c'est-à-dire en se travestissant. Ces deux processus sont, chez Freud, la *condensation* et le *déplacement*, que l'on trouve indiqués et décrits dès *l'Interprétation des rêves*.

Freud montre, dans *l'Interprétation des rêves*, dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne* et dans *Le mot d'esprit*, que l'appareil psychique fonctionne sous le mode du compromis. Le désir du sujet, singulier, irréductible, ne peut se présenter tel quel à la conscience, soit que la civilisation l'empêche, soit que le sujet lui-même s'impose une loi qui rend, pour lui-même, ce désir inacceptable qui devient dès lors objet du refoulement. Cependant, selon un autre principe psychique, le principe de plaisir, l'appareil psychique cherche à réduire ses tensions internes et donc à obtenir des satisfactions. Ainsi, entre la censure et le principe de plaisir, l'appareil psychique produit des *compromis* qui, *à la fois*, respectent la censure et permettent de l'outrepasser en obtenant une satisfaction. C'est exactement comme cela que fonctionne le rêve qui, nous dit Freud, est un *accomplissement*

¹⁰⁵ *de désir* pris dans les mailles de la censure : des désirs interdits se présentent à la conscience sous forme *masquée et travestie*, d'où l'impression de bizarrerie du rêveur qui considère son rêve. Ce travestissement s'opère donc, selon Freud, selon deux processus : la condensation (ou substitution de mots) et le déplacement (ou combinaison de mots). Lacan nous indique qu'il s'agit d'opérations sur les signifiants et que c'est la raison pour laquelle le rêve peut être déchiffré, lu comme un rébus. La condensation, c'est la métaphore ; le déplacement, la métonymie. C'est en cela que l'inconscient est structuré comme un langage. Le « comme » est d'importance. Il ne s'agit pas d'un langage, ni d'une langue à proprement parler puisque, confronté aux manifestations de son inconscient¹⁰⁶, le sujet n'y comprend rien. Mais l'inconscient, et l'appareil psychique, fonctionnent selon des règles qui *s'apparentent* à celle du langage, en termes de *structure* (règles reliant les éléments entre eux), où un signifiant renvoie toujours à un autre par métaphore ou métonymie. En fait, l'inconscient se saisit, en quelque sorte, de la structure du langage pour y loger le désir : au gré d'une métaphore, au gré d'une métonymie, un désir est en mesure de s'exprimer, inexprimable autrement, inexprimable sans un investissement des équivoques propres à la langue. C'est parce qu'un signifiant renvoie toujours, d'abord, à un autre signifiant, que des effets de signifié se produisent. Le désir obtient des effets de signifiés en exploitant le fonctionnement du signifiant dans la langue. Cela amène Lacan à affirmer *la suprématie du signifiant*. Le sujet peut donc avoir accès à son désir en déchiffrant, à rebours, les déformations signifiantes dont il a été l'objet pour arriver à la conscience et créer une satisfaction psychique à l'insu du sujet. Ce démontage est montré par Freud tout au long de *l'Interprétation des rêves* à quoi nous renvoyons. Lacan ouvre son séminaire sur les formations de l'inconscient sur le célèbre cas du « *famillionnaire* »¹⁰⁷, tiré chez Freud, où ce mot, inexistant dans le dictionnaire, est une formation de l'inconscient, issu d'un travestissement métonymique et métaphorique d'un désir impossible à dire autrement pour le sujet qui prononça ce mot.

¹⁰⁵ « Le rêve n'est pas un chaos de sons discordants frappé au hasard, il n'est pas dépourvu de sens, il n'est pas absurde ; pour l'expliquer, il n'est pas nécessaire de supposer le sommeil d'une partie de nos représentations et l'éveil d'une autre. C'est un phénomène psychique dans toute l'acception du terme, c'est l'accomplissement d'un désir », in FREUD, Sigmund. *L'interprétation des rêves* [1899]. Traduit en français par I. Meyerson. PUF, 1980, p.113.

¹⁰⁶ Au contenu *manifeste* du rêve, par exemple.

¹⁰⁷ Op. cit., pp. 9-25.

Ce qui importe ici, sur le plan épistémologique, c'est de formuler les implications de ces réflexions et de se les approprier pour construire une approche de la psychiatrie d'urgence en SIC. Une approche psychanalytique du langage fonde une approche originale de la communication. Elle permet d'introduire comme nécessaire la considération de la subjectivité dans les faits de communication. C'est en effet bien parce que l'autre existe, et qu'en cela il représente une loi (que je m'invente ou parce que l'autre est représentant du collectif en même temps qu'il est un autre sujet), que quand je lui parle et je veux lui dire mon désir, je dois le travestir par les moyens de la langue et du langage¹⁰⁸. Autrement dit, tout sujet qui s'engage dans la communication fait l'épreuve de sa division entre sujet du collectif et sujet du désir et il laisse des traces de cette division dans les formes de la communication qu'il met en œuvre et sur lesquelles il exerce des torsions. Or, nous le montrerons, la psychiatrie d'urgence concerne des sujets en difficulté aiguë avec cette division. Ainsi, vouloir rendre compte de cette détresse, c'est adopter une posture où l'on puisse lire dans les faits de communication qui se déroulent dans l'accueil d'urgence comment se combinent, dans la langue même du sujet, son désir singulier et son désir de lien. Sur le modèle du « *famillonnaire* » de Freud et de Lacan, notre journal ethnographique s'est notamment attaché à dégager les inventions signifiantes des sujets en détresse face aux psychiatres ; ces inventions manifestent souvent à la fois une modalité de renouage au collectif (de médiation, dirait Lamizet) en révélant, en creux, les difficultés que ce nouage pose, au cas par cas, pour chaque sujet¹⁰⁹. En ce sens, la psychiatrie d'urgence articule un nécessaire universel (celui de la médiation) avec un nécessaire singulier (une reconnaissance possible de l'irréductible désir de chaque sujet). On pense évidemment ici aux travaux de Freud dans *Malaise dans la civilisation* qui nous semblent, à condition d'en faire une lecture actualisée, adaptée, garder beaucoup de pertinence pour l'analyse de la psychiatrie d'urgence.

Dans *Malaise dans la civilisation*¹¹⁰, Freud rend compte d'une articulation possible entre la psychanalyse et le politique en essayant de comprendre les formes et les effets de civilisation de la pulsion. De cet ouvrage, nous retirons une proposition forte. C'est celle que nous avons déjà citée plus haut, qui établit un lien entre le symptôme et la civilisation. Freud montre comment la sublimation du scientifique, de l'artiste, ou les symptômes plus douloureux de l'hystérique ou de l'obsessionnel sont des satisfactions substitutives qui s'apparentent à des techniques psychiques de défense contre les souffrances engendrées par la société civilisée qui contraint, pour la consistance du lien social, l'épanouissement de la pulsion¹¹¹. Nous nous servons de cette affirmation freudienne pour développer notre propos sur l'inconscient des SIC. Nous l'éclairons désormais sous un autre jour en faisant l'hypothèse que l'urgence psychiatrique s'inscrit comme une institution qui se met au

¹⁰⁸ Cette idée de déguisement du désir doit être comprise comme une métaphore qui explique que le réel du désir *s'habille* des formes et des structures disponibles dans le symbolique. Nous gardons cependant l'idée du travestissement pour exprimer l'idée que quand le désir s'inscrit dans le symbolique il n'apparaît pas toujours au sujet qui en est porteur en tant que désir. C'est ce qui se passe dans le rêve où le rêveur doit faire l'hypothèse, pour l'interprétation, que son désir *se cache* dans les signifiants du rêve et dans leur articulation spécifique. Par ailleurs, ce que les psychanalystes appellent les résistances, ce sont ces moments où le sujet n'est pas en mesure de reconnaître son désir, comme on ne reconnaît pas quelqu'un sous son *déguisement*.

¹⁰⁹ Nous insistons sur le fait que sans abord psychanalytique de la communication nous n'aurions pas été en mesure de nous rendre attentifs aux faits de subjectivité à l'œuvre dans les entretiens de psychiatrie aux urgences.

¹¹⁰ FREUD, Sigmund. *Malaise dans la civilisation* [1929]. PUF, 1971. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».

¹¹¹ « Le terme de civilisation désigne la totalité des œuvres et organisations dont l'institution nous éloigne de l'état animal de nos ancêtres et qui servent à deux fins : la protection de l'homme contre la nature et la réglementation des relations des hommes entre eux », FREUD, Sigmund. *Malaise dans la civilisation*, p.37.

service des effets de ratage de la rencontre entre pulsion et civilisation. Nous estimons, d'après les observations et les analyses que nous exposerons plus bas, que le rôle de l'urgence psychiatrique est, en partie, de retrouver des moyens symboliques pour orienter la signification d'un surgissement de réel (terme lacanien pour dire la pulsion) qui échappe au sujet lui-même **et** à la civilisation. Nous renvoyons ici au fragment clinique de Monsieur C. chez qui la pulsion sexuelle, une des formes de la pulsion, s'exprime de façon insupportable pour le collectif, ce qui mènera à une hospitalisation sous contrainte, **et** sans signification pour lui-même en s'intégrant dans un délire de toute-puissance¹¹². Ce rapport entre pulsion, signification et politique que nous souhaitons travailler dans notre thèse avec les outils de la psychanalyse l'ancre en sciences de la communication de manière originale mais tout de même pleinement : il s'agit en effet de montrer que l'on peut penser le rapport entre le psychisme et le politique par la question de la communication.

C'est d'ailleurs par la question de la communication que Lacan articule, lui-même, le psychisme et le politique. Il convient cependant de bien cerner la définition du politique donnée par la psychanalyse. Nous noterons en effet qu'elle ne nous suffit pas pour la construction de l'appareillage conceptuel de notre thèse. C'est pourquoi nous nous tournerons vers d'autres disciplines des sciences sociales pour l'enrichir et la rendre plus opératoire en vue de l'analyse et de l'interprétation de la psychiatrie d'urgence. Mais que nous dit Lacan sur le rapport qui lie psychisme, communication et politique ? Jacques-Alain Miller nous éclaire sur ce point dans un moment où l'Ecole de Cause Freudienne mettait en place, dans des grandes villes de France, les Centres Psychanalytiques de Consultation et de Traitement (CPCT). Il s'agit d'institutions réunissant des psychanalystes bénévoles qui se proposent d'accueillir, sans contrepartie financière de la part des patients, des sujets en détresse psychique et en situation de précarité. Les psychanalystes proposent, sur la durée de 16 séances, d'accueillir des sujets qui n'auraient jamais pu entrer en contact avec le mode d'accueil des symptômes psychiques proposé par la psychanalyse. L'ambition de cette institution lacanienne est de faire sortir la psychanalyse des cabinets feutrés et de l'insérer dans la cité de manière à ce qu'elle puisse apporter des réponses thérapeutiques propres au « *nouveau malaise de la civilisation* »¹¹³. Cette ambition a poussé les analystes du Champ freudien à interroger ce qui, dans le corpus freudien et lacanien, pouvait permettre d'élaborer une clinique en prise avec des symptômes et des souffrances ayant une double dimension : psychique et sociale.

Pour montrer le rapport entre psychisme et politique, Jacques-Alain Miller indique dans un entretien¹¹⁴ que l'inconscient est politique dans la mesure où il n'existe pas sans l'Autre, et où on ne peut en faire ni l'hypothèse ni l'expérience sans l'Autre. Cela vient du dispositif même de la cure analytique où c'est le fait d'entrer en communication avec l'analyste qui permet au sujet de se confronter à son inconscient. C'est la formule de la communication rappelée par Lacan dès la première page des *Ecrits* : « *dans le langage, notre message nous vient de l'Autre (...) sous une forme inversée* ». Pas d'inconscient sans lien social, même minimal, pas d'inconscient sans au moins un autre, qui n'a pas besoin d'être l'analyste, pour me révéler ou rire de mon lapsus. Mon lapsus (mon message) ne me revient et n'apparaît à ma conscience que pour autant que l'autre en rie (sous forme inversée donc, comme si je voyais mon message dans le miroir) ou me le reproche en m'indiquant la torsion signifiante

¹¹² Qui est réponse à l'absence de sens mais n'est pas suffisant pour établir un rapport civilisé à l'autre, c'est-à-dire qui puisse donner l'illusion d'un sens pour tous.

¹¹³ Le projet des CPCT est notamment exposé sur le site du CPCT de Lyon : <http://cpct.lyon.online.fr/>

¹¹⁴ MILLER Jacques-Alain, CLERO Jean-Pierre, LOTTE Lynda. « Lacan et la politique ». In *Cités. Philosophie, politique, histoire*. Avril 2003, n°16, Jacques Lacan. *Psychanalyse et politique*. P.U.F. Pages 105-123.

que j'ai opérée sur le code, c'est-à-dire sur ce qui, dans le champ du signifiant, représente le lien social. C'est ainsi dans l'expérience même de la communication, et dans ce que l'Autre me renvoie de ce que je dis, que j'éprouve le rapport qui noue mon désir au collectif. En ce sens, parce qu'il intègre toujours la question de l'Autre et du lien social, l'inconscient a une dimension politique. On s'aperçoit cependant de la définition restrictive du politique, mais c'est bien de là que part la possibilité, pour les psychanalystes, de traiter les symptômes issus du social et du malaise de la civilisation. Voici ce que dit Jacques-Alain Miller :

« Dire que l'inconscient, c'est politique, c'est d'abord le situer dans une dimension transindividuelle, comme l'implique le fait même de l'aborder dans la relation analytique. L'inconscient freudien n'est pas une réalité substantielle qui serait cachée dans le psychisme individuel, conçu comme un monde clos, solipsiste, qu'il s'agirait de forcer, et on se demande comment. C'est l'inconscient d'un sujet qui est structurellement coordonné au discours de l'Autre »¹¹⁵.

J.-A. Miller poursuit son explication en montrant que, dès le début de ses travaux, Lacan a cherché à comprendre le rapport entre le psychisme et le politique dans le mesure où sa thèse portait sur la paranoïa qui est « *la psychose où la relation sociale, ici la relation à l'Autre comme persécuteur, est de premier plan* »¹¹⁶. La psychiatrie d'urgence constituera pour notre étude un objet où s'incarne ce rapport.

Enfin, le dernier concept que nous emprunterons à la psychanalyse et qui est susceptible de fonder notre approche communicationnelle de l'urgence est celui de *demande*.

Cette notion développée par Lacan nous intéresse tout particulièrement en ce que le signifiant même de demande est couramment utilisé dans le discours des acteurs du soin aux urgences psychiatriques. Il est parfois l'équivalent de « recours » qui est la version plus administrative de la demande. Mais il est aussi inscrit dans le libellé d'une procédure d'hospitalisation sous contrainte : l'hospitalisation à la *demande* d'un tiers. Plus fondamentalement, nous avons choisi de mobiliser cette notion en ce que chez Lacan elle désigne, dans une première approche, une articulation, une conjugaison, du désir et du signifiant. Elle nous permet de comprendre un phénomène central de la thèse qui est celui du constat du décalage entre l'offre de soin du service d'urgence (l'accueil de la crise psychique) et le profil des patients qui manifestent des difficultés qui outrepassent cette offre restrictive du fait de la (grande) précarité sociale dont ils sont porteurs et qui exigent souvent des prises en charge médico-sociales voire simplement sociales. Or, chez Lacan, la demande est précisément une formulation qui se situe toujours au-delà ou en-deçà de la satisfaction que permet l'objet visé par la demande. Nous avons ainsi remarqué que les psychiatres aux urgences se retrouvent en charge de patients dont la demande outrepassé les attentes étiologiques et nosographiques protocolisées des médecins somaticiens.

Qu'en est-il précisément de la demande chez Lacan ? En quoi la notion est-elle pertinente à articuler à une démarche en sciences de la communication qui porte sur l'analyse et l'interprétation de la relation médicale aux urgences ?

Pour comprendre la notion de demande chez Lacan, il faut revenir à celle de désir qui, elle-même, est dialectiquement liée à celle de manque. On l'a vu avec le jeu de la bobine, qui est commenté par Lacan dans le « *Séminaire sur la Lettre volée* », la prise du

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ *Ibid.*

symbolique sur le sujet est, à la fois, possibilité de se séparer de l'objet, de le présentifier alors même qu'il est absent dans une forme signifiante, et expérience du manque de cet objet mortifié, en quelque sorte, par le symbolique. L'objet maternel (le sein par exemple) est dès lors maniable pour l'enfant sous forme symbolique. Du même coup, l'enfant, grâce aussi à l'expérience du miroir, peut se concevoir lui-même à l'intérieur d'une identité symbolique. La dialectique de l'identité et la division du sujet est alors mise en place. Le sujet est aliéné dans l'ordre signifiant, nous dit Lacan. Cela a pour conséquence, pour l'enfant de passer d'une dialectique de l'être pour la mère (son objet manquant, comme cela pouvait en donner l'illusion à la mère et à l'enfant tant qu'ils n'avaient pas vécus la séparation symbolique¹¹⁷) à une dialectique de l'avoir. Comme l'enfant perd l'objet, il devra maintenant l'avoir et sa seule possibilité sera d'en passer par le signifiant, par le symbolique en formulant une *demande* à l'autre. Lacan indique alors que la demande est toujours en deçà ou au-delà du désir. En effet, soit le désir se fige dans la demande : pris dans les rets des signifiants, il n'atteint pas son but de retrouver l'objet réel manquant. Soit le désir transcende la demande et il court métonymiquement, dit Lacan, sur les signifiants, jamais satisfait de ce que propose l'ordre symbolique, à la recherche d'un ersatz de l'objet perdu. On voit ici comment le manque et le désir sont dialectiquement liés et *comment, par suite, le rapport à l'autre s'institue à travers la demande* (pour combler le manque, pour dire son désir, le sujet étant « condamné » à avoir l'objet au lieu de l'être) qui se produit dans l'ordre signifiant, *dans des formes adressées à l'autre, c'est-à-dire dans la communication.*

Dans « *La direction de la cure* », Lacan nous indique que la demande est le fondement de la relation thérapeutique (et du transfert), ce qui nous amène, pour notre part, à faire l'hypothèse que, dans l'urgence psychiatrique, la relation thérapeutique est instituée et s'élabore dans la communication. Voici ce que dit Lacan de la manière dont il accueille les patients en cure, ce qui nous intéresse pour penser les recours aux urgences : « *Par l'intermédiaire de la demande, tout le passé s'entrouvre jusqu'au fin fonds de la première enfance. Demander, le sujet n'a fait que ça, il n'a pu vivre que par ça, et nous prenons la suite* »¹¹⁸. Aux urgences, la demande a un caractère particulier, car elle se « légitime », elle prend appui, sur un symptôme. Ce n'est pas le cas de toutes les demandes, mais bien celui de la demande adressée au médecin, comparable à la demande faite au psychanalyste. Quand le patient dit qu'il souffre, il *appelle l'autre* à lui livrer la signification qui lui manque pour donner du sens à son symptôme. Il est en attente d'une signification, d'abord, avant d'espérer une guérison. De plus, dans le champ du psychisme, le symptôme est à entendre, comme le rappelle Lacan, comme une métaphore ou une métonymie du désir, c'est-à-dire comme une forme du rapport à l'autre¹¹⁹, comme une manifestation de la modalité qui lie réel et symbolique chez le sujet. Le symptôme s'interprète et exige donc un Autre, un tiers symbolisant ; et le symptôme est toujours lié à l'Autre : il y a des symptômes car il y a des conflits et des compromis entre le désir et les exigences du collectif. *Une demande qui se motive d'un symptôme d'origine psychique est ainsi doublement inscrite dans le champ de*

¹¹⁷ Cette séparation symbolique se fait par plusieurs moyens : le stade du miroir, le jeu de la bobine, mais aussi l'intervention du père, ou ce qui en tient lieu, et qui signale qu'il est possesseur du phallus. Cette question de la possession montre qu'on n'est pas le phallus, comme l'enfant pour la mère, mais qu'on l'a ou pas et que, du coup, on peut désirer l'avoir. Le mode de l'avoir implique la question du manque qui permet le rapport à l'autre et la dynamique du désir. Notons, pour éviter toute mésinterprétation, la **valeur symbolique** du phallus qui met en rapport un signifiant avec un manque, qui met en place une dialectique de la présence/absence, garante du rapport à l'autre par le symbolique. Ceci est la version lacanienne, exposé trop rapidement ici bien sûr, de la castration.

¹¹⁸ « La direction de la cure », in LACAN, Jacques. *Ecrits* [1966]. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien », p. 617

¹¹⁹ Puisque la dynamique du désir s'institue, on l'a vu, depuis le stade du miroir qui est l'entrée dans le champ de l'autre, c'est-à-dire dans le champ de la perte.

l'Autre. Ce constat de *l'appel à l'autre* (notamment comme *exigence de signification*) introduit pleinement le symptôme et le recours (demande) qui lui correspond dans une logique et des processus de communication et dans une logique politique. Au fond, comme le cas de Mme G. (*observation n°7*) nous l'enseigne, le passage du désir à la demande est le passage de l'espace spéculaire (celui où je m'identifie à l'autre) à l'espace politique (celui où je me confronte à l'autre, m'y oppose, lui suppose un objet qu'il a et que je n'ai pas et qui motive ma demande). Mme G., comme c'est le cas pour beaucoup de patients précarisés des urgences psychiatriques, construit sa demande sous une forme de colère et de révolte vis-à-vis de l'Autre. Elle a sans cesse recours aux urgences (elle est en demande) mais affirme fermement qu'on lui répond mal, c'est-à-dire que l'objet qu'elle cherche et dont elle manque (source de son désir) n'y est pas, toujours pas. Elle exige quelque chose de l'Autre dans un registre qui n'est pas apaisé, voire conflictuel, et qui est donc de l'ordre du politique. La demande est en cela une forme de médiation, une modalité de construction d'un rapport entre désir et politique, une modalité d'implication de l'Autre dans le champ de la subjectivité.

C'est dans cette perspective que nous nous proposons d'observer et d'analyser les entretiens de psychiatrie aux urgences auxquels nous avons assistés : ce que dit le sujet, ce qu'il demande au psychiatre, est une articulation de sa singularité désirante avec les formes exigées par l'autre (le psychiatre comme sujet singulier mais aussi comme représentant du collectif) ; ce que le sujet demande au psychiatre est aussi à entendre comme une forme d'expression de révolte vis-à-vis du collectif, ou d'attente d'une explication de la souffrance par le social : nous préciserons cela plus bas avec des concepts de la sociologie. Pour l'instant, nous faisons l'hypothèse de recherche, que nous compléterons avec l'appui des travaux de Bernard Lamizet, que la demande et les recours aux urgences sont des formes de réinstauration de la médiation par la communication. Dans les *Ecrits*, Lacan nous donne une formule de cette médiation qui s'institue par la communication, via l'observation du rapport manque-désir-demande que nous avons tenté ici d'éclaircir et d'adapter à l'urgence :

« Si le désir est en effet dans le sujet de cette condition qui lui est imposée par l'existence du discours de faire passer son besoin par les défilés du signifiant ; si d'autre part, (...), en ouvrant la dialectique du transfert, il nous faut fonder la notion de l'Autre avec un grand A, comme étant le lieu du déploiement de la parole (...) ; il faut poser que, fait d'un animal en proie au langage, le désir de l'homme est le désir de l'Autre. Ceci vise une tout autre fonction que celle de l'identification primaire (...), car il ne s'agit pas de l'assomption par le sujet des insignes de l'autre, mais cette condition que le sujet a à trouver la structure constituante de son désir dans la même béance ouverte par l'effet des signifiants chez ceux qui viennent pour lui à représenter l'Autre, en tant que sa demande lui est assujettie »¹²⁰.

III. L'apport de l'anthropologie de la médecine : une méthodologie et une aide à l'analyse des rapports entre communication, efficacité du soin et relation thérapeutique

On l'aura compris, la psychanalyse va constituer un fonds théorique primordial de la thèse. Mais, conscient de la nécessité d'un usage parcimonieux et limité de la psychanalyse dans les sciences sociales, nous allons maintenant exposer la manière dont nous aurons recours à d'autres sciences sociales pour la construction théorique de notre thèse. Ce recours obéit à deux contraintes de cohérence épistémologique : permettre une analyse en sciences de la communication ET permettre une articulation avec les fondements psychanalytiques de

¹²⁰ Ibid., p.628

notre approche. Nous avons, à la suite de Freud, le sentiment que la psychanalyse constitue un appareil théorique capable d'établir de « riches connexions entre de nombreux domaines de savoir »¹²¹. C'est un des buts épistémologiques des sciences de la communication que de construire ces « riches connexions ».

Nous avons trouvé dans l'anthropologie structurale, et plus précisément dans l'anthropologie de la relation médicale et du corps, un moyen d'enrichir l'armature conceptuelle de la thèse sans trahir l'abord psychanalytique, ni l'abord communicationnel.

D'abord, la lecture de Claude Lévi-Strauss dans ses articles sur *l'efficacité symbolique* et sur *le sorcier et sa magie*¹²², nous a permis de continuer à élaborer l'hypothèse de la dimension fondamentalement symbolique et communicationnelle du soin. La psychanalyse l'indiquait déjà, mais nous lui avons trouvé un manque en ce qu'elle prend mal en compte la dimension institutionnelle du soin. Dans la psychanalyse, le sujet est présumé être l'acteur à part entière de sa guérison (puisqu'il est le créateur de son symptôme). Dans ces conditions, le dispositif de la cure laisse une grande place aux élaborations symboliques du patient, ponctuées et orientées par l'analyste. Nous ne pouvions plaquer le modèle de ce dispositif à notre terrain : nous aurions éludé, d'une part, la part jouée par l'intervention active du psychiatre dans les entretiens de psychiatrie et, d'autre part, le poids de l'institution hospitalière (en termes notamment de représentation pour le patient) dans la prise en charge. Sur ce point délicat qui montre la difficile applicabilité du modèle psychanalytique sur la psychiatrie d'urgence, Claude Lévi-Strauss nous fut d'une grande aide dans la manière dont il montre comment la cure chamanistique est « l'inverse », en termes de dispositif, de la cure analytique. Alors que l'analyse laisse au patient le soin d'élaborer le *mythe individuel*¹²³ qui organisera symboliquement les affects angoissants dépourvus de sens, le chaman met à disposition du sujet souffrant un mythe, qui vaut collectivement, et qui est une sorte de « patron » (comme en couture) où le patient logera et organisera symboliquement ses affects en tâchant de faire des équivalences entre l'événement (réel) qui l'accable et le récit (symbolique) qui lui est proposé.

Ainsi, sans trop éroder l'approche psychanalytique, Lévi-Strauss nous permet de continuer à entrevoir le soin comme une activité communicationnelle et symbolique tout en mettant l'accent sur une forme de médiation entre singulier et collectif qui donne une place plus importante au collectif en tant qu'institution. La définition du collectif est alors moins restrictive – et plus opératoire pour l'analyse de notre terrain – que ce que propose Lacan en assimilant le collectif ou le politique au trésor des signifiants¹²⁴.

Nous nous sommes aussi particulièrement intéressé à l'anthropologie du corps, telle qu'elle est développée, notamment, par David Le Breton¹²⁵. L'idée est de réaffirmer la dualité réelle et symbolique du corps. Alors que notre corps manifeste des affects et nous communique des sensations anarchiques et impartageables (donc réelles), nous en avons

¹²¹ FREUD, Sigmund. « L'intérêt de la psychanalyse » [1913], in *Résultats, idées, problèmes I* (1890-1920). PUF, 1984. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ». Pages 187-213.

¹²² Articles collectés dans LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ».

¹²³ Voir LACAN, Jacques. *Le mythe individuel du névrosé : poésie et vérité dans la névrose*. Seuil, 2007. Coll. « Champ Freudien ».

¹²⁴ En réalité, Lacan et Lévi-Strauss nous donnent deux versions de la médiation telles qu'elles peuvent se déduire du même phénomène qui est nommé, en psychanalyse, « abréaction ». Nous traiterons précisément cela dans la suite de la thèse, avec des illustrations cliniques, à la partie III.

¹²⁵ LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité* [1990]. Paris : PUF, 2003. Coll. « Quadrige ».

cependant toujours une représentation symbolique. C'est ce qui s'inaugure et ne quitte plus le sujet depuis l'expérience du miroir où les « morceaux » du corps ressentis comme éparés chez le petit d'homme se retrouvent unifiés dans *une* forme, dans *une* représentation. De ce point de vue, nous apprend l'anthropologie, le sujet humain est sans cesse contraint d'entretenir cette représentation symbolique, de produire des récits sur son corps et les événements qui s'y produisent. Autrement dit, dans la relation médicale, il y a toujours quelque chose de cet ordre, au-delà de la guérison, qui est recherché et qui passe par une relation de communication. Cela nous a particulièrement interpellé dans le cadre de notre thèse car l'hôpital d'aujourd'hui a tendance à promouvoir une représentation morcelée du corps en organisant ses services en fonction de spécialités médicales qui s'attachent au soin d'un organe indépendamment des autres. En quelque sorte, la spécialisation médicale a tendance à rappeler au sujet la dimension réelle de son corps, source d'angoisse si elle n'est pas mise en récit. Nous le démontrerons ultérieurement : nous faisons l'hypothèse que les psychiatres des urgences accueillent ce qui, dans la médecine, relève du symbolique et a tendance à être érudé par l'abord presque strictement organique des pathologies.

Au fond, ce que permettent l'anthropologie du corps et de la médecine, c'est de rappeler la dimension communicationnelle du soin et de mettre en garde contre les dérives scientistes de la médecine qui voudraient faire oublier que celle-ci est, aussi, une science humaine et sociale. Psychanalyse et anthropologie concourent à montrer que le symptôme est, au-delà du dysfonctionnement du corps, un symbole. Ce symbole est intégré dans le récit des patients, dans les interprétations des médecins, dans le discours de l'institution. En cela, il est un objet sémiotique qui s'insère et s'échange dans des situations de communication et il intéresse donc les SIC.

Enfin, pour notre thèse, nous avons emprunté à l'anthropologie quelques-unes de ses méthodes d'investigation du terrain, à savoir, principalement, l'observation et la description ethnographiques. C'est Georges Devereux¹²⁶ et François Laplantine¹²⁷ qui nous ont guidé. Nous ferons l'exposé de notre méthodologie ultérieurement. Pour l'heure, il s'agit d'alimenter la réflexion épistémologique. En quoi ces méthodologies sont-elles articulables à une approche théorique en SIC sur fond de psychanalyse ? Alors que traditionnellement les outils développés en sciences de la communication sont au service de *l'analyse des énoncés*, nous avons cherché à mobiliser des outils qui puissent insister sur la *dimension d'énonciation* dans la communication de manière à rendre compte, au plus près, de *situations de communication* spécifiques que sont les entretiens aux urgences psychiatriques. Le terme même de « situation » indique l'étude de la contextualisation de la communication en termes de temps et d'espace qui sont des données fondamentales et inévitables quand on traite de l'urgence. Il était impossible, pour nous, de tirer des textes et des discours des entretiens de psychiatrie sans les placer dans leur contexte d'énonciation *hic et nunc*. De plus, *l'urgence psychiatrique, c'est aussi l'étude de l'impossible de la communication* qui s'observe peu dans l'espace clos et décontextualisé d'un discours retranscrit. La description ethnographique présente pour nous cet avantage incomparable d'intégrer une dimension scopique et scénique au corpus. Cela suppose un travail important d'élucidation des phénomènes (subjectifs notamment) qui font passer du regard lors de l'observation au moment de l'écriture du journal ethnographique. L'analyse de ce travail, propre au chercheur, est aussi source de données comme le montre Devereux. Une problématique de la communication est ainsi introduite dans notre méthodologie puisqu'il s'agit de clarifier les conditions du passage du réel de l'observation au symbolique de

¹²⁶ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Aubier, 2000.

¹²⁷ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 ».

l'écriture dans les contraintes du discours scientifique (rendre compte, à un collectif, de son regard singulier).

IV. L'apport de la sociologie de la maladie et de la médecine : la maladie comme « signifiant social » et « forme élémentaire de l'événement »

Cette thèse aura peu recours à la sociologie. Cette posture, qui aurait pu paraître étonnante, ne doit plus l'être maintenant que nous avons affirmé notre volonté d'asseoir notre cadre théorique sur des concepts et notions issus de la psychanalyse.

Nous avons précédemment montré pourquoi nous écartions la sociologie interactionniste. Allons plus loin : en mobilisant des concepts qui mettent en avant les notions de désir et de subjectivité, nous sommes contraint, pour des raisons de cohérence épistémologique, de ne pas avoir recours à des théories qui postulent la suprématie du social sans dialectique avec la subjectivité. La psychanalyse est en effet incompatible avec toute théorie qui fasse du sujet une simple déduction du social, comme elle est incompatible avec toute théorie psychologique qui ignore le collectif et ne définisse pas l'individu en dehors des frontières du moi (comme l'ego psychologie).

En ce sens, notre voyage à travers les écrits sociologiques sur la médecine a été très sélectif. Nous avons fait le choix restrictif de n'exploiter, dans le champ de la sociologie, que les travaux de Claudine Herzlich et de Marc Augé. Disons que nous avons été séduit par le fait que ces auteurs avaient un pied dans la sociologie et un pied « ailleurs ».

L'ouvrage de Herzlich et de Augé, *Le sens du mal*¹²⁸, propose une approche sociologique de la maladie et de la relation médicale qui mobilise des concepts qui ont tout à fait leur place dans les sciences de la communication et sont compatibles avec la psychanalyse.

Nous relevons à ce propos deux notions chez Augé et Herzlich. Les auteurs parlent de la maladie en termes « d'événement » (« *la maladie est la forme élémentaire de l'événement* », dit Augé) et de « *signifiant social* ».

Cette formulation conceptuelle, qui identifie maladie et événement, nous semble précieuse pour notre thèse. Elle permet de ne pas réduire la maladie à un enjeu strict de la science médicale ou de la biologie mais de lui donner une dimension tout à la fois subjective, sociale et sémiotique. Elle permet donc, sur le plan épistémologique, de rendre légitime l'abord des faits médicaux par les sciences humaines et sociales et, en particulier, les sciences de la communication.

La psychanalyse peut certainement se satisfaire de cette définition de la maladie puisqu'elle considère que les formations de l'inconscient ou les symptômes sont des irruptions insensées, des bizarreries (pour le sujet à qui cela arrive) à l'intérieur de l'organisation symbolique de la vie psychique. Lapsus, actes manqués, symptômes (comme l'angoisse, par exemple), sont proprement des événements en ce qu'ils viennent troubler et interroger ce qui habituellement fait sens pour le sujet. Ce sont des points de ruptures du sens dans la vie du sujet. Certains symptômes constituent un trou dans le sens dans la mesure où ils ne sont pas situables dans une série de faits et d'affects passés auxquels ils seraient réductibles et identifiables. Ce trou dans le sens est proprement ce que Bernard

¹²⁸ AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».

Lamizet appelle *la dimension réelle de l'événement*¹²⁹. Nous faisons l'hypothèse que la détresse psychique reçue aux urgences psychiatriques constitue une manifestation, dans l'espace public, de l'événement sous sa forme réelle. Le sujet qui est amené aux urgences ou qui a recours à elles manifeste l'irruption insupportable du réel dans le symbolique (dans la famille, dans l'espace public) : un excès de singularité se manifeste là où est attendue la réalisation du miroir social, de l'identification à l'autre, de l'identité symbolique ; le sujet est porteur de comportements et manifestations psychiques qui font l'objet d'un défaut d'interprétation pour les autres et même bien souvent pour lui-même.

Mais si la maladie et les symptômes constituent des événements subjectifs et réels, ils sont, corrélativement, en *attente d'interprétation*. Et c'est l'autre fonction de l'urgence psychiatrique, en tant qu'institution, que d'aider le sujet à produire des interprétations sur l'événement malheureux et insensé qui l'affecte. Il s'agit de procéder à une translation du statut de l'événement : de réel à symbolique. L'urgence a ainsi cette double dimension de constituer *un indice* de la manifestation d'un événement réel et de tout à la fois en fournir une première mise en sens. Au fond, cette notion d'événement pour désigner la maladie est très opérante car elle permet de distinguer, pour ce qui nous concerne, *situation* d'urgence et *prise en charge* d'urgence. La *situation* d'urgence est l'urgence sous sa forme réelle, c'est le signifiant¹³⁰ qui indique la crise, l'événement réel. La *prise en charge* d'urgence est l'urgence sous sa forme institutionnelle, donc déjà symbolique, qui correspond aux procédés mis en œuvre par l'institution médicale pour répondre à l'attente d'interprétation, à la symbolisation de l'événement, c'est-à-dire au positionnement de la crise insensée dans le temps long de l'histoire singulière du sujet et dans des catégories du collectif. Augé et Herzlich insistent sur ce dernier aspect :

« Dans les sociétés industrielles, la maladie est essentiellement l'affaire du médecin et de la médecine. Mais elle n'est jamais que cela : elle n'est pas seulement l'ensemble des symptômes qui nous amènent chez le médecin. Elle demeure toujours un événement malheureux exigeant une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au social. La dimension sociale de la maladie, c'est alors (...) le fait qu'elle fonctionne comme signifiant, support de sens de notre rapport au social »¹³¹.

On voit bien le caractère heuristique de considérer la maladie comme un événement et un signifiant social. Elle est une affaire individuelle : elle fait trauma. Mais elle implique aussi le collectif, d'autant plus quand elle est traitée dans une institution comme l'hôpital : elle doit s'inscrire, pour le sujet qui cherche à l'interpréter pleinement, dans des références au social et au collectif. Il nous semble que les urgences psychiatriques procèdent à l'accueil de la maladie en tant qu'événement en autorisant à la fois le colloque individuel avec le psychiatre et la possibilité, grâce au cadre institutionnel de l'hôpital, d'articuler le symptôme au collectif, de lui donner un sens social, en quelque sorte. En cela, la logique de recours à l'hôpital est bien différente de la logique du recours au cabinet de l'analyste. Chez l'analyste, il n'y a pas de mise en sens du symptôme en regard avec le social, mais plutôt une réappropriation

¹²⁹ LAMIZET, Bernard. *Sémiotique de l'événement*. Hermès sciences Lavoisier, 2006. Coll. « Forme et sens ».

¹³⁰ C'est un « S1 » dirait Lacan, un « signifiant seul » qui ne peut être l'objet d'aucune association avec un autre signifiant pour former une chaîne symbolique. C'est la forme réelle du signifiant, chargé de jouissance, qui ne se laisse réduire à aucun autre.

¹³¹ *In Le sens du mal*, p. 22

singulière du trauma par l'élaboration d'un mythe individuel. Parce qu'elle se base sur le dispositif de la cure, la théorie psychanalytique est insuffisante à rendre compte des aspects politiques et sociaux de la prise en charge à l'hôpital. A l'hôpital, le symptôme/événement qui a déclenché le recours à l'urgence a la possibilité de s'insérer dans des discours aux résonances singulières et collectives, ces derniers étant proposés par le patient lui-même ou par l'institution qui les lui met à disposition comme l'expliquait déjà Lévi-Strauss.

Au plan épistémologique, on voit donc bien comment le recours à cette sociologie, en fait proche de l'anthropologie, ne trahit pas l'approche psychanalytique, mais la complète, en intégrant la question de la dimension sociale de la maladie. Parce que nos observations nous ont montré combien la souffrance aux urgences était marquée du sceau de la précarité, nous ne pouvions nous contenter de la stricte théorie psychanalytique qui a parfois tendance à réduire le symptôme du sujet à un sens très singulier ou, en tous cas, qui ne peut s'éclaircir qu'à la lumière d'une histoire singulière. Ainsi, que dire, par exemple, des recours aux urgences psychiatriques de sujets qui font état de désirs de mort en rapport avec des situations professionnelles découlant directement de la transformation actuelle du monde du travail ? Que dire de la souffrance psychique de tel sans-abri ? La souffrance, pour s'apaiser, a parfois besoin d'un sens fourni par le social ou de prendre sens à partir de considérations sur le social. C'est une manière, pour le sujet, de donner une dimension collective à ce qui lui arrive et, partant, de reconstruire la médiation dont les situations d'urgence manifestent des ruptures. Cet enserrement du trauma dans une sorte de causalité sociale est en fait une mise en sens, ce que notent Augé et Herzlich à propos de la maladie biologique, mais qu'on peut sans doute appliquer à la détresse psychique qui se traduit d'ailleurs parfois directement dans le corps : « *Le mal biologique est signifiant de notre rapport insatisfaisant à la société, à travers lui, nous exprimons un mal de vivre ou une crise des valeurs, mais la représentation que nous en produisons prend d'abord la forme d'une théorie causale : le mode de vie moderne engendre des maladies. Le sens se dissimule ici sous la cause, ou plutôt ce n'est que par la mise en cause qu'il ne peut s'exprimer* »¹³². En d'autres termes : recourir à des raisons sociales pour expliquer sa maladie, c'est déjà tenter de la mettre en sens¹³³. Il nous semble qu'un processus de cet ordre est autorisé et reconnu aux urgences psychiatriques par les psychiatres qui interrogent les patients sur leurs conditions de vie sociale, au même titre que sur leur histoire personnelle. En quelque sorte, les psychiatres donnent toutes les chances au symptôme *d'être expliqué*. Or, c'est bien ce qui manquait au sujet et qui a motivé son recours aux urgences suite, par exemple, à un passage à l'acte qui est toujours le signe d'une évaporation du sens.

Nous tenterons de montrer que c'est précisément par des processus de communication, qui engagent la formation de sens, que s'articulent version singulière et interprétation collective de la souffrance aux urgences psychiatriques.

V. L'apport de la sémiotique politique : une analyse de la médiation politique comme dialectique entre désir et sociabilité. Vers la cohérence épistémologique.

¹³² Ibid., p.26

¹³³ On perçoit ici toute la différence avec une approche strictement biologique de la maladie qui, dans ses explications causales, laisse « *peu d'espace libre pour un travail du sens* », comme disent Augé et Herzlich. Faire référence au social, c'est toujours introduire la question de l'arbitraire et donc du sens et ainsi éviter de réduire le symptôme ou la maladie à une causalité organique sans équivoque qui explique bien peu de choses au patient s'il n'est pas formé au discours scientifique.

Poursuivons notre réflexion épistémologique et rappelons-en son principe : il s'agit de rendre compte de la psychiatrie d'urgence en termes de communication. A cette fin, nous tentons d'articuler une série de concepts, issus de disciplines diverses, qui proposent un point de vue sur l'urgence psychiatrique qui fasse tenir ensemble trois exigences : rendre compte des faits psychiques, rendre compte des faits institutionnels et rationaliser notre analyse à partir de la question de la communication. Psychanalyse, anthropologie et sociologie nous y ont aidé, chaque discipline venant combler les « manques » de l'autre. Il y a cependant une dimension de l'urgence qui n'a pas été vraiment abordée : la question politique. Elle est suggérée dans la manière dont les recours urgences viennent interroger le contrat social¹³⁴. Bien sûr, la psychanalyse, l'anthropologie et la sociologie ont fait référence, d'une certaine façon, au collectif, représenté respectivement par l'ordre des signifiants, l'institution et le social. Mais il manque une construction théorique qui puisse identifier le collectif et le politique ou au moins en entrevoir les rapports.

Ce constat nous invite à mobiliser de nouveaux concepts qui rendent compte de la nature du contrat social tel qu'il puisse être lu aux urgences psychiatriques comme étant rompu ou en train de s'élaborer, de se réélaborer, de se redéfinir. Nous faisons en effet l'hypothèse, que nous éprouverons plus tard, selon laquelle l'urgence construit un espace de redéfinition incessante du contrat social. Les choix théoriques que nous avons faits précédemment impliquent, pour la cohérence épistémologique, de faire référence à une théorie du contrat social qui pense celui-ci en rapport avec la communication et le psychisme. Les théories qui rendent compte de la structuration du contrat social et de la sociabilité par la communication sont courantes. Habermas, dont les théories ont eu un grand succès en SIC pour comprendre la structuration de l'opinion publique par les médias, a pu montrer, dans *l'Espace Public*, comment le débat et le discours étaient en mesure de faire consister le lien social et le sentiment d'appartenance. En revanche, les théories qui tentent d'envisager l'articulation des contraintes de la sociabilité (telles qu'elles se structurent par la communication) et celles de la vie subjective et psychique sont beaucoup plus rares. En sciences de l'information et de la communication ce questionnement se formule autour du concept de médiation, notamment chez Bernard Lamizet. Notre lecture des travaux de Lamizet nous invite à considérer la possible articulation entre une sémiotique du politique et une sémiotique de l'énonciation singulière. C'est certainement dans cette articulation que réside le cœur du concept de médiation. Notre thèse se pose spécifiquement cette question puisqu'elle cherche à penser les modalités d'articulation, dans les entretiens de psychiatrie d'urgence notamment, entre une énonciation singulière (la parole du patient) et le discours de l'institution (repérable dans la parole du psychiatre et dans les outils d'information et de communication à sa disposition) qui édicte les normes du contrat social et l'incarne dans la figure du psychiatre.

Sans aller dans le détail, et toujours dans le but d'éclaircir la démarche épistémologique de la thèse, montrons quel usage nous comptons faire des notions et concepts développés par Lamizet.

La première notion qui reviendra avec récurrence dans la thèse est bien sûr celle de *médiation*. Elle nous semble compatible avec nos autres choix épistémologiques et permet, d'une certaine manière, de les condenser dans une approche proprement SIC. Selon Lamizet, la médiation se définit comme « *l'instance qui assure, dans la communication et la vie sociale, l'articulation entre la dimension individuelle du sujet et de sa singularité et*

¹³⁴ Je renvoie ici à la lecture du journal ethnographique qui montre que la population qui a recours aux urgences psychiatriques correspond à une population précarisée, voire très précarisée. Nous aborderons la question du déchet et du reste du contrat social tel qu'il peut s'observer aux urgences dans une partie de la thèse consacrée au réel de l'urgence.

la dimension collective de la sociabilité et du lien social »¹³⁵. Il nous semble que Lamizet procède à une relecture de la notion de contrat social élaborée par Rousseau à la lumière de la psychanalyse lacanienne. Quand Rousseau dit que le contrat social s'établit quand chaque citoyen abandonne une part de sa liberté individuelle au profit de la volonté générale, Lamizet montre que le sujet de la sociabilité est fondamentalement un sujet divisé entre son désir qui fonde la part singulière de son identité, impartageable, et la nécessité de l'identification à l'autre qui fonde la sociabilité. Le sujet ne peut être reconnu par l'autre qu'à la condition de faire l'hypothèse, qui équivaut à un refoulement de son désir, que l'autre est le même que lui. Si le politique peut consister et être structuré par des faits de communication, c'est parce qu'il y a fondamentalement une homogénéité de structure entre la communication et le politique. L'expérience du miroir qui institue la possibilité de la communication institue, du même coup, la possibilité du politique fondée sur l'identification à l'autre de manière à en faire mon semblable. L'aliénation du désir du sujet dans l'ordre du langage préfigure, en quelque sorte, l'aliénation du sujet dans l'espace public que Lamizet nomme *espace de l'indistinction*. La médiation est alors ce qui permet au sujet d'assurer et d'assumer la dialectique qui relie son identité singulière et son identité collective ; elle s'éprouve dans les situations de communication intersubjective ou sociale (discours politique, discours médiatique, etc.). Cette médiation est précaire dans la mesure où le désir menace toujours de s'exprimer en dehors des normes acceptées¹³⁶ en présentant, pour le sujet, le danger de ne plus être reconnu de son semblable, c'est-à-dire de s'extraire du lien social. Dans l'autre sens, notre désir qui fait consister notre identité singulière et nous distingue des autres, nous protège d'être totalement aliénés dans le symbolique et le politique. La médiation équilibre, en quelque sorte, les deux versants de notre identité. Lamizet rend compte de cette dialectique entre désir et sociabilité qui fonde son modèle de la médiation : « *Le désir est une limite à l'indistinction fondatrice de la sociabilité. Puisque le désir me fonde comme singularité, comme sujet non substituable aux autres dans l'exercice de la sociabilité, il constitue bien une limite indépassable de l'indistinction. Il est la butée en raison de laquelle il ne saurait y avoir de confusion des êtres et des personnes (...). L'indistinction est une donnée symbolique de l'activité institutionnelle. Notre désir nous empêche de nous fondre et de disparaître réellement dans l'institution* »¹³⁷. Les situations de ruptures de la médiation sont ainsi celles où le sujet n'est plus en mesure d'articuler les deux dimensions de son identité, soit qu'il n'éprouve plus son désir, soit que son désir s'exprime tellement qu'il n'est plus en mesure d'assurer les conditions de l'identification à l'autre. Les urgences psychiatriques reçoivent ces sujets qui connaissent des difficultés dans l'accomplissement de la médiation. Notre thèse consistera à rendre compte de la manière dont le sujet que nous avons rencontré aux urgences manifestent des ruptures de la médiation et donnent la possibilité de penser les rapports entre psychisme et politique.

Le modèle de Lamizet permet de penser le contrat social, donc le politique, à partir du sujet, comme une tension dialectique entre désir et sociabilité. Cela lui permet d'importer les catégories lacaniennes de réel, symbolique et imaginaire comme permettant de rendre compte à la fois de la médiation intersubjective et de la médiation politique. Nous retenons des travaux de Lamizet que toute structure de médiation, parce qu'elle met en jeu des

¹³⁵ LAMIZET Bernard et SILEM Ahmed (dir.). *Dictionnaire encyclopédique des Sciences de l'Information et de la Communication*. Ellipses, 1997.

¹³⁶ En dehors du code, terme qui fait autant référence au langage et au politique et qui corrobore l'hypothèse d'une homogénéité de structure, ou en tous cas d'analogie, entre l'engagement du sujet dans le langage et la communication et l'engagement du sujet dans l'espace public, dans le lieu du politique et de l'appartenance.

¹³⁷ LAMIZET, Bernard. *Politique et identité*. PUL, 2002, p.121

faits de communication et de langage comme supports du rapport à l'autre et aux autres, peut se penser à l'aide de ces trois catégories. Lamizet se range aux définitions que Lacan donne à ces trois instances dans le champ de la communication intersubjective. Il propose en revanche une application (une translation) de cette grille au champ du politique où le réel du politique est figuré par le pouvoir et par toutes les formes de contraintes (en tant qu'ils s'exercent et ne se partagent pas) ; où le symbolique renvoie à la représentation (politique, médiatique), à la loi et aux institutions ; et où l'imaginaire renvoie à l'idéologie, aux mythes, aux utopies et aux peurs. Dans la mesure où nous cherchons à démontrer que l'urgence psychiatrique est interprétable en termes de communication et constitue une structure de médiation, nous tenterons de lui appliquer ce schéma (partie III, chapitre 6). Si les phénomènes de l'urgence, subjectifs et politiques, parviennent à s'organiser et à s'articuler dans une telle grille de lecture, nous aurons construit l'urgence comme un fait de médiation. La psychanalyse, l'anthropologie et la sociologie nous permettront de tirer au clair ce qui constitue proprement le réel, le symbolique et l'imaginaire de l'urgence psychiatrique. L'approche sémiotique¹³⁸ de Lamizet nous permettra ainsi de *condenser* et *d'articuler* les résultats de notre approche interdisciplinaire, c'est-à-dire de leur donner cohérence. Pour se rendre compte de cela, nous renvoyons à la structuration de la troisième partie de cette thèse. On y observera dans le plan que les premiers chapitres (1 et 2) sont consacrés à la mise en relief des aspects symboliques de l'urgence qui se lisent à travers ses dimensions communicationnelles et topologiques ; le chapitre 3, en produisant une analogie entre le service d'urgence et le dispositif du théâtre antique se propose de rendre compte des aspects imaginaires et tragiques de l'urgence ; le chapitre 4 traite des éléments de réel de l'urgence en analysant la forme de résidu social que forment certains patients des urgences ; enfin, les derniers chapitres (5 et 6) proposent, à partir des notions de signifiant flottant chez Lévi-Strauss et de médiation chez Lamizet, un modèle d'articulation de ces trois dimensions en démontrant par là-même que l'urgence est identifiable à une structure de médiation.

Pour terminer cette partie épistémologique et faire la transition vers l'exposé de notre méthodologie d'enquête, nous voudrions apporter quelques considérations sur la question du regard.

Au début de ce chapitre, nous faisons allusion à des concepts forgés par différents chercheurs en sciences de l'information et de la communication qui tentaient de rendre compte de la démarche épistémologique propre à notre discipline. Chacun de ces concepts exprimaient une forme d'hybridation : « polyphonie » chez Jeanneret, « multidimensionnalité » chez Perret, ou encore « composite » chez Le Marec au gré d'une analogie géologique ou chimique. Ces notions invitent, chacune à leur manière, à multiplier les focales, à faire varier les points de vue sur l'objet communicationnel pour en saisir la complexité sous différentes perspectives. Au fond, il s'agit à chaque fois de prendre acte du caractère de fiction de tout énoncé scientifique et de son impossibilité à rendre compte fidèlement du réel, en en faisant toujours une réalité prise dans un regard ou une énonciation spécifique. Reconnaître un tel fait, ce n'est pas faire le deuil de la science, c'est plutôt en saisir pleinement sa nature. Au fond, on pourrait dire que l'accès à la réalité que veut atteindre la science se situe dans les interstices de la multiplicité des énoncés scientifiques émis au sujet de cette réalité (et qui obéissent, dans leur construction interne, aux lois de la méthode scientifique : hypothèse réfutable, énoncé des conditions d'applicabilité et de réfutabilité, etc.). C'est la raison pour laquelle nous avons adopté une approche multifocale de l'urgence psychiatrique. Partant de la complexité du phénomène, nous le cernons de

¹³⁸ Elle est sémiotique bien qu'elle ne porte pas exclusivement sur des textes. Elle est sémiotique parce qu'elle propose une grille de lecture de l'articulation des faits psychiques et politiques pour en tirer du sens, pour les interpréter.

différentes grilles de lectures, de différents regards, pour l'interpréter en affirmant qu'il y a toujours un reste à cette interprétation dans lequel se loge, paradoxalement en apparence, la vérité du phénomène en ce qu'il résiste à l'interprétation. Nous appliquons, là, au champ de la science, une perspective psychanalytique qui dit que la vérité du sujet est en dehors de ce qu'il dit, dans ce qui se situe dans l'inter-dit du langage, dans ce qui reste impossible à saisir par le langage. En ce sens, la science dit la vérité des phénomènes dans les espaces énigmatiques qu'elle laisse en dehors de ses énoncés satisfaisants pour une part, insuffisants pour une autre. La science est contrainte à énoncer à côté, en quelque sorte, pour faire émerger une forme de vérité des phénomènes dans les espaces vides qu'elle laisse. En fait, le désir de recherche et de faire science se nourrit de ce manque à combler.

Pour alimenter cette réflexion et la poursuivre dans nos considérations méthodologiques à venir, nous voudrions l'orienter plus spécifiquement sur la question du regard. Le rapport entre notre approche épistémologique et méthodologique se situe dans le croisement de deux regards. Le regard sur l'objet et le regard sur le terrain.

Le regard sur l'objet, c'est celui que construit l'approche épistémologique. Il est, nous venons de le voir, parcellisé, multifocal : il tente de penser l'objet et en même temps il le constitue et l'aliène dans le discours de la science.

Le regard sur le terrain, c'est celui du chercheur comme sujet singulier (et qui peut s'apparenter à ce que décrit la psychanalyse comme la *pulsion scopique*). D'une certaine manière, il est constitutif du terrain. Il a pour conséquence d'affirmer que le terrain est nécessairement un construit. Ce regard, en tant que filtre fortement investi de subjectivité, aboutit à construire une réalité seconde par rapport à la réalité objective, comme un calque qui est le véritable objet du travail d'interprétation.

« L'écriture du terrain », dont nous allons bientôt considérer les implications méthodologiques (notre corpus est un journal d'observation qui associe écriture et regard), serait le résultat du croisement du regard sur l'objet (qui est un avatar du regard de la science ou des façons de voir de notre discipline) et du regard sur le terrain. Notre corpus est ainsi à l'intersection de ce que cherche à voir la science dans un phénomène et de ce que le sujet chercheur a *réellement*¹³⁹ vu.

¹³⁹ Si l'on considère que le regard, lors de l'observation au présent est, pour le sujet chercheur, une expérience réelle, en ce qu'elle prend appui sur le sens de la vue.

Partie II : L'enquête ethnographique au centre de la thèse : terrain, méthodologie de production des données, construction de l'objet de recherche

Chapitre 1 : De la rencontre avec une réalité fascinante et captivante au désir de la raconter

Nous souhaitons ici présenter nos choix méthodologiques et montrer comment ils se sont constitués à partir d'une sorte de tension dialectique. En effet, mille manières se présentaient à nous pour travailler sur notre objet, la psychiatrie d'urgence, et pourtant une seule s'est comme imposée : celle de l'observation et de la description ethnographique. Tout s'est passé comme si, dès notre première rencontre avec le terrain, nous avions senti l'impérieuse nécessité de nous y immerger et de le raconter. Seule la voie de l'ethnographie nous paraissait à même de pouvoir rendre compte, un tant soit peu fidèlement, de notre expérience du terrain. La « fidélité » du compte-rendu concerne en fait deux réalités : la réalité même du terrain (la description de ce qui s'y passe à partir de ce qu'on y a observé) et la réalité de notre expérience propre, intime, subjective, qui ne pouvait faire l'objet d'un refoulement trop puissant, masqué derrière quelque protocole trop rigide d'enquête.

Bien sûr, au début, la question de la production de données proprement analysables en sciences de l'information et de la communication s'est posée à nous : était-il possible de faire de notre propre texte (le journal ethnographique auquel nous avons abouti) l'objet d'une analyse rigoureuse dans une discipline qui, traditionnellement, se donne pour objet l'analyse du discours de l'autre ? La réponse à cette question nous a tourmenté quelque temps, puis nous avons fait un choix, un véritable choix : fondé à la fois sur des arguments épistémologiques et méthodologiques, mais aussi sur notre propre désir de recherche.

D'abord, il serait faux de dire que notre journal ethnographique ne contient que notre propre discours : c'est notre énonciation, certes, notre manière d'articuler les signifiants de la langue dans la description du terrain mais, à travers elle, transparaît le discours de l'autre : celui des patients (dans les « *fragments cliniques* »), celui des médecins, celui de l'institution hospitalière. A nous de relever le défi, dans l'élaboration de notre méthodologie, de tirer les données les plus objectivables possibles à partir de notre propre discours et de démêler les énonciations qui s'y croisent. Il existe des moyens pour cela : c'est ce que nous exposerons dans les chapitres suivants. Ensuite, l'idée d'employer d'autres supports que le journal ethnographique pour saisir notre objet nous paraissait, à maints égards, toujours insatisfaisant et insuffisant. Fallait-il construire un corpus de presse sur la psychiatrie d'urgence ? Nous l'avons fait, et cela figure dans la thèse, mais cela n'aboutit pas à une compréhension de notre objet véritable, soit l'interprétation des situations de

communication telles qu'elles se manifestent dans la psychiatrie d'urgence et telles qu'elles donnent à voir des formes de médiation entre psychisme et politique. On a une idée intéressante des représentations médiatiques sur la psychiatrie, mais on s'arrête là. Autre possibilité : fallait-il enregistrer le discours des patients et des acteurs du soin et leurs échanges ? Pourquoi pas ? Nous ne l'avons cependant pas fait, pour plusieurs raisons. D'abord, pour des nécessités légales de protection du secret médical. Ensuite, parce que cette modalité de recueil de données nous est très vite apparue comme susceptible de nous barrer l'accès au terrain : notre expérience avec les psychiatres hospitaliers nous a montré leur grande méfiance, presque paranoïaque, vis-à-vis des chercheurs en sciences sociales qui, longtemps il est vrai, ont cherché à dénoncer le système psychiatrique. Enfin, par choix personnel, à partir d'une conception de la valeur de la parole pour les sujets en détresse. En effet, la prise en charge de l'urgence, son dispositif propre, est très souvent l'occasion pour le sujet en détresse de déposer une parole inédite, d'inaugurer à nouveau le fonctionnement du symbolique, de réinstaurer le rapport à l'autre, en lieu et place d'un acte réel qui a justifié le recours aux urgences. Cette parole est celle du sujet et, nous semble-t-il, elle ne se vole pas, même sur une bande sonore : elle est une métonymie de l'identité en reconstruction du sujet qui ne peut être aliénée, à ce moment précis, par le chercheur. Concernant la parole du fou, sans signification, on voit mal l'intérêt de la récupérer pour en faire une analyse de discours, méthodologie dont le principe est de présupposer du sens dans le texte¹⁴⁰.

Mais trêve de justification par élimination : tentons de montrer ce qui, positivement, a été à l'origine de notre choix de l'observation et de la description ethnographique. La rencontre du monde de l'urgence psychiatrique a été tout à la fois fascinante, captivante et éprouvante. Dès nos premières observations, alors que nous étions arrivés sur le terrain armés de protocoles d'enquête et de grilles d'observations soigneusement et patiemment préparés, ainsi que l'indiquent et le recommandent les manuels de méthodologies de l'enquête de terrain¹⁴¹, nous ne fûmes pas en mesure de ramener la réalité que nous découvrons, mouvante, pour une large part infigurable, dans le langage aride de la science expérimentale. D'un coup, nous faisons l'expérience et acquérons la certitude du caractère inadapté, insatisfaisant et réducteur de tout protocole pour entrer en contact avec le terrain et rendre compte de la multidimensionnalité de la psychiatrie d'urgence. Nous pensions trouver des fous, il y en avait peu ; nous pensions être plongés dans une ambiance agitée, le service était calme en apparence ; nous découvrons des situations insoupçonnées, au gré d'une discussion avec des médecins autour de la machine à café, ou dans telle démonstration du théâtre des uniformes par le chef de service (voir *observation 1* du journal) ; nous pensions être un observateur distant et discret et nous voilà amenés à participer à des réunions, à raccompagner des patients à leur brancard, à discuter avec eux, à être fort ému de leur histoire, à peine croyable ou si anodine, qui faisait que leur vie était soudain un problème insoluble, qui exigeait l'urgence de parler, de voir un médecin... Foisonnement des phénomènes et infigurabilité de ceux-ci (tant le réel s'y manifestait), insuffisance des protocoles d'enquêtes¹⁴² qui créent des cases pour y porter un résultat envisagé a priori

¹⁴⁰ Peut-être découvrirait-on, au mieux, les figures de style qui jalonnent le discours du psychotique (métonymies, coq-à-l'âne, etc.) mais qui ont déjà été repérées par Lacan dans la clinique sans qu'il ait eu besoin de la batterie analytique de l'analyse de discours.

¹⁴¹ Nous avons travaillé notamment sur les ouvrages suivants dont on se demande bien comment ils peuvent véritablement proposer des méthodologies opérantes tant ils sont prescriptifs : ARBORIO A.-M. et FOURNIER P. *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*. Nathan, 2003. Coll. « 128 » ; PERETZ, Henri. *Les méthodes en sociologie. L'observation* [2004]. La Découverte, 2007. Coll. « Repères ».

¹⁴² Nous avons en réalité fait l'expérience de ce que Laplantine indique à propos du travail de l'anthropologue : « *Dans la quête ethnographique, au contraire* [de l'enquête sociologique qui a des protocoles rigides], *il y a une part d'errance* », in LAPLANTINE,

et qui jamais n'émerge du terrain ou qui le force, le contraint et le dénature : voilà tout ce qui nous poussait à ne plus envisager qu'une seule solution pour rendre compte du terrain : le raconter, utiliser les ressources et les articulations de la langue, quand elle narre et elle décrit, pour laisser place à une expression de l'expérience subjective, à une part d'ineffable (qui passe entre les signifiants : faculté du langage que le discours académique se refuse parfois à exploiter) mais aussi à une description qui s'appuie sur le temps de la découverte, qui le suit pas à pas, sans intention préalable (hypothétique) de voir quelque chose. C'est ce constat que fait F. Laplantine à propos de l'anthropologue qui « *effectue une expérience née de la rencontre avec l'autre, et [qui] est souvent conduit à rechercher des formes narratives susceptibles d'exprimer et de transmettre le plus exactement possible cette expérience* »¹⁴³.

C'est de cela, préalablement à l'exposé de la méthodologie, qu'il sera question ici : nous présenterons d'abord, en l'esquissant – car le principal est dans le journal ethnographique – ce que fut notre terrain. Nous en dégagerons les aspects fascinants, interpellant, déroutants à partir des sujets qui y passent, y travaillent ou y souffrent. Nous le camperons à partir de son histoire (qui s'inscrit très spécifiquement dans l'histoire de la médecine d'urgence), à partir de son architecture, de la manière dont il s'organise spatialement. Nous soulignerons la nécessité et le désir de raconter le terrain en notant, avec Roland Barthes et François Laplantine, les virtualités, pour la recherche, du plaisir du texte ethnographique, de la possibilité d'un mode de connaissance qui lie expérience subjective, narration et description comme susceptibles de produire des données objectivables, au gré de quelques opérations supplémentaires. Les deux auteurs permettent en effet de faire tenir ensemble au moins deux exigences auxquelles nous sommes attaché : la reconnaissance d'un sujet de la recherche désirant et mettant en œuvre une énonciation propre (comme nous l'avons institué dans les développements épistémologiques de la partie I) qui, dans la rencontre avec le terrain, n'est pas assimilable à un appareil neutre d'enregistrement de la réalité ; la possibilité d'envisager une langue de la recherche qui soit un compromis entre l'académisme (exigence de démonstration) et une langue propre qui possède son style (exigence de communication). C'est de cette tension entre science et littérature, et de leur langue propre, que traite Roland Barthes dans un article¹⁴⁴ que nous lirons pour introduire plus précisément à l'exposé de notre méthodologie. Barthes y montre comment la langue est considérée par la science comme un simple moyen, neutre, au service de l'expression des concepts alors qu'elle pourrait être considérée aussi, à l'instar du statut qu'elle a dans la littérature, comme un matériau au service de l'expressivité des idées¹⁴⁵. Il nous semble que

François. *L'anthropologie*. Seghers, 1987. Coll. « Clefs pour », p. 149. Nous n'avons pas souhaité faire de cette errance un point d'échec de notre enquête, mais plutôt un première donnée nous orientant vers la nécessité de la narration et de la description, seules formes susceptibles de contenir l'inattendu, l'irréductible à la mise en forme scientifique (calquée sur les sciences expérimentales en gage de scientificité) des données de terrain.

¹⁴³ LAPLANTINE, François. *L'anthropologie*. Seghers, 1987. Coll. « Clefs pour », p.173.

¹⁴⁴ « De la science à la littérature ». In BARTHES, Roland. *Essais critiques 4. Le bruissement de la langue*. Seuil, 1984. Pages 13-20.

¹⁴⁵ Ce que nous aurons à discuter est précisément la limite de l'usage de la langue comme matériau qui, trop exploitée comme telle, ne servirait plus à « peindre » la réalité du terrain, mais à la construire de toute pièce, sans référence au réel, comme on construit une réalité dans le roman à partir du travail poétique de la langue. La posture méthodologique que nous souhaitons défendre pourrait faire penser que l'esthétique du journal ethnographique serait assimilable à celle du roman réaliste qui, certes construit à partir de « cahiers d'enquête » (Zola), exige simplement la vraisemblance du texte final. Nous montrerons comment, malgré l'apparence de feuilleton et l'apparition récurrente de certains « personnages » du service, nous avons construit des gardes fous pour permettre à notre texte de faire l'objet d'un usage scientifique.

Barthes, comme Lacan d'ailleurs, savait rendre poétique la langue des concepts dans le sens où le travail du signifiant est, aussi, un moyen de produire de la connaissance dont on sait qu'elle est souvent, dans le champ des sciences sociales, métaphorique ou analogique. Sans avoir le projet de faire de notre journal ethnographique un texte poétique – nous en serions bien incapable, d'ailleurs – nous prendrons acte de cette posture suggérée par Barthes pour nous laisser aller au plaisir de l'écriture et aux possibilités du « bruissement de la langue » dans notre journal ethnographique.

I. Le pavillon N : présentation esquissée de notre terrain

A. L'histoire singulière du pavillon N dans l'histoire de la médecine d'urgence : « *les urgences à la lyonnaise* » comme fer de lance d'une médecine sociale et légale qui articule pleinement le soin au politique.

Avant de rendre compte de la vie actuelle du pavillon N, qui abrite le service des urgences médicales, psychiatriques et médico-légales de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon, notre terrain d'enquête, nous souhaitons broser son histoire à grands traits. Nous estimons en effet que cette histoire éclaire très nettement la réalité actuelle, notamment en ce qui concerne les modalités distinctes d'accueil de la détresse par les médecins somaticiens et les psychiatres. Service d'urgence au départ pensé comme le laboratoire d'une médecine d'un nouveau type, ouverte sur les souffrances de la cité, rassemblant des spécialistes de médecine légale, de médecine somatique et de psychiatrie, le service apparaît aujourd'hui comme plus clivé, pris dans des exigences de rentabilité économique et dans des situations d'engorgement qui le poussent à « trier » les patients en désignant des indésirables qui sont, souvent, les patients de la psychiatrie, en situation de précarité sociale et psychique. En fait, alors que le service a gardé, dans les grandes lignes, sa structuration historique d'accueil de la détresse en promouvant une approche interdisciplinaire et globale de la souffrance, il est rattrapé par les exigences actuelles de l'hôpital libéral du 21^e siècle qui promeut un travail segmenté selon les spécialités médicales. D'une approche globale du sujet souffrant affichée historiquement, le travail du service est aujourd'hui aspiré dans une logique contradictoire qui impose, pour être mieux tarifée, de réduire la pathologie des patients à une cause organique unique, facilement identifiable. Du fait de ce déplacement, la question du travail du sens de la souffrance pour le sujet s'extrait peu à peu des logiques cliniques. Nous y reviendrons car cela constitue un enjeu primordial de la thèse dans laquelle nous cherchons à repérer la pérennité des faits de communication dans l'instauration et la construction de la relation soignante et dans son efficacité thérapeutique.

Il ne s'agit pas dans cette thèse de faire une monographie historique exhaustive du pavillon N. Nous ne ferons part d'éléments d'histoire du service dans l'unique mesure où cela nous semble alimenter les problématiques propres à notre thèse, qui n'est pas une thèse d'histoire. Nous ne maitrisons pas non plus les méthodes d'enquête de l'historien, c'est pourquoi la synthèse historique qui suit n'a pas été réalisée à partir d'un travail sur des archives, mais à partir de sources dites de « seconde main » (ouvrage sur l'histoire de la médecine et de l'hôpital à Lyon notamment). Le seul travail sur des sources de « première main » que nous avons fait est cependant très restreint puisqu'il porte sur l'analyse de discours d'un corpus de 80 articles de presse locale portant sur le pavillon N, sur la période 1991-2009¹⁴⁶. Nous avons, à partir de cette enquête, une idée des représentations

¹⁴⁶ Cette étude de corpus figure en annexe. C'est la reproduction du chapitre d'un ouvrage rédigé par nos soins dont les références sont : THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la

médiatiques des urgences psychiatriques à Lyon et de leur évolution. Ce n'est donc pas un travail proprement historique, mais nous intégrerons cependant quelques résultats dans les développements suivants.

L'intérêt de retracer l'histoire du pavillon N nous a très vite été suggéré par un ensemble d'expériences faites dès les premiers contacts avec le terrain. A partir de ce qui semblait être un détail, l'interdiction de fumer dans l'enceinte de l'hôpital, j'appris¹⁴⁷ qu'un espace symbolique très important du service disparut. Il s'agit de l'endroit où sont aujourd'hui situées les machines à café et qui constituait le « coin fumeur ». Plusieurs interlocuteurs me racontèrent que ce lieu était le théâtre de rencontres très diversifiées entre les patients hospitalisés, les patients en attente de prise en charge, les familles, les médecins. Il avait, comme le notent François Danet¹⁴⁸ dans un article et Corinne Veck¹⁴⁹ sa thèse, une fonction thérapeutique. Un jour que j'en discutais avec le chef de service, celui-ci m'expliqua les méfaits des normes d'hygiène et de sécurité quand elles durent s'appliquer au service d'urgence. La disparition du coin fumeur n'était que le point final d'autres disparitions de lieux originaux comme celui d'un espace, dans la salle d'attente, où une toile était tendue, et remplacée régulièrement, afin que les patients hospitalisés, ou même en attente de prise en charge, puissent s'exprimer par le biais des arts plastiques. J'entendais chez le chef de service une forme de nostalgie de cette ouverture de la médecine à des expériences thérapeutiques alternatives, inédites aux urgences, et aujourd'hui disparues.

J'entendais aussi, dans le vocabulaire des anciens du service, des désignations du pavillon N qui me semblaient venues d'un autre temps, quand celui-ci était appelé « *la porte de N* ». Ce mot, à forte valeur métaphorique, était donc conservé dans le vocabulaire de certains comme l'attachement à un passé du service et comme une forme de résistance aux désignations par acronymes technicistes tels qu'ils sont utilisés dans l'hôpital d'aujourd'hui pour nommer les services ou les outils (UHCD, SMA, SAU, UPATOU, DMU¹⁵⁰, etc.). Cette manière de s'attacher à une réalité passée par la conservation de signifiants me donnait le désir d'une petite investigation historique.

Enfin, je souhaitais comprendre, avec le recul de l'histoire, le dédain de certains internes à devoir faire leur stage au pavillon N, ce qu'on pouvait ressentir à leur manière de nommer le service « *la poubelle* ».

La psychiatrie d'urgence, sous sa forme institutionnelle, est une réalité relativement récente. Ce n'est qu'environ depuis les années 60-70, qui correspondent notamment à l'ouverture de la psychiatrie hors des murs de l'hôpital, que les services d'urgences des hôpitaux généraux se sont dotés de moyens d'accueillir la détresse psychique et psychosociale. La réduction progressive des lits en hôpital psychiatrique et le manque de capacité d'accueil des services ambulatoires consacrés au soin psychique ont engendré, presque mécaniquement, un recours aux urgences des patients qui étaient auparavant hospitalisés au long cours en psychiatrie. Cependant, l'insertion de la psychiatrie dans la

presse locale lyonnaise ». In ROMÉYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), 2010.

¹⁴⁷ Ces quelques lignes seront rédigées à la première personne puisqu'elles se réfèrent directement à l'expérience de terrain, qui est avant tout une expérience subjective, comme nous l'expliquerons plus loin.

¹⁴⁸ DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158.

¹⁴⁹ VECK, Corinne. *L'Organisation groupale spontanée : étude des rôles et des fonctionnements des liens groupaux inter- et intra-subjectifs au sein d'un service d'urgence de l'hôpital général*. Thèse de doctorat : Université Claude Bernard Lyon 1, Juin 2002.

¹⁵⁰ Voir la signification de ces acronymes dans le glossaire du journal d'enquête.

médecine d'urgence a aussi été l'œuvre de médecins qui avaient une conception spécifique et originale de la médecine et de son rapport à la société. Grâce au Professeur Louis Roche et à ses successeurs, l'hôpital Edouard Herriot de Lyon fut le théâtre de la mise en place d'un modèle de l'urgence novateur qui intégra subtilement la psychiatrie et la médecine légale dans l'ensemble des soins dispensés aux urgences.

La psychiatrie d'urgence – le fait de faire de la psychiatrie aux urgences – ne doit pas être confondue avec *l'urgence psychiatrique* qui est la situation d'un sujet en détresse psychique. Ainsi, l'urgence psychiatrique, comme situation du sujet en même temps que comme fait repéré et institutionnalisé par la société, n'est évidemment pas un phénomène nouveau : Michel Foucault a bien montré comment, au cours de l'histoire, notre société possédait des dispositifs spécifiques, de repérage, de mise à l'écart de la folie et de la misère sociale¹⁵¹. Ces dispositifs permettaient de classer les sujets et de déterminer, en fonction des manifestations de leurs comportements, s'ils relevaient de la folie ou non. C'est encore une part du travail des urgences aujourd'hui, mais il y a plus, on le verra, et c'est même ce « plus » qui caractérise proprement la *psychiatrie d'urgence*. On peut donc retrouver, dans l'histoire, des situations comparables à ce que sont les *situations d'urgence psychiatrique* aujourd'hui, alors que la *psychiatrie d'urgence* est une *pratique* propre à notre époque associée, d'une part, à l'institution hospitalière sous sa forme moderne et, d'autre part, à la construction d'une conception nouvelle de l'articulation de la détresse psychique avec la médecine et avec la société, le politique. Notons bien, aussi, qu'on n'a pas attendu la création des services d'urgence pour construire, dans le champ de la médecine, le concept de crise qui s'applique aussi bien au corps qu'au psychisme. Cela marque déjà le fait que l'urgence ne se confond pas avec la crise. Nous allons le comprendre tout au long de cette thèse en observant comment la médecine d'urgence peut traiter de la crise, certes, mais combien elle a très vite occupé, aussi, une fonction de médiation sociale qui nous intéresse au plus haut point. L'élaboration historique des modèles de l'urgence met tout particulièrement ce point en relief puisqu'elle divisa, d'un côté, les partisans de l'urgence hypertechnicisée, centrée sur les lésions du corps mettant en jeu le pronostic vital et, de l'autre, les partisans de l'urgence comme paradigme d'une médecine sociale et communautaire, en prise directe avec les souffrances en rapport avec la société.

La pratique de la médecine d'urgence dite médicale et chirurgicale remonte, quant à elle, à assez loin et a connu des perfectionnements progressifs – en termes de techniques médicales et d'organisation institutionnelle de la prise en charge – au cours d'événements aussi divers que des épidémies, des guerres nécessitant la prise en charge immédiate des blessés, ou encore d'événements extrêmes comme la canicule de l'été 2003 qui ont hâté les mutations du système médical.

On fait traditionnellement remonter la paternité de la médecine d'urgence à un médecin des armées qui officia pendant la révolution française puis dans les campagnes napoléoniennes. Il s'agit de Dominique-Jean Larrey qui mit en place le premier système de soins urgents aux soldats blessés sur le champ de bataille, à partir de 1792. Il proposa de réorganiser le service de santé des armées. Un des éléments principaux de cette réforme fut de créer des « ambulances volantes » capables de ramasser les blessés au champ de bataille pour les amener dans un centre de soin qui puisse respecter la règle de l'amputation dans les « vingt-quatre heures » (il mit au point une méthode rapide d'amputation qui sauva

¹⁵¹ Nous observerons, dans la dernière partie de cette thèse, dans quelle mesure ce que nous avons observé sur la psychiatrie d'urgence et les urgences psychiatriques trouvent une filiation dans les dispositifs du passé décrits par Foucault.

de nombreuses vies et le rendit très apprécié de Napoléon)¹⁵². Initialement, la médecine d'urgence naquit et était pratiquée hors de l'hôpital.

Pour le cas lyonnais, dont Jérôme Emptoz nous parle dans sa thèse de médecine¹⁵³, l'Hôtel-Dieu se dote, au 19^e siècle, d'une sorte de service d'urgence. Le règlement de l'hôpital de 1816 indique qu'un interne de chirurgie est affecté à la tâche de recevoir les personnes accidentées, répertoriées sur un « *registre d'admission par suite d'accident* ». Notons que l'urgence s'institutionnalise dès lors que l'on tient un registre des recours et des prises en charge. En deux cents ans, le registre a été remplacé par le dossier médical informatisé mais il continue à connaître des usages multiples dont celui, sans doute le plus important, d'inscrire et de construire une mémoire du service d'urgence¹⁵⁴ qui répond, de manière contradictoire et dialectique, à la fugacité de l'urgence qui tendrait à ne la faire exister que dans le présent, c'est-à-dire hors du symbolique et de l'histoire. D'ailleurs, l'institutionnalisation et la reconnaissance de la pratique de l'urgence médicale n'est pas encore tout à fait gagnée dans le champ de la médecine universitaire contemporaine. A ce propos, François Danet, dans une perspective historique et de psychosociologie du travail¹⁵⁵, a bien mis en évidence la quête d'identité poursuivie par les médecins urgentistes qui cherchent à faire reconnaître leur pratique comme une spécialité auprès de l'université, au même titre que la cardiologie, la néphrologie, etc. Cependant, reconnaître la médecine d'urgence comme spécialité médicale, ne serait-ce pas lui enlever ce qui fait sa spécificité dans l'histoire de la médecine, c'est-à-dire d'être une médecine avant tout sociale ? L'histoire lyonnaise semble en tous cas nous montrer que le propre de la médecine d'urgence est de se rendre capable d'accueillir la détresse sous toutes ses formes, c'est-à-dire en évitant de spécialiser, d'emblée, le regard clinique sur les sujets souffrants. Si le registre (ou le dossier informatique) a autant d'importance dans les services d'urgence, c'est sans doute parce qu'il construit l'identité d'une pratique professionnelle qui n'est pas en mesure de se construire par les moyens classiques dont disposent les spécialités médicales légitimes (un ensemble de techniques et de concepts, une chaire à la faculté de médecine, qui unifient à la fois le soin et la recherche autour du fonctionnement d'un organe).

A la fin du 19^e siècle, un interne de garde – chirurgien – est affecté dans chacun des quatre hôpitaux lyonnais sur décision des hospices civils de Lyon. A cette époque, il n'est pas question d'urgences, mais de service de « porte » et on s'aperçoit que la prise en charge de la détresse ne concerne que des aspects somatiques. En 1906, à l'Hôtel-Dieu, est créée une « infirmerie de porte » dont J. Emptoz nous indique qu'elle se rapproche de la forme actuelle des services d'urgence chirurgicale avec un espace d'hospitalisation de courte durée et un service chirurgical.

Poursuivons notre approche historique de l'urgence à partir du cas de Lyon, de manière à bien éclairer les spécificités de notre terrain. En 1912, le maire de Lyon envisage la construction d'un grand hôpital sur un grand terrain libre dans l'Est de Lyon dans le quartier dit de Grange-Blanche. Dès la conception de l'hôpital, dont un plan est reproduit ci-après, et qui est celui dans lequel on a mené nos observations, il était prévu un pavillon consacré

¹⁵² Informations recueillies à l'article, en ligne, de *l'Encyclopedia Universalis* sur D.-J. Larrey., rédigé par Jacqueline Brossolet.

¹⁵³ EMPTOZ, Jérôme. *Histoire de la médecine d'urgence dans les hôpitaux de Lyon*. Thèse de doctorat : médecine : Université Claude Bernard Lyon 1, 2003.

¹⁵⁴ Nous renvoyons aux *observations 5 et 8* notamment pour s'en apercevoir. Nous reviendrons évidemment sur la formation et les usages de l'information médicale ultérieurement, car ils constituent des problématiques qui intéressent grandement les S.I.C.

¹⁵⁵ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.

à l'urgence médicale et chirurgicale. Au début du 20^e siècle, alors que la première guerre mondiale n'a pas encore eut lieu, l'urgence devient donc une préoccupation de l'hôpital et des politiques publiques de santé. L'hôpital ouvre en 1933 et c'est dès 1934 que le pavillon A (80 lits) sera consacré à l'accueil de l'urgence, avec des salles d'opérations. Aujourd'hui, le pavillon A garde une fonction d'accueil de l'urgence, avec des salles de soins et de réanimation, mais il est surtout un lieu d'orientation des patients vers les autres services d'urgences : chirurgicales au pavillon G, médicale et psychiatriques au pavillon N, pédiatriques au pavillon S. Autrement dit, la place de la médecine d'urgence, en 70 ans, a progressé dans l'activité de l'hôpital, au moins en termes de répartition spatiale des activités.

De 1934 à 1960, l'accueil d'urgence n'est pas vraiment rationalisé. En 1934, le service est assuré par un seul chirurgien, présent de treize heures à huit heures, avec deux externes. En 1938, un poste d'interne est créé en plus ; en 1958, une aile de plus est construite et adjointe au pavillon pour recevoir dans de meilleures conditions la population qui a recours de plus en plus massivement à l'aide médicale urgente. L'accueil d'urgence s'étoffe sur le plan institutionnel au gré d'une loi en 1941 qui spécifie que tout hôpital de plus de trente lits doit se doter d'un « poste de secours ». Puis, le 5 janvier 1949, une circulaire ordonne la création d'un système de secours d'urgence dans chaque département (avec un numéro d'appel et des moyens de transports d'urgence) et elle fixe l'organisation des services d'urgence en fonction de la taille de l'hôpital et en stipulant la présence de deux secteurs : d'admission (triage) et d'hospitalisation (réanimation et chirurgie). Les services d'urgences sont créés pour recevoir notamment les accidentés de la route. On le voit, la psychiatrie n'y a pas encore sa place ; on sait cependant que le pavillon P, alors consacré à la neurologie, recevait les pathologies psychiques, et notamment des cas aigus (délire, crise d'alcoolisme, agitation)¹⁵⁶. Les patients étaient amenés ici par les familles qui redoutaient une hospitalisation dans l'hôpital psychiatrique proche, le Vinatier, qui pâtissait d'une très mauvaise réputation, comme beaucoup d'hôpitaux de ce type, avant l'ouverture de l'asile et la politique de sectorisation (années 60).

¹⁵⁶ MORNEX, René. *Souvenir de quelques décennies de vie hospitalière. 1923-1983*. Editions Stéphane Bachès, 2002. Ce livre, d'où nous avons tiré ces informations, est particulièrement intéressant car il recense une série de témoignages de soignants ayant travaillé dans les différents hôpitaux lyonnais.



Le plan de l'hôpital E. Herriot, aujourd'hui.

L'accueil d'urgence à Lyon va radicalement changer à partir de 1960. Le Professeur Louis Roche va élaborer un modèle de l'urgence qui va nous permettre de comprendre la naissance de la psychiatrie d'urgence et la spécificité du pavillon N.

Dès 1946, l'hôpital Edouard Herriot va recevoir de plus en plus de recours en urgence au pavillon A. Le service d'urgence a de plus en plus de difficultés à absorber la demande, notamment les urgences dites « médicales », c'est-à-dire non chirurgicales, qui ne sont pas prioritaires et pourtant nombreuses. Des médecins lyonnais intéressés, dont Louis Roche, vont ainsi réfléchir à la création d'un nouveau service d'urgence, séparé du pavillon A et recevant les urgences médicales exclusivement. Il sera créé en 1961 au pavillon B (35 lits) sous la responsabilité de Louis Roche. Notons que dès les années 60, une séparation, au moins topologique, s'instaure entre différents types d'urgence. Le service de Roche va encore se spécifier dans les dix années qui suivent. Le pavillon B ne dispose pas de service d'accueil et les malades transitent encore par le pavillon A : quand l'intervention chirurgicale a été écartée, les patients sont envoyés vers le pavillon B. Devant l'accroissement de l'activité des urgences médicales, le service déménage au pavillon P plus spacieux, en 1964, qui a été libéré par le départ des activités de neurologie et de neuropsychiatrie à l'hôpital neurologique. Le service connaît alors un nouvel intitulé : « service des urgences médicales et de pathologies toxiques ».

Louis Roche développe alors dans ce service un modèle de la prise en charge d'urgence novateur. C'est en se rendant compte de la diversité du profil des patients que Louis Roche propose, avec d'autres, ce qu'il appelle une « doctrine de l'urgence »¹⁵⁷. Son constat est le suivant :

« Si en chirurgie, l'urgence n'a habituellement pas de spécificité, et nécessite seulement des équipes de spécialistes 24h/24, l'urgence médicale, par contre, représente une pathologie inhabituelle dans les services médicaux hospitaliers : la moitié seulement présente une affection urgente ; les problèmes psychiatriques ont une fréquence extrême ; fréquence de problèmes sociaux d'une grande variété qui interfèrent sur l'état pathologique »¹⁵⁸.

Il met alors en place un modèle de l'accueil d'urgence pluridisciplinaire : aux côtés de la médecine somatique et de réanimation traditionnelle aux urgences, d'autres spécialités médicales étaient présentes pour intervenir : psychiatrie et médecine légale notamment (avec le professeur Colin). L'équipe s'étoffait aussi de travailleurs sociaux et de psychologues, dans le but de construire une approche globale de la souffrance et des pathologies des patients¹⁵⁹. Ce type de pratique de la médecine d'urgence a connu un « succès » grandissant et la demande a continué à croître, ce qui a conduit à une nouvelle extension de la structure et à un nouveau déménagement en 1970, définitif cette fois, au pavillon N qui est le lieu où nous avons mené nos observations participantes. D'une capacité de 70 lits, le pavillon sera étendu en 2006 d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), récemment inaugurée, juste avant mon arrivée sur le terrain.

Jusqu'en 1987, le pavillon avait des horaires réduits (il ouvrait à partir de 17 heures et pour la nuit), puis il assura une permanence 24h/24 en se dotant d'un service d'accueil propre qui ne nécessitait plus forcément de passer par le pavillon A.

Mais revenons à la philosophie médicale du service. La spécialité de Roche en médecine légale¹⁶⁰ n'a pas été pour rien dans la conception du soin qu'il était possible d'apporter aux urgences. C'est en fait à partir de la médecine légale que fut intégrée la psychiatrie aux urgences. Alors que la médecine légale est d'abord thanatologique, elle s'occupe aussi de rendre des expertises médicales à la police et à la justice sur des faits de violences ou de viols. Si les victimes de violences étaient reçues aux urgences pour l'expertise traumatologique de leurs atteintes corporelles, elles nécessitaient aussi, pour l'évaluation des conséquences des violences et pour leur prise en charge, une écoute qui était assurées par les psychiatres. C'est ainsi par le biais de la médecine légale que la psychiatrie s'installa aux urgences. Très vite, la psychiatrie, tout en gardant ce rôle d'appoint à la médecine légale, s'autonomisa dans le service et vint à la fois en aide aux autres médecins et reçut une demande spécifique telle que celle que nous avons décrite dans notre journal ethnographique.

Enfin, un autre point d'histoire du pavillon N peut être utile pour comprendre sa vocation. A la fin des années 60, quand Louis Roche ouvrit sa consultation de médecine légale aux urgences, elle était d'abord réservée aux femmes pouvant bénéficier d'avortements dit

¹⁵⁷ ROCHE, Louis. « L'urgence aux hospices civils ». In BOUCHET, Alain (dir.). *La médecine à Lyon des origines à nos jours*.

Hervas, 1987. Pages 379-382.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Pour plus de précisions, voir : DUCLUZEAU, Roland. « L'urgence aux HCL. Il faut améliorer l'aval de l'aval... ». In *TONIC*. 2002, n°100, *Deux siècles au service des malades*. Hospices Civils de Lyon. Pages 9-12.

¹⁶⁰ Notions que l'un des actuels chefs de service est aussi professeur de médecine légale et psychiatre.

« thérapeutiques ». Liliane Daligand, professeur de médecine légale et psychiatre, explique le rôle qu'a joué Roche dans la libéralisation de la loi sur l'avortement :

« [Les] médecins légistes [qui entouraient L.Roche], pour avoir pratiqué sans doute des autopsies de femmes mortes de pratiques abortives illégales, étaient tous convaincus qu'il fallait libéraliser la loi. Le développement de cette consultation spécialisée n'a pas cessé même après 1975, puisqu'il s'est alors agi d'appliquer la loi nouvelle. Elle a permis l'accueil des femmes en détresse. Cette détresse tant discutée n'a jamais été équivoque pour Louis Roche. Elle pouvait avoir une origine psychique, physique ou sociale. Quant aux IVG pour motif thérapeutique, leur indication pouvait être posée aussi bien pour des raisons somatiques, psychiatriques ou psycho-sociales »¹⁶¹.

On saisit bien, ici, comment, à partir de l'exemple de l'avortement, la prise en charge d'urgence tentait de répondre à une prise en compte globale de la personne : la souffrance de son corps, la condition sociale du sujet et les aspects psychiques de la souffrance. Alors que le pavillon N continue aujourd'hui à recevoir des patients présentant des pathologies nécessitant cet abord global de la souffrance, les modalités d'accueil, on le verra, apparaissent clivées, entre les partisans d'un abord strictement somatique de la maladie et les autres chez qui subsiste cette vision du soin instituée lors de la création du pavillon N. Terminons cette brève traversée de l'histoire de notre terrain, en citant Louis Roche :

« L'activité des équipes pluridisciplinaires dépasse très largement le soin, et permet de réfléchir sur la place de la médecine dans la société, le rôle de l'hôpital dans le système de soins, l'activité médicale dans son environnement économique et social »¹⁶².

C'est cette dimension de l'urgence, non strictement médicale, qui a suscité notre intérêt dès les premiers pas que nous avons faits au service des urgences. Elle permet de faire de l'urgence un objet d'étude pour les sciences sociales, en particulier pour les sciences de l'information et de la communication.

B. Esquisse du visage du service et de l'organisation de l'urgence médicale et psychiatrique lors de l'enquête ethnographique.

La présentation de notre terrain au moment de l'enquête ethnographique n'aura ici que la forme d'une esquisse incomplète pour éviter la redondance avec les descriptions consignées dans le journal ethnographique. Ce journal a d'ailleurs la vertu de présenter le terrain, pas à pas, au rythme même où nous l'avons découvert. Ainsi, on a une meilleure appréhension de la réalité de l'urgence, entre ce qu'elle manifeste d'emblée et ce qu'elle laisse découvrir avec le temps, dans ses coulisses, à l'arrière de sa scène principale.

C'est aujourd'hui une expérience assez commune que d'être passé par un service d'urgences à l'hôpital. Cependant, le pavillon N de l'hôpital Edouard nous semble posséder un caractère particulier du fait de son histoire, on l'a dit, mais aussi du fait de son activité actuelle. Il mérite donc qu'on insiste ici sur quelques-unes de ses spécificités qui ont orienté

¹⁶¹ *Témoignage de Liliane Daligand, in MORNEX, René. Souvenir de quelques décennies de vie hospitalière. 1923-1983. Editions Stéphane Bachès, 2002, p.52-53.*

¹⁶² *ROCHE, Louis. « L'urgence aux hospices civils ». In BOUCHET, Alain (dir.). La médecine à Lyon des origines à nos jours. Hervas, 1987. Pages 379-382.*

les hypothèses de notre étude. C'est un service très important : il accueille, toutes les vingt-quatre heures (il est ouvert en permanence), en moyenne une centaine de patients, soit environ 35 000 passages par an. Sur ces 35 000 passages, environ 7 000 patients rencontreront un psychiatre¹⁶³. Il y a donc toujours beaucoup de monde dans le service : les patients et leur famille, certes, mais aussi tous les acteurs du soin (brancardiers, aides-soignants, infirmiers, médecins), les personnels administratifs (qui enregistrent l'arrivée de chaque patient, ouvrent les dossiers de prise en charge, etc.), les forces de l'ordre (deux agents de police sont souvent présents de longues heures en attendant l'expertise médicale ou psychiatrique d'une personne en garde à vue), les services de secours (pompiers, Samu, ambulances, etc.).

Aussi, s'il faut brosser une description du service à grands traits, nous dirons d'abord que le plus frappant est son ambiance, son atmosphère. Cette ambiance suscite d'emblée le questionnement et le désir de recherche car elle est assimilable aux représentations traditionnelles de l'hôpital tout en y échappant pourtant. Ainsi, entrer la première fois au pavillon N, c'est entrer dans un théâtre où l'on imagine fort la pièce qui sera jouée, grâce au décor, mais où l'on est surpris par ce qui s'y joue dans les faits, comme autant de coups de théâtre¹⁶⁴. Salle d'attente bondée, brancards sur lesquels reposent des patients pâlots et perfusés, sonnerie incessante du téléphone, rythme aigu d'un appareil mesurant le rythme cardiaque, machine à café si fréquemment sollicitée qu'elle n'arrête pas de mouliner avec un vacarme sourd un café de basse qualité, carrelage au sol, murs clairs, portes battantes ou coulissant automatiquement qui s'ouvrent au rythme du transfert des patients dans les salles d'examen, infirmière d'accueil revêchée : nous sommes bien dans un service d'urgence. Bizarrement, on ne retrouve pas ici l'odeur, assez caractéristique, de détergent et de désinfectant qui embaume habituellement les services hospitaliers. Mais alors que l'on s'attend au spectacle de prouesses médicales, à la précision du geste salvateur au cœur de la précipitation, coup de théâtre : on assiste à un ballet silencieux (un peu bruyant en fait, comme une sorte de brouhaha léger, mais où il est rare qu'un son dépasse un autre, ce qui donne l'impression d'un vague silence). Le passage est incessant, les costumes se croisent, chacun semble affairé à l'accomplissement d'une tâche précise : le regard d'un médecin cherche un patient sans se laisser accrocher par celui, discrètement suppliant, d'un autre patient qui se demande quand ce sera son « tour ». Le médecin arrive enfin auprès d'un brancard, dans l'espace d'accueil, dans le couloir de la zone de soin ou dans une salle d'examen (un « box », comme on les appelle au pavillon N), et intime au patient de lui chuchoter la petite ou grande tragédie qui l'amène ici. Parfois, un cri agite durant quelques minutes le service (un besoin pressant – contenu jusqu'à la dernière seconde et, du coup, exprimé de manière véhémement – de fumer ou d'uriner ; les bribes du délire d'un psychotique ou encore un patient violent qui se fait contenir en résistant et à qui l'on donnera un calmant). Dans l'expérience de cette ambiance, d'emblée, se dégagent quelques traits caractéristiques de l'urgence que nous travaillons dans cette thèse : sa dimension théâtrale mais aussi, de manière plus étonnante, son aspect banal ou non-exceptionnel qui vient rappeler qu'aux urgences est avant tout reçue une souffrance qui peut apparaître ordinaire par le peu de moyens techniques mis en œuvre pour son accueil mais qui prend, pour chaque patient, la valeur d'une petite tragédie qui a suscité le recours

¹⁶³ Voir la p.19 du journal pour comprendre les modalités de rencontre avec un psychiatre dans le service. Le psychiatre intervient, dans la majorité des cas, après un examen somatique.

¹⁶⁴ Nous consacrerons un chapitre aux aspects théâtraux de l'urgence psychiatrique que nous comparerons à une scène de tragédie antique (III, 3).

à un autre, le besoin d'une rencontre (les chuchotis au chevet du brancard), l'établissement d'une relation thérapeutique là où d'autres institutions ou le collectif n'ont pu porter secours.

Après l'expérience première et fondamentale de l'ambiance du pavillon N, on découvre qu'il s'agit d'un espace qui a la propriété, encore une fois étonnante, d'être rigoureusement organisé (chaque activité a une place prévue) et, en même temps, très désorganisé, voire chaotique, dans les phénomènes d'occupation et de parcours.

On trouvera ci-dessous un plan très schématique qui représente, de manière non-exhaustive, différents espaces du pavillon N et quelques-unes des activités qui leur sont associées. Il est suffisant pour éclairer les références topographiques faites dans le journal ethnographique.

Sur le plan de l'organisation administrative de l'espace, le pavillon N est très bien organisé. Les zones d'attente, de soins, de consultation, de réunion, les bureaux administratifs, l'infirmerie, etc., sont séparées distinctement : chaque activité a sa place. Le service s'organise selon plusieurs logiques qui se traduisent dans l'architecture.

Premier moment logique fondamental de l'urgence : l'accueil et la rencontre. Ils se font au rez-de-chaussée, tout de suite après être entré (les portes sont représentées sur le plan par des doubles flèches rectilignes) dans le pavillon. On trouve : une salle d'attente (répartie en deux espaces) ; une borne d'accueil (avec l'infirmier d'accueil et d'orientation et le personnel administratif qui ouvre les dossiers des patients, les inscrit sur une base de données et les dote d'un numéro – code barres – qui figure sur un bracelet au poignet du patient) ; un box pour recevoir, isoler, voire contenir les patients agités ; une machine à café (très fréquentée par les patients, leurs familles et les soignants : c'est un lieu de rencontre et de dialogue informel) ; un espace qui reçoit les brancards pour les patients qui ne peuvent attendre assis.

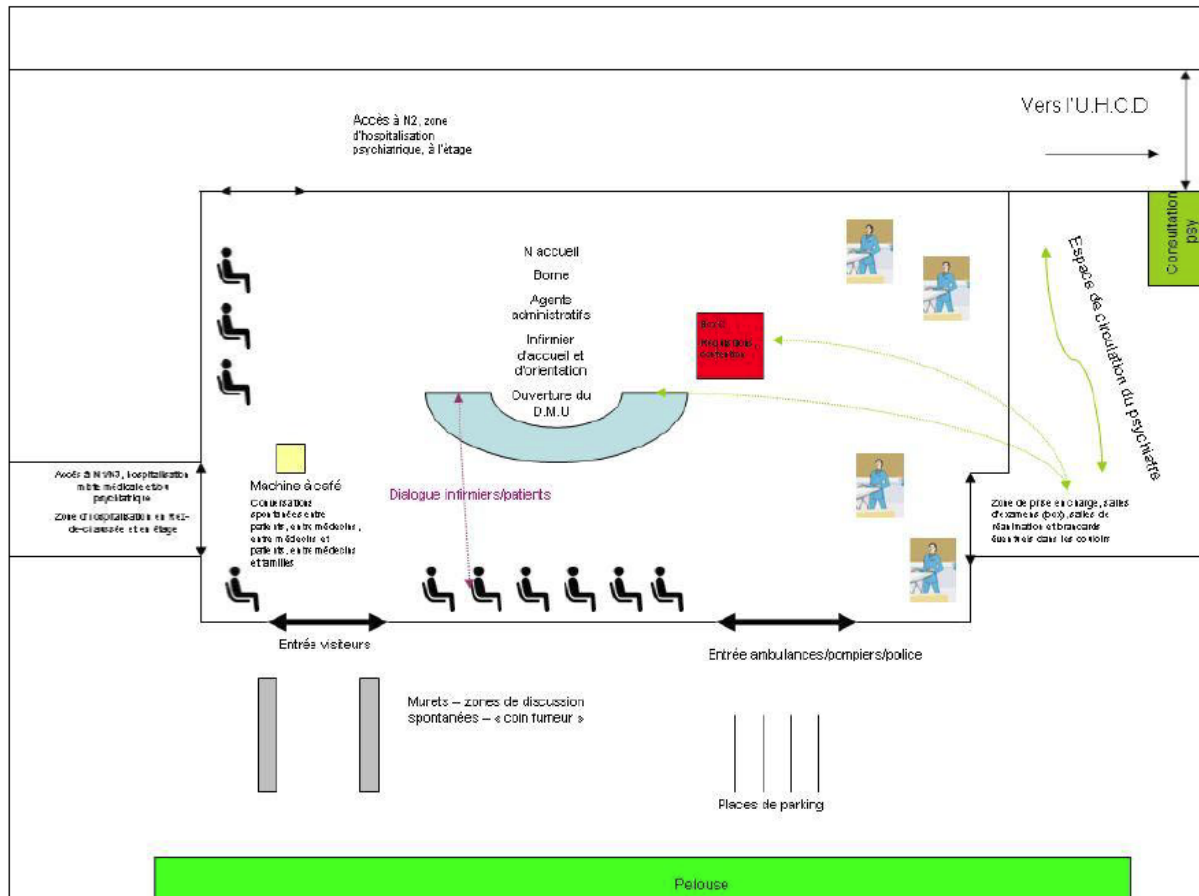
Deuxième temps : la consultation, les examens et l'hospitalisation de plus ou moins courte durée. Les zones d'examen se situent dans l'aile droite attenante à la zone d'accueil (« N accueil »). D'assez longs couloirs desservent une succession de portes qui débouchent sur des chambres (appelés box) contenant deux lits, d'un confort assez spartiate puisque les patients ne sont pas amenés à y séjourner plus de 24 heures. Le prolongement d'un couloir accueille une zone de réanimation (zone A), les zones B et C occupent le reste des couloirs où sont hébergés, indifféremment, les patients souffrant de pathologies médicales et psychiatriques¹⁶⁵. Cette aile a été prolongée, en 2006, par une unité d'hospitalisation de courte durée ayant une fonction équivalente mais offrant un plus grand confort et permettant des séjours un peu plus longs (48 heures). Dans l'aile gauche, toujours au rez-de-chaussée, est installé le service N1. A l'étage au-dessus est le service N3. Ce sont des services d'hospitalisation mixte, de durée limitée, accueillant pathologies somatiques et psychiatriques. Au-dessus de la zone d'examen, dans l'aile droite, est installé le service N2, service d'hospitalisation de psychiatrie. Au deuxième étage, sont distribués les bureaux des médecins, les salles de réunions et quelques cabinets de consultation (psychologie, psychiatrie, médecine légale) qui ne relèvent pas de l'urgence mais ont à voir avec les activités du service.

Notons qu'un système informatique rend accessible depuis tous les endroits du pavillon, en temps réel, le dossier médical des patients présents dans le service. Ainsi, à part au moment des relèves et de manière informelle dans les bureaux, les différents soignants se parlent peu et se transmettent les dossiers et communiquent par voie électronique.

¹⁶⁵ Le « box 13 », chambre d'isolement, est souvent réservé aux patients de la psychiatrie (éthylotiques ou psychotiques agités).

Ce box est placé juste en face du bureau du psychiatre. Nous en faisons un commentaire dans le journal.

Cela explique le ballet aveugle des infirmiers, médecins et psychiatres à la recherche de leurs patients que l'ordinateur, en quelque sorte, indique d'aller rencontrer. Les psychiatres cherchent ainsi sur l'interface informatique les noms des patients à côté desquels figurent une demande « d'avis psychiatrique ». Ils lisent alors les commentaires de leurs collègues infirmiers et médecins à propos du patient avant d'aller à sa rencontre. La technologie de l'information et de la communication utilisée assure la transmission des informations entre espaces cloisonnés consacrés à un type d'activité particulier. On voit là, à l'œuvre, tout l'effort de rationalisation des tâches propre à l'hôpital contemporain.



A cette rationalisation des espaces de travail, d'accueil et de prise en charge, huilés et connectés par l'outil informatique, répond une forme de chaos qui fait toute la spécificité de l'urgence, et peut-être même une de ses dimensions thérapeutiques, concernant la prise en charge de la souffrance psychique ou psychosociale.

En fait, il nous semble que l'urgence hospitalière d'aujourd'hui, particulièrement au pavillon N, est habitée par une tension dialectique entre rationalisation de l'organisation et chaos. L'un répond à l'autre. D'un côté, les efforts de rationalisation de la prise en charge répondent aux difficultés de la prise en compte des aléas de l'urgence (affluence non maîtrisable, degré de gravité des pathologies et mobilisation de moyens techniques – matériel de réanimation – et humains – présence de médecins spécialistes –, durée de séjour, etc.). De l'autre côté, les patients présentent des pathologies qui évoluent (intégration de difficultés sociales et psychiques aux problèmes somatiques par exemple) et qui surprennent les prévisions et procédures d'accueil rationalisées des administrateurs. Les patients des urgences, nous le montrerons, sont en effet typiquement ceux qui ne

suivent pas les sentiers battus et balisés du recours à la médecine. L'urgence se présente souvent comme un dernier recours pour des sujets qui ne trouvent pas de réponses à une souffrance multidimensionnelle, globale. En termes lacaniens, on pourrait dire que les patients des urgences sont confrontés à un *réel* qui met à mal et déséquilibre l'organisation rationalisée, *symbolique* de l'institution hospitalière. Ainsi les personnes âgées présentant des polypathologies (maladies respiratoires et démence sénile) qui posent le problème de l'orientation vers d'autres services qui désirent une personne avec une seule pathologie. Ainsi des patients « suicidant » en situation de précarité qui nécessiteraient une hospitalisation en clinique pour éviter l'hôpital psychiatrique mais qui n'en ont pas les moyens. Ainsi cette patiente, Madame J., handicapée, précaire, en difficulté psychique, qui vit presque aux urgences en y occupant régulièrement un lit, pendant plusieurs semaines, faute de trouver ailleurs une institution qui veuille bien l'accueillir (voir *fragment clinique 1*). Quand de tels cas s'accumulent, le service s'engorge, les box sont pleins et les brancards envahissent peu à peu les couloirs de la zone d'examen puis ceux de la zone d'accueil. Les temps d'examen rétrécissent pour que les médecins voient les patients le plus brièvement possible et parviennent à « ventiler » le service, c'est-à-dire à rétablir la mécanique de l'accueil et de l'orientation. La circulation dans le service se densifie, devient encore moins lisible. La séparation des espaces n'est plus aussi nette : les entretiens de psychiatrie se font tantôt dans les box, à côté d'un autre patient, tantôt dans le local des infirmières pour trouver un peu de calme et donner de l'importance à la parole mais, par intermittence, la porte s'ouvre et on entend un « oups, pardon ! » sans même voir le visage de la personne qui tentait d'entrer. Le service d'urgence prend quelque peu l'aspect de « cour des miracles »¹⁶⁶ que nous avons tenté de décrire à plusieurs reprises (*observations 10, 18, 19* notamment).

Pour terminer sur cette esquisse de présentation du pavillon N, nous ferons trois remarques.

La première concerne l'ambivalence entre chaos et organisation. *L'observation 18* montre qu'elle est, en quelque sorte essentielle aux urgences, notamment pour la psychiatrie. C'est ce que dit une psychiatre avec qui nous avons travaillé : « *il faut laisser un peu de flou pour pouvoir s'identifier à l'institution* », dit-elle, « *car un service d'urgence doit conserver son caractère paradoxal d'être à la fois cadre contenant et lieu chaotique de projection* ». En fait, on peut faire l'hypothèse, qu'on éprouvera plus loin, selon laquelle si l'urgence psychiatrique est un lieu de (re)médiation entre singulier et collectif, entre psychisme et politique, elle met cela en scène dans l'espace même où elle prend place : l'urgence se manifeste et trouve une solution dans un espace de dialectisation de l'ordre avec le chaos, de la civilisation avec la pulsion comme dirait Freud, de la réponse soignante avec la singularité irréductible du symptôme.

La seconde remarque concerne l'importance de la question de l'espace dans l'urgence. Bien que le terme d'urgence évoque le fait qu'on ne puisse plus attendre, qu'un secours immédiat soit apporté et qu'une décision soit prise pour tel sujet (opération chirurgicale, hospitalisation en psychiatrie, etc.), la présence sur le terrain nous a fait prendre conscience de l'importance de la question de l'espace. Si les médecins sont pressés de « ventiler » le service, les patients acceptent d'attendre des heures et sont patients ! En ce qui concerne spécifiquement la psychiatrie, les patients sont dans *l'urgence de la rencontre* (qui s'exprime sous la modalité du « il faut que je voie quelqu'un pour avoir une explication à ce qui m'arrive » - c'est une demande de sens et un désir de lien qui acceptent un délai dès lors

¹⁶⁶ Nous discuterons, dans la dernière partie de cette thèse, de la relative pertinence d'avoir mobilisé cette analogie dans nos descriptions. Cette figure se retrouve aussi dans les descriptions du pavillon N par la presse locale (voir notre étude de corpus en annexe)

que le patient est accueilli dans l'enceinte de l'hôpital – plutôt que sous celle du « il faut aller vite » qui concerne davantage le corps médical, qui éprouve parfois la sensation d'être noyé par l'affluence des patients). Nous montrerons ainsi comment notre thèse, prenant acte des dimensions d'organisation, de chaos, de parcours, d'attente, de communication, de rencontre de l'urgence, construit une approche topologique de l'urgence psychiatrique. Cette approche topologique permet de mettre l'accent sur la dimension de sens et de médiation de l'urgence en révisant l'opinion courante qui associe l'urgence à l'agir. Bien sûr, le réel de l'urgence existe (passage à l'acte du patient, décision médico-légales, contention, etc.) et nous y consacrerons un chapitre. Mais nous tenons à montrer que l'urgence se sont des *situations* (de détresse et de prise en charge, d'accueil) et qu'en cela elle est une dialectique entre temps et espace où la dimension spatiale est d'une importance capitale car c'est par elle que s'introduit à nouveau la dimension symbolique du temps suspendue dans la crise. C'est par la rencontre d'un autre que le temps singulier se réinscrit dans le temps long.

La troisième remarque concerne l'évolution historique du pavillon N sur laquelle on doit s'interroger pour formuler des hypothèses de recherche. Cette esquisse de description du pavillon N, nous plongeant dans son atmosphère et son espace, montre combien le service d'urgence, au moins dans sa patientèle (qui ne connaît pas nécessairement d'urgence dite « vitale » où la mort brandit sa faux) et l'organisation globale des soins (pluridisciplinarité), garde son esprit historique. Notre thèse consistera notamment à montrer dans quelle mesure cette philosophie du soin, s'adressant à un sujet global (qui a un corps, un psychisme et une existence sociale) est ébréchée au gré des nouvelles logiques hospitalières.

II. Du désir et de la nécessité de raconter le terrain à l'exigence de faire science : présentation des enjeux et des difficultés méthodologiques

A. L'esthétique du journal ethnographique est-elle soluble dans le discours et la démarche scientifiques ?

Jusqu'ici, nous avons tenté de montrer comment l'expérience du terrain nous a incité à employer une méthodologie qui puisse nous permettre de le *raconter* et de le *décrire*. Il nous a en effet vite semblé que la nature même de l'urgence psychiatrique n'était pas appréhendable dans des protocoles d'enquête. La brève présentation du terrain dans les lignes précédentes suggère que l'urgence psychiatrique se saisit à travers des formulations dialectiques. Rien n'est univoque dans l'urgence psychiatrique tout simplement parce qu'elle met en scène des singularités en prise avec le collectif de manière problématique et que ces deux instances s'articulent, au cas par cas, pour chaque sujet, en fonction de la nature de la rencontre avec un psychiatre. L'urgence psychiatrique est aussi faite d'histoires de vie qui demandent à être racontées dans toute leur singularité. Elles ne doivent donc pas passer, dans un premier temps, dans le tamis de la généralisation scientifique, trop abrasive, qui est souvent déjà présente dans la construction des protocoles d'enquête, des questionnaires, des grilles d'observation, des grilles d'entretien. Les urgences psychiatriques sont faites d'indicible, d'infigurable. Pour toutes ces raisons, seules la narration, la description et l'énonciation à la première personne du singulier nous ont paru à même de rendre compte de l'urgence psychiatrique. Nous avons privilégié, pour la rédaction du journal ethnographique, le modèle de la langue littéraire plutôt que celui de la langue scientifique. Nous avons fait

le choix de l'esthétique du journal ethnographique plutôt que celui de l'aridité de langue scientifique. En cela, sur le plan de l'énonciation, la description ethnographique et la description scientifique n'ont pas le même statut. La première rend présent le sujet de l'énonciation, la seconde tend à l'effacer.

Quand nous parlons d'esthétique, nous ne disons pas que ce que nous avons écrit dans notre journal est « beau ». Ce serait bien prétentieux et cela nous entraînerait dans une réflexion épineuse sur les critères du beau... Nous parlons d'esthétique du journal en ce que celui-ci s'exprime dans une langue qui ne cherche pas à révoquer la dimension de connotation, de polysémie, d'équivoque, d'analogie et de métaphore du langage. L'agencement des mots de la langue à la mode littéraire permet que s'y loge l'inexprimable ou le difficilement représentable que nous évoquions plus haut : la dialectique, l'idée du réel de l'urgence, les histoires singulières, les sensations et sentiments du chercheur dans son expérience du terrain, etc. Mais alors, cette nécessité impérieuse de raconter que nous exigeons à nous-mêmes pour ne pas trop « trahir » le terrain est-elle vraiment une démarche scientifique ? Comment le journal ethnographique, rédigé librement, sans la pesanteur de la langue de la science ni de ses protocoles, est-il susceptible d'être utilisé par la science ? Nous traiterons, plus bas, du statut du journal dans la thèse.

Pour l'heure, on peut déjà se référer à ce que nous dit Roland Barthes sur le rapport entre science et littérature. Dans le *Bruissement de la langue*, Barthes fait un plaidoyer en deux temps pour l'introduction de la logique de la langue littéraire dans les sciences humaines et sociales.

Le premier temps consiste à dire que les scientifiques sont prisonniers d'un imaginaire du langage qui consiste à croire que le langage n'est qu'un instrument neutre au service de la pensée. Une telle idéologie consiste à penser que : « *il y a d'un côté et d'abord les contenus du message scientifique, qui sont tout, d'un autre côté et ensuite la forme verbale chargée d'exprimer les contenus, qui n'est rien* »¹⁶⁷. Roland Barthes raille alors les procédés inscrits dans la langue de la science qui illustrent cette croyance quand la forme impersonnelle est employée dans les écrits scientifiques pour accomplir un souci d'objectivité. Mais, nous rappelle Barthes, la tournure impersonnelle, astuce grammaticale, ne fait pas disparaître l'énonciation propre de chaque chercheur qui, dans tout écrit, fait revenir la subjectivité. Convaincu par cette remarque de Barthes, nous avons choisi de rédiger notre journal à la première personne en assumant pleinement notre énonciation quitte à essayer de l'objectiver, comme nous le verrons ensuite, avec les moyens proposés par G. Devereux. A côté des illusions de la science sur la question du langage, Barthes met en avant la nature du « *mot littéraire [qui] est profond comme un espace* »¹⁶⁸. Dans la littérature, contrairement à la science, le langage a un autre statut : il n'est plus illusoire outil neutre au service de l'expression transparente de la pensée, mais il est matériau. Travailler sur l'agencement des mots, avec les possibilités stylistiques du langage (utilisées de manière parfois insue par le sujet écrivain), c'est faire naître des représentations originales qui peuvent être des formulations scientifiques heuristiques et, surtout, renouvelées. Pour ce qui nous concerne, ce mode d'écrire laisse de quoi loger les infinis détails du terrain.

Dans un deuxième temps de sa réflexion, Barthes milite pour un renouveau de la parole scientifique vers une utilisation du langage à partir de sa nature propre, c'est-à-dire de signifier sans clôture, sans enfermer la réalité sociale dans une conception univoque. Le doute est ainsi maintenu dans la démarche scientifique qui se défend, du même coup, de

¹⁶⁷ « De la science à la littérature ». In BARTHES, Roland. *Essais critiques 4. Le bruissement de la langue*. Seuil, 1984, p.14

¹⁶⁸ Ibid., p.16

tomber dans l'idéologie. Cela indique que si la science est faite d'énoncés, elle est aussi constituée d'un usage de l'énonciation seul à même de décaler les énoncés qui précèdent et de donner du sens à ces décalages. Barthes souhaite ainsi « *ouvrir à la recherche l'espace complet du langage, avec ses subversions logiques, le brassage des codes, avec ses glissements, ses dialogues, ses parodies* »¹⁶⁹.

Enfin, dans cet article, Barthes conclut sur une virtualité de l'expression littéraire qu'il reprend à Baudelaire commentant Poe, qui affirme que la littérature est « *le seul élément où puissent respirer certains être déclassés* »¹⁷⁰. C'est tout le but de notre journal ethnographique que de produire une énonciation capable de décrire la population qui fréquente les urgences psychiatriques : une population précaire dont le corps est abimée et qui connaît des difficultés psychiques : les « déclassés » de notre société.

François Laplantine a lui aussi étudié les rapports entre la littérature et les sciences humaines, précisément dans le cas de l'ethnologie. Dans *L'Anthropologie*¹⁷¹, Laplantine montre qu'il est possible de faire des analogies entre l'exercice du roman et celui du récit ethnographique. Il s'agit bien d'analogies, ce qui signifie qu'il ne s'agit pas de productions identiques. Les ressemblances notées par Laplantine sont là pour dévoiler la spécificité de la démarche ethnographique qui est scientifique, mais qui défend une vision de la science et de la production de la connaissance que nous avons adoptée pour cette thèse. Ainsi, son propos est un peu différent de celui de Barthes puisque l'anthropologue ne cherche pas à transformer absolument le discours de la science en discours littéraire.

Le modèle du roman, nous dit Laplantine, nous protège d'une science trop spéculative et techniciste qui n'aurait sa référence que dans la science elle-même et aurait le tort, en quelque sorte, d'oublier la réalité sociale : « *l'ethnologie et le roman (...) visent précisément (par des voix très différentes) à explorer d'une manière non spéculative cet être de l'homme oublié par la tendance de plus en plus hypertechnicienne et non réflexive de la science* »¹⁷². Traduisons pour le cas précis de notre recherche : l'énonciation de type littéraire qui se retrouve dans la démarche ethnographique a une faculté toute particulière pour rendre compte des faits psychiques qui, par leur singularité, ne peuvent se réduire, d'emblée, à des lois générales (de type énoncés sociologiques, par exemple). C'est toute la logique de la vignette clinique dans les sciences du psychisme (plus particulièrement la psychanalyse) qui doit d'abord *raconter le cas*, dans ce qu'il a d'irréductible à un autre, avant de le *situer* (sans le figer) dans les lois – des interprétations – plus générales.

Ensuite, Laplantine, qui s'appuie sur la logique proustienne du roman, montre que la démarche ethnologique peut prendre modèle sur l'énonciation littéraire pour se rendre attentive aux détails qui sont constitutifs de la vie sociale et psychique : « *La littérature (et notamment la littérature romanesque) développe un intérêt tout particulier pour le détail, et pour le détail du détail, pour les « événements minuscules » et les « petits faits » dont parle Proust. Or cette préoccupation pour le microscopique rejoint la démarche qui est celle de l'ethnologie* »¹⁷³. On verra que dans notre journal ethnographique nous avons donné une place à ces détails, en relevant, par exemple, des lapsus ou en relatant une discussion informelle et fugace avec un médecin qui ne nous n'avons vu qu'une fois. Il s'est

¹⁶⁹ Ibid., p.19

¹⁷⁰ Ibid., p.19

¹⁷¹ LAPLANTINE, François. *L'anthropologie*. Seghers, 1987. Coll. « Clefs pour ».

¹⁷² LAPLANTINE, *L'anthropologie*, p.178

¹⁷³ Ibid., p.178

agi, aussi, de faire une place à l'anodin et l'ordinaire comme deux caractères spécifiques de l'urgence¹⁷⁴. C'est l'attention au détail, aux petits faits non spectaculaires, qui nous a donné la possibilité de mettre en relief cet aspect de l'urgence qui est contradictoire aux représentations classiques qu'on s'en fait.

On s'aperçoit ici de la façon dont Barthes et Laplantine se complètent sur la contribution de la littérature à la méthodologie des sciences sociales : le premier invite au *travail de la langue*, le second invite à *l'adoption du regard littéraire*.

Cependant, si ces éléments sont importants pour construire une démarche d'investissement du terrain qui évite les pièges des illusions scientifiques (imaginaire sur le langage pour Barthes, croyance en la possibilité de trouver immédiatement des lois générales dans la réalité pour Laplantine) on n'a toujours pas de réponse quant à la manière d'intégrer le récit ethnographique à l'écrit scientifique final c'est-à-dire, pour nous, au texte de la thèse.

C'est ce que nous allons commencer à observer maintenant. Laplantine nous conseille déjà sur ce point en nous disant que la démarche ethnographique construit un regard, un point de vue sur la réalité sociale. La démarche scientifique consistera à « *poser le problème des limites que l'on doit assigner au regard* »¹⁷⁵ pour qu'il puisse à la fois se généraliser dans des interprétations et des résultats tout en ne reniant pas ce qui a fondé l'adoption de la méthode, c'est-à-dire la volonté de forger un point de vue jamais absolu, comme l'est la réalité sociale et psychique où s'inscrit le manque. Pour Laplantine cette démarche revêt un caractère politique car en étant « *délibérément perspectiviste* »¹⁷⁶, elle s'affirme « *résolument antitotalitaire* »¹⁷⁷.

B. Fonction et usage du journal ethnographique dans la thèse

Notre journal ethnographique aura, dans l'espace général de la thèse, plusieurs usages. De ces manières de l'utiliser, on pourra peut-être déduire sa fonction épistémologique plus globale. Il va s'agir d'envisager les écueils et les avantages relatifs à la mise en rapport entre le texte du journal et l'écrit de la thèse. La démarche scientifique réside plus dans la réflexion autour de cette tension dialectique que dans les considérations sur la valeur objective – tellement illusoire ! – du texte du journal ethnographique dès lors qu'il est un récit rédigé à la première personne dans une langue qui prend des libertés avec le jargon scientifique.

A propos des multiples usages de notre journal dans la thèse, il y en a un qu'il ne connaît pas et que nous souhaitons tout de suite (r)évoquer. Faire de l'ethnographie et ensuite rédiger son expérience ne revient pas à employer une méthodologie qui s'apparenterait à celles des sciences expérimentales. Si on parle certes d'*expérience* ethnographique, elle ne s'apparente en rien à l'expérience telle qu'elle peut être définie dans les sciences de laboratoire. Dans le premier cas, il s'agit d'une *expérience subjective* où les seuls outils d'appréhension de la réalité pour le chercheur sont ses cinq sens et sa parole. Les situations

¹⁷⁴ Grâce à cette découverte nous avons alors pu nous porter vers des lectures non envisagées au début de la thèse, comme l'ouvrage de Guillaume Le Blanc, *Les maladies de l'homme normal*, qui traite, dans une perspective philosophique et psychanalytique, des souffrances « ordinaires » qui sont le lot massif des urgences psychiatriques. Ainsi, par l'attention première au détail, des allers-retours plus précis et rigoureux arrivent à s'établir entre terrain et conceptualisation, sans que la théorie ne préforme trop le regard porté sur la réalité sociale observée.

¹⁷⁵ Ibid., p.180

¹⁷⁶ Ibid.

¹⁷⁷ Ibid.

qu'il observe, il ne les suppose pas reproductibles artificiellement : elles émergent dans un contexte particulier, complexe, non reproductible en laboratoire. Elles sont le fait de sujets humains dont les comportements se dessinent selon une diversité de facteurs (rapport conjoncturel à l'autre, manifestations de l'inconscient, activation d'un habitus, etc., selon les perspectives théoriques). Ces facteurs s'inscrivent dans une combinatoire complexe et mouvante qui rend le comportement humain non prédictif¹⁷⁸. Dans le deuxième cas, celui des sciences de laboratoire, l'expérience renvoie à la validation d'une hypothèse par la reproduction artificielle d'un phénomène sur lequel elle porte. Le phénomène est observé via un appareillage sophistiqué qui essaie d'exclure au maximum la subjectivité du chercheur dont on considère qu'il est « trompé » par les informations communiquées par ses sens s'ils ne sont pas suppléés par une médiation technique. En somme, l'expérience ethnographique, et plus largement l'expérience dans les sciences humaines et sociales, si tant est qu'elles ne laissent pas trop de place aux analyses quantitatives, automatiques et statistiques, est fondamentalement une expérience du *risque*. La prévisibilité recherchée de façon obsessionnelle dans les expériences de laboratoires de sciences exactes ou naturelles s'oppose au risque inhérent à l'expérience en SHS en tant qu'elle expose toujours le chercheur à l'altérité et à la différence. Pas de recherche en sciences sociales qui n'observe de récurrence qu'en rapport à des différences, à des écarts qui ne peuvent s'éprouver que dans la rencontre risqué d'un autre étrange. Ceci est particulièrement vrai dans le champ de la psychiatrie d'urgence où chaque rencontre, chaque histoire de tel ou tel sujet, est une confrontation à l'altérité, à l'énigme de l'autre qui interpelle, en retour, la subjectivité du chercheur. Cette expérience subjective du risque, de la distance à l'autre et la nécessité d'en rendre compte est proprement ce qui constitue l'expérience scientifique des sciences humaines et sociales.

Ainsi, le journal ethnographique ne sera jamais rédigé ni utilisé dans la thèse sous le mode de la démonstration. Nous nous contenterons de dire que notre journal *montre* des phénomènes plus qu'il ne les *démontre*. Les récits consignés dans le journal feront foi d'une expérience, d'un regard sur une réalité, mais pas d'une vérité. Nous verrons, plus loin, comment tenter de tirer de l'expérience ethnographique, éminemment subjective, des données *pour* la science. Au fond, la science n'est pas déjà dans le journal ; elle est dans la manipulation, par la théorie et le concept, de ce qui est donné dans le journal comme matériel non neutre. C'est donc à titre de « corpus », comme on dit dans les sciences de l'information et de la communication pour désigner les objets textuels sur lesquels on travaille, que notre journal sera d'abord utilisé.

Cependant, il s'agit d'un corpus sur lequel on ne fera pas d'analyse de discours¹⁷⁹ car il s'agit de notre propre discours. Les extraits du journal seront donc, d'abord, intégrés au corps de la thèse à titre d'illustrations. Ensuite, sans être utilisés à titre de démonstrations, ces extraits serviront à éprouver des hypothèses avec l'idée qu'un fragment du journal qui correspond à une hypothèse n'est pas un argument suffisant pour sa validation mais qu'un fragment qui ne vérifie pas une hypothèse rend caduque cette hypothèse ou incite à sa reformulation. Ainsi, le journal joue un rôle d'*aiguilleur* du travail conceptuel en se préservant de faire force de loi.

¹⁷⁸ Peut-être cette phrase a-t-elle aujourd'hui une dimension politique puisqu'elle s'institue contre les sciences sociales et psychologiques qui essaient de travailler sur les comportements humains en les reproduisant en laboratoire (comportementalisme, par exemple). On craint là le retour des théories pavloviennes dans le champ de l'analyse du social et du sujet humain. La démarche ethnographique se positionne résolument contre cela en montrant que l'expérience du social est avant tout une expérience *de soi*, *de l'autre*, mais en tous cas pas *sur l'autre*.

¹⁷⁹ Sauf quand le discours des patients et des soignants y est retranscrit à la lettre.

Enfin, selon nous, le journal ethnographique appelle à la réalité (voire au réel) de la connaissance en train de s'élaborer. Il a, pour nous, cette fonction, déjà évoquée dans les considérations épistémologiques du début de la thèse, de rendre le savoir toujours manquant, jamais clos, en lui donnant une référence dans le réel qui, comme nous le dit Lacan, est toujours un trou dans le savoir, un trou dans le symbolique.

En retournant à la lecture de Laplantine, on peut mieux saisir la fonction épistémologique de l'ethnographie dans la recherche telle que, nous-mêmes, nous la concevons.

Il nous semble comprendre, chez cet auteur, que le véritable texte de la recherche n'est ni dans l'écrit théorique final, ni dans l'écrit ethnographique sur lequel il s'est fondé, mais dans le compromis entre les deux. C'est ainsi que Laplantine indique, dans la démarche ethnographique, de toujours maintenir des tensions dialectiques (entre dedans et dehors, entre unité et pluralité, entre concret et abstrait) à même de faire que le texte de la recherche s'écrive dans les textes-mêmes du chercheur mais aussi dans leurs interstices. En somme, la recherche (la vérité scientifique ?) naît de l'exposé de *la confrontation entre la spéculation écrite* (texte de la thèse) et *l'expérience écrite* (texte du journal). La vérité scientifique s'appréhende à l'issue de ce « conflit »¹⁸⁰ d'écritures. Contrairement à ce qui se produit dans la recherche uniquement spéculative, le journal ethnographique a pour fonction fondamentale non pas de dire la vérité sur la réalité, mais très certainement de dialectiser la recherche avec la réalité et, en deuxième instance, avec le réel (au moins le réel de son expérience de la réalité).

Voyons un peu le détail de ce que Laplantine appelle les « tensions constitutives de la pratique anthropologique »¹⁸¹. La première tension que commente Laplantine est celle entre la « compréhension par le dedans » et la « compréhension par le dehors ». Ce couple ne doit pas se présenter comme une alternative au chercheur mais doit être articulé, mis en tension pour que l'un limite l'autre en quelque sorte. Si le chercheur mène son enquête de terrain en participant aveuglément aux activités de celui-ci, sans distanciation, il risque de produire, dans son journal, une paraphrase du discours ou du témoignage des sujets rencontrés. Il s'agit en plus d'une paraphrase, nous dit Laplantine, qui trahit la parole du sujet, puisqu'elle est souvent transcrite soit dans une autre langue, soit dans un autre registre de langue (celui du chercheur qui est toujours sensiblement différent de celui du sujet observé). L'écueil de la « compréhension par le dehors » consiste à faire passer tous les événements dont le chercheur fait l'expérience à travers un filtre hétérogène au groupe social observé. Une sorte de trahison par rapport au terrain se produit encore. Il faut donc travailler dans un entre-deux, dans une tension dialectique entre imprégnation et distanciation :

« Alors que notre métier d'ethnologue exige que nous commencions toute recherche par l'apprentissage de la modestie (...), en nous laissant enseigner et acculturer comme des enfants, nos productions savantes finissent presque toujours par rendre les autres sociétés conformes à l'intelligibilité qui organise la nôtre »¹⁸².

Nous avons tenté d'appliquer cette démarche à notre terrain qui ne concerne pas à proprement parler une autre société mais, tout de même, un champ d'activité (la médecine et

¹⁸⁰ Tout comme la vérité politique d'une nation s'appréhende peut-être dans la résultante du conflit entre les forces politiques en présence qui s'y affrontent.

¹⁸¹ LAPLANTINE, François. *L'anthropologie*. Seghers, 1987. Coll. « Clefs pour », p.181

¹⁸² *Ibid.*, p. 184

notamment la psychiatrie) qui a ses règles propres non appréhendables immédiatement par un chercheur en sciences sociales. Nous fîmes l'expérience de cela dans les conversations avec les médecins quand nous étions amenés à rendre compte de notre objet et de notre perspective de recherche. La difficulté à faire entendre le discours des SIC à certains soignants nous invitait, en miroir, à entendre plus exactement la logique de pensée des médecins. A travers quelques passages¹⁸³, le journal rend compte de cette tension heuristique entre confrontation de la logique du dedans et de la logique du dehors dans l'interprétation des recours aux urgences. Cette confrontation fait émerger une vérité scientifique au lieu d'en opposer deux stérilement sans s'apercevoir que ce sont des variations de référentiels.

Autre couple à mettre en tension pour donner une place intéressante à l'ethnographie dans la recherche en sciences sociale : « *le concret et l'abstrait* »¹⁸⁴. Pour Laplantine, il convient que le chercheur ne privilégie ni le concret, ni l'abstrait mais produise des allers-retours pour qu'un élément du couple limite l'autre. Si l'on privilégie le concret, on tombe dans « *la tentation empirique* »¹⁸⁵ qui consiste à donner l'illusion que la recherche épouse les choses en oubliant la nécessité de transiter par des mots pour les représenter. Si l'on privilégie l'abstrait, Laplantine fait remarquer qu'on court le risque de sombrer dans la tentation idéaliste. Dans cette optique, le chercheur manipule les mots en oubliant qu'ils se réfèrent à des choses et « *on finit par tenir la construction de l'objet pour la réalité sociale elle-même* »¹⁸⁶. Ainsi, tenir ensemble en une seule et même main le concret et l'abstrait dans la rédaction et l'usage du journal ethnographique c'est se prémunir, d'une part, de l'emballage des signifiants qui construisent des mondes sans références et, d'autre part, de l'illusion que le terrain serait à même de « parler seul », que les choses signifieraient d'elles-mêmes sans l'intervention du chercheur qui leur donne la parole mais à travers sa propre énonciation.

Chapitre 2 : Méthodologie principale : l'observation et la description ethnographique problématisées autour du rapport entre regard, langage et connaissance. La nécessité de la réflexivité.

I. L'observation ethnographique : l'implication du chercheur sur le terrain : tenter de maîtriser les effets de la subjectivité et les perturbations du terrain induites par le chercheur.

Nous avons choisi d'appréhender la réalité de notre terrain par la méthodologie bien spécifique de l'observation ethnographique. Comme on l'a dit plus haut, l'observation est

¹⁸³ Voir notamment *l'observation 4* où je relate une conversation avec un médecin somaticien qui, alors que je lui présente mon projet de recherche, me dit que je parle « *comme un psychiatre* ».

¹⁸⁴ LAPLANTINE, *L'anthropologie*, p. 192

¹⁸⁵ Ibid., p.192-193

¹⁸⁶ Ibid., p.193

une expérience d'immersion, plus ou moins silencieuse, dans le terrain. Elle est une expérience subjective avant tout, bien avant d'être une expérience scientifique. Elle n'est pas une expérience au sens de l'expérimentation. Nous voudrions ici, en nous appuyant sur les pistes méthodologiques ouvertes par G. Devereux¹⁸⁷, montrer à la fois quels sont les biais de cette méthode mais aussi combien elle est honnête sur le plan intellectuel et même susceptible de produire des données non pas objectives, mais objectivables, pour la science.

Quand on fait de l'observation de terrain, cela consiste d'abord à être fasciné, bien que cette posture ne semble pas, a priori, scientifique. La fascination est, selon le dictionnaire Robert, l'expérience intense qu'un sujet fait du regard, de son sens de la vue, c'est « *l'action de quelqu'un ou de quelque chose sur une personne en fixant son regard, sa pensée* ». Faire de l'observation ethnographique c'est, dans un premier temps, laisser s'exercer ce que Lacan appelle la *pulsion scopique*. C'est une forme d'appréhension sensible (sensuelle presque ou émotive plus simplement) du terrain, une imprégnation qui s'oppose à l'approche de la réalité par des instruments (tests, protocoles d'enquête) qui chercheraient à s'instituer comme des filtres objectivant. En réalité, comme nous le rappelle Devereux, le regard se posera, dans les mêmes conditions, sur l'image rendue par le filtre technique. Aura alors lieu une double déformation de la réalité : celle du filtre technique (exemple : une photographie provoque des effets de cadrage) et celle du regard du chercheur sur la photo (les fantasmes, angoisses et sensations éprouvés à l'observation de la photo qui exprime, elle-même, déjà un regard, celui du photographe). L'utilisation de filtres techniques d'observation rend donc encore plus complexe le travail scientifique sur le matériau à observer puisqu'il est alors une mise en abyme de plusieurs regards qui n'appartiennent pas forcément au même sujet. On a donc fait le choix de l'imprégnation « naïve » par le regard pour éviter « *la difficulté épistémologique de ceux qui essaient d'étudier les êtres humains en se défendant d'être eux-mêmes humains* »¹⁸⁸. Nous reviendrons, plus bas, sur la spécificité de notre terrain qu'on pourrait qualifier, avec certains anthropologues, de « sensible », c'est-à-dire d'un terrain dans lequel sont déjà à l'œuvre et exposés manifestement des mouvements psychiques puissants (pensons à la parole désinhibée sur la mort d'un sujet qui vient de faire une tentative de suicide ou au discours délirant d'un psychotique ; le réel de la pulsion et de la mort sont ici *donnés à voir* presque sans masque symbolique, ce qui pourrait inviter le chercheur à y poser un voile, au nom de la prétendue objectivité de la science, alors qu'il se défendrait en fait de rencontrer ce réel). L'approche méthodologique proposée par Devereux permet une forme d'appréhension du réel de l'urgence qu'il faut éviter de refouler et surtout pas au nom de la version techniciste d'une science qui chercherait à abraser les faits subjectifs du chercheur et des sujets observés.

En fait, approcher un terrain par l'observation exige de se tenir vigilant à l'égard de deux écueils. Le premier serait de transposer la logique expérimentale de la biologie et de la physique aux faits psychiques et sociaux qui se manifestent aux urgences. On arriverait peut-être à obtenir ainsi des lois générales explicatives des situations de communication aux urgences. On ferait alors fi de la question de la médiation singulier / collectif qui prend en compte l'irréductibilité de chaque sujet au symbolique. Comme nous n'avons pas une approche sociologique, nous ne désirons pas seulement montrer comment chaque sujet des urgences se catégorise dans des « types », de grandes catégories conceptuelles qui

¹⁸⁷ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », 1980.

¹⁸⁸ LA BARRE, Weston. « Préface », in DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique » 1980, p.6

amènent à éliminer la dimension psychique, c'est-à-dire singulière, de la vie. Le deuxième écueil serait celui de trop privilégier une approche psychologique, c'est-à-dire d'observer au cas par cas sans jamais généraliser et de faire de l'enquête ethnographique soit une série de biographies indépendantes qui ne donnent pas de cohérence au terrain – n'expliquant pas pourquoi ces sujets se retrouvent aux urgences psychiatriques et d'autres pas – soit une autobiographie du chercheur qui, au nom de l'illusion d'objectivité de la science et de ses techniques, s'impliquerait trop subjectivement dans le terrain en en faisant une mouture de ses fantasmes et projections intransmissibles à la communauté des chercheurs.

A cela, s'ajoute une autre difficulté, à ne pas refouler non plus, qui est liée à la perturbation induite par la présence du chercheur sur le terrain et qui fait que le terrain observé n'est jamais celui qui pourrait être observé sans cette présence. Ainsi, il faudra discuter des conséquences possibles de notre présence lors des entretiens de psychiatrie aux urgences dont la configuration met en scène un sujet en détresse face à deux autres sujets alors que la situation habituelle introduit seulement un face à face patient / psychiatre.

Notre lecture des travaux de Devereux nous amène à penser qu'il ne sert à rien de chercher une solution médiane ou de compromis entre approche psychologisante et approche fondée sur le modèle expérimental du terrain. Il faut plutôt envisager une sortie du dilemme en forme d'alternative pour tenter de s'émanciper des effets de subjectivité et des effets de perturbation du terrain. En fait, cette « sortie », qui n'est ni une recette, ni une solution miracle, consisterait en la construction d'une posture spécifique, dialectique, du sujet chercheur face à son objet : la *réflexivité*. Cette posture ne prétend pas éliminer totalement les biais évoqués précédemment, mais elle permet d'entretenir une *vigilance* permanente par rapport aux biais. La réflexivité consiste à faire un retour *a posteriori* sur l'expérience d'observation (sur l'angoisse éprouvée par le chercheur, sur les moyens de défense qu'il a tenté de mettre en œuvre pour mettre à distance la réalité qu'il a rencontrée, sur les perturbations qu'il a provoquées par sa présence sur le terrain et qu'il refuse éventuellement de reconnaître...). Certes, cet effort *a posteriori* n'empêche pas aux biais de se former lors de l'observation, mais il permet de ne pas en ajouter *a priori* en inventant des protocoles d'enquête qui segmentent la réalité à observer avant même de l'avoir rencontrée et qui sont des utilisations souvent défensives¹⁸⁹ de la méthodologie.

Nous allons voir ici comment Devereux nous incite à la réflexivité pour retirer de l'observation non pas des données objectives mais au moins objectivables dès lors qu'elles seront travaillées et maniées par l'élaboration conceptuelle qui se produit parallèlement au travail de terrain. En somme, Devereux propose, un peu paradoxalement, une méthode qui ne fétichise pas la méthodologie. La réflexivité s'institue alors comme un rempart contre la fétichisation obsessionnelle de la méthodologie. Elle est à l'origine de la production de données mais dans une pratique du décalage en permettant que la science ne se saisisse non pas de l'expérience sensible première du chercheur mais d'un regard déplacé et distancié *a posteriori* sur cette expérience. En ce sens, la réflexivité n'est pas une méthode à proprement parler : l'observation en est une, à laquelle est ajoutée la *posture* réflexive qui limite les biais de la méthode en indiquant, au minimum, l'endroit d'où voit et parle le sujet chercheur.

¹⁸⁹ Quand Devereux dit qu'il faut savoir négocier le passage de l'angoisse à la méthode, il invite à une appropriation et à une mise en sens de l'angoisse par le chercheur lui-même. Pour faire une métaphore clinique, on pourrait dire que la méthode est le résultat d'une perlaboration de l'angoisse (sa sublimation, en quelque sorte), ce qui ne revient pas à faire de l'emploi d'une méthodologie un anxiolytique qui ferait disparaître la manifestation de l'angoisse surgie du rapport au terrain, sans l'interpréter. Or ce sont les interprétations de l'angoisse qui fournissent des données à la science car elles se réfèrent à un conflit entre la subjectivité du chercheur et l'extérieur. En dernière instance, l'analyse de l'angoisse renseigne donc de manière dialectique sur le terrain et le chercheur.

Ces points vont être développés ici en trois temps. Avant de considérer la façon dont on fonde une donnée pour la science sur l'analyse réflexive des expériences subjectives du chercheur sur le terrain, nous verrons comment l'observateur peut tirer du matériel objectivable des perturbations qu'il induit sur le terrain. Nous terminerons par le commentaire d'un extrait de notre journal ethnographique qui montrera comment, pour le cas particulier de notre recherche, nous avons mis en œuvre les conseils de Devereux d'investissement et d'approche du terrain. Cela nous amènera à interroger l'étape qui suit celle de l'observation, c'est-à-dire celle de l'écriture du journal ethnographique qui doit passer par une réflexion préalable sur l'épistémologie et la méthode de la description.

A. Les perturbations induites par la présence de l'observateur sur le terrain : une source précieuse de données ethnographiques

L'intérêt de l'approche de Devereux est qu'elle retourne ce qui apparaît comme des écueils méthodologiques en en faisant des éléments pertinents pour la science. On aura maintenant compris que Devereux s'oppose à une vision techniciste et scientiste de la connaissance. Cette vision est pour lui empreinte d'illusion puisqu'elle tend sans cesse à faire disparaître le chercheur de sa recherche, autant dans le champ des sciences dites « exactes » que dans celles du « *comportement* » (que nous appellerions, pour notre part, sciences humaines et sociales). Dans cette perspective, une expérience réussie est celle où l'observateur aurait trouvé, grâce à des moyens techniques, une position de totale extériorité par rapport au phénomène qu'il décrit. L'extériorité, exprimée par l'usage de tournures impersonnelles dans les comptes-rendus, serait le gage de l'objectivité. Mais alors, comment fait-on quand on veut observer des situations sociales et que le seul moyen d'y avoir accès est d'y participer, comme nous l'avons fait dans notre thèse ? Doit-on abandonner notre prétention scientifique et nous ranger du côté des littérateurs ou des fabulateurs ? Sûrement pas.

En réponse à ces questionnements scientistes, Devereux affirme « *l'utilité scientifique des perturbations créées par l'observateur et l'observation* ». Pour cela, il se réfère au changement de perspective scientifique apportée par Einstein et Freud. L'un, en introduisant le concept de relativité, et l'autre, en forgeant le concept d'inconscient qui n'a de consistance pour le sujet que dans le rapport au psychanalyste¹⁹⁰, induisent le fait que des hypothèses vérifiables peuvent s'élaborer alors même que l'observateur participe pleinement au phénomène :

« *l'observateur en tant que base des opérations – et non simplement en tant que personnage nécessaire mais extérieur –, fit sa première apparition notable lorsque la théorie de la relativité entreprit d'étudier des phénomènes survenant auprès de l'observateur. (...) Le développement de la physique moderne semble être dû en grande partie à cette étude auprès de l'observateur des phénomènes physiques. (...) il vaut la peine de remarquer que la réinsertion opérée par Einstein du physicien dans l'expérience physique et la réinsertion opérée par Freud de la personne du thérapeute dans la situation thérapeutique coïncident, dans le temps, avec les efforts de bien des analystes du comportement pour exclure l'observateur de l'expérience* »¹⁹¹.

¹⁹⁰ Ou ce qui en tient lieu : le lapsus, manifestation de l'inconscient, est inexistant s'il n'est pas relevé par un autre, c'est-à-dire s'il ne me revient pas de l'autre « sous une forme inversée », dirait Lacan.

¹⁹¹ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Flammarion, coll. « *Nouvelle bibliothèque scientifique* », 1980, p.382

On voit qu'en 1967 G. Devereux avait comme un pressentiment éclairé de l'émergence future des approches cognitivistes des pathologies mentales qui font fureur aujourd'hui...

Il ne suffit pas de dire que l'intégration de l'observateur au phénomène à observer est, par principe, inoffensive pour la démarche scientifique. L'écueil principal qui fait suite à cette affirmation de principe laissée comme telle serait de croire que la situation observée en présence de l'observateur est la même que celle où il est absent, comme si sa présence n'avait pas d'influence. Devereux ne se fait pas d'illusion : « *la simple présence de l'observateur introduit une nouvelle variable dans la situation qu'il observe* »¹⁹². La méthode destinée à retirer des données du terrain consiste alors à travailler sur la perturbation qui est un indicateur, à un second degré, de ce que pourrait être la situation si l'observateur n'était pas présent. On pourrait croire, exprimé ainsi, à une dangereuse démarche spéculative, voire imaginaire. Elle ne l'est pas en fait si on prend deux grandes précautions. On remarquera que nous les avons respectées du mieux possible dans notre journal ethnographique qui en a rendu compte systématiquement¹⁹³.

La première précaution consiste à mettre en perspective, en série, les analyses des différentes perturbations que le chercheur a eu le sentiment de provoquer sur le fonctionnement normal du terrain. Nous illustrerons cela concrètement à propos de l'observation d'une scène de contention. On peut pour l'instant en détailler le principe. Devereux dit que toute perturbation est une mise à l'épreuve à la fois pour l'observateur (qui est surpris, en quelque sorte, par son pouvoir déstabilisant) et pour le milieu observé. Ainsi, la manière dont réagit un groupe (ou un sujet appartenant à un groupe) révèle, en creux, ses lois ou ses manières habituelles de fonctionner. Ainsi, l'analyse de la première perturbation est nécessairement spéculative ou imaginaire car elle ne peut épuiser toute la signification d'une réaction. Il convient d'en faire des hypothèses pour envisager en quoi cette réaction est une volonté de retourner à une situation antérieure connue et non angoissante¹⁹⁴ : ces hypothèses sont nécessairement multiples car la démarche est inductive : elle part du détail pour essayer de retrouver la loi, l'organisation symbolique du réel propre à tel groupe. Ensuite, dans chaque nouvelle situation de perturbation, on produira à nouveau des hypothèses qu'on contrôlera, éprouvera et évaluera en fonction des précédentes, de manière à aboutir, à la suite d'une série suffisante de constats du même genre, à une idée, une représentation, toujours approximative, mais de plus en plus resserrée, de la réalité qu'on veut saisir¹⁹⁵. En fait, cette méthodologie est dialectique : elle révèle une réalité à partir de ce qui fait effraction en elle et qui la définit pourtant, à partir de son extériorité, ou à partir, plutôt, de sa limite, à l'instar d'une frontière qui dit autant de l'intérieur d'un territoire que de ce qui n'en fait pas partie. Elle est dialectique donc, mais différentielle, aussi, puisqu'une hypothèse prend sens par rapport à une autre dans une série diachronique, par des déplacements successifs. Cette méthodologie implique aussi de faire des découvertes qui soient toujours un peu à côté du désir initial de recherche. Entrer dans la réalité du terrain par les perturbations, c'est en fait travailler sur de l'inattendu, sur ce qu'on n'avait

¹⁹² Ibid., p.364.

¹⁹³ Du coup, la lecture en est parfois un peu pénible puisque après le récit de chaque observation sur le terrain suit une série de considérations qui font retour sur ce récit en analysant tour à tour les perturbations de ma présence et mon expérience subjective de tel ou tel épisode.

¹⁹⁴ C'est précisément ce que Freud cherche à établir en forgeant le concept de principe de plaisir.

¹⁹⁵ De la même manière qu'un acte manqué, sorte de perturbation du comportement que le sujet se fait à lui-même, n'a pas de sens s'il n'est pas mis en série avec d'autres actes manqués ou d'autres manifestations de l'inconscient pour saisir les éléments constitutifs de cet inconscient.

pas prévu d'observer et dont on doit pourtant prendre note. Le terrain est donc cette réalité qui se construit « de biais » par rapport aux projections initiales du chercheur.

Mais le procédé d'ajustement, de mise au point, sur la réalité observée à partir de l'analyse de ses perturbations se fait aussi selon une autre démarche qui doit croiser la précédente. C'est la deuxième précaution qu'invite à prendre Devereux :

« il est souhaitable – afin de découvrir la manière convenable, spécifique de la culture considérée, de voir et de rapporter un événement – d'obtenir par la suite une relation verbale de l'événement par des participants ou des observateurs indigènes et d'en discuter en détail avec eux »¹⁹⁶.

Il convient donc de s'enrichir, au cours des observations, des témoignages et points de vue des sujets du terrain même s'ils n'ont pas participé pleinement à la situation perturbante sur laquelle on leur demande un commentaire. Mais là encore, attention : il ne s'agit pas de prendre le récit du sujet interrogé comme la vérité absolue sur le terrain. Il faut être attentif à son énonciation, à sa manière de mettre en forme son jugement, qui révèle, en creux, le rapport de ce sujet aux faits qu'il a vu ou qu'on lui a raconté (et que l'observateur n'a d'ailleurs pas forcément vu) :

« la relation d'un événement par un informateur est nécessairement filtrée par la structure de sa personnalité ; elle est aussi alignée sur le modèle de sa culture, qui ne précise pas seulement ce qui aurait dû avoir lieu mais aussi comment devrait être raconté ce qui eut effectivement lieu. Aussi, les affirmations d'un informateur peuvent-elles être moins exactes quant aux faits mais culturellement plus révélatrices que les observations d'un étranger »¹⁹⁷.

Ainsi, il s'agit d'analyser le filtre « culturel » par lequel l'informateur relate l'expérience d'un événement ou d'une perturbation pour y repérer les valeurs implicites de son discours qui dévoilent les représentations des règles du terrain auxquelles se réfère la catégorie de sujets à laquelle il appartient. Dans une perspective psychanalytique, on pourrait dire qu'il convient d'analyser la parole de l'informateur en la sachant « sous transfert ». En d'autres termes, il s'agit d'interpréter son discours en essayant de prendre en compte la position imaginaire où il met l'observateur qui se présente sous une fausse ou sous sa véritable identité. Nous verrons cela pour les infirmiers aux urgences psychiatriques dans l'illustration proposée plus bas.

On aboutit donc à un procédé méthodologique qui croise les hypothèses du chercheur et les représentations des sujets du terrain sur des mêmes faits. Cette mise en perspective donne une idée *relative* de la réalité du terrain, des règles qui l'organisent et qui sont au fondement des comportements observés. On n'aboutit pas à une perception parfaite de cette réalité mais elle se préserve d'être trop imaginaire ou spéculative puisqu'elle est « coincée » entre les hypothèses du chercheur en perpétuelle modification (en perpétuelle précision) et les témoignages des informateurs analysés à partir de la manière dont ils s'expriment selon des schèmes de perception de la réalité. Le terrain serait donc structuré par une construction symbolique, posée sur la réalité objective inatteignable, résultat

¹⁹⁶ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », 1980, p.368

¹⁹⁷ *Ibid.*, p.367

du travail d'élaboration du chercheur en collaboration avec les informateurs/acteurs du terrain¹⁹⁸.

Enfin, nous devons ajouter une précision quant à la profondeur et au champ de vision de l'observateur : a-t-il une vision « panoptique » de la réalité qu'il rencontre ? Est-il en mesure de voir toutes les nuances de cette réalité ? Bien que nous ayons choisi de nous imprégner du terrain par le regard sans grille de lecture préalable, nous sommes conscient que cela nous ne nous a pas donné un regard totalisant sur l'urgence psychiatrique. Il y a deux raisons à cela : la première tient à notre subjectivité : nous sélectionnons les informations du monde qui nous entoure en fonction de processus inconscients ; nous développerons cela ensuite, notamment à partir du surgissement de l'angoisse sur le terrain. La deuxième raison tient à notre appartenance collective : même si nous ne nous munissons pas de grille de lecture, notre regard est plus ou moins déterminé, en conscience cette fois, par notre statut de chercheur en sciences de l'information et de la communication. Il nous est ainsi impossible de percevoir la même réalité qu'un médecin ou qu'un infirmier quand celui-ci procède à la contention d'un patient. Ainsi, notre attention s'est toujours davantage portée sur les faits de communication repérables aux urgences psychiatriques et cela peut aboutir à des sortes de perceptions comme : « la contention marque un échec de la communication ». Nous avons fait le choix de voir le terrain selon cet angle *général* de la communication, non pas pour nous mettre des œillères, mais pour nous constituer un point d'appui à partir duquel penser l'émergence de phénomènes qui puissent ne pas correspondre à ce regard. Sans une distinction de la sorte tout se vaut et on n'arrive plus à rien discriminer dans le continuum du terrain. Il faut avoir une référence générale pour mettre en relief ce qui ne s'y réduit pas et qui, du coup, vaut la peine d'être travaillé. Il faut aussi maintenir le côté « général », sans trop le décliner, pour ne pas retomber dans les biais des protocoles d'enquêtes. Pour faire l'analogie avec « l'écoute flottante » du psychanalyste, nous pourrions dire que nous avons posé sur notre terrain un « *regard flottant* ». De la même manière que le psychanalyste à une écoute flottante qui cherche à ne pas surdéterminer a priori telle ou telle parole dans le flot de mots de l'analysant mais qui lit cette parole selon le prisme général du repérage des points de désir, nous avons posé un regard flottant, un peu plus attentif aux faits de communication, mais sans les traquer pour autant et ainsi se prémunir du risque d'un aveuglement à d'autres phénomènes d'importance moins surdéterminés par la question de la communication.

Devereux ne manque pas de rappeler cette dimension de présélection des phénomènes dans la réalité en affirmant que chaque chercheur a un genre particulier de compréhension et de découpage spontané des phénomènes (ce qu'il appelle « *démarcation* »¹⁹⁹). Mais il exprime aussi ce fait par la négative, par ce qui échappe au regard :

« chacun, même le psychologue a une boîte noire qui contient et isole quelques-uns ou la totalité des éléments suivants : ce qu'on ne sait ni peut savoir dans le cadre de sa propre discipline, ce qu'on refuse de savoir pour des raisons

¹⁹⁸ Anne-Marie Losonczy a une formule assez heureuse pour décrire l'ethnographie dans une formule ramassée : elle parle de « *co-savoir relationnel* », in « De l'énigme réciproque au co-savoir et au silence. Figures de la relation ethnographique ». In GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U », pp. 91-102.

¹⁹⁹ DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Flammarion, coll. « Nouvelle bibliothèque scientifique », 1980, pp.386 sqq.

méthodologiques et ce qu'on présente comme une explication de ce qu'on sait et qu'on consent à prendre en considération »²⁰⁰.

Il rappelle aussi plus loin de ne pas confondre phénomène et donnée. En effet, même si l'appartenance disciplinaire oriente tendanciellement le regard vers un certain nombre de phénomènes, c'est en faisant l'objet d'une appropriation par une discipline et en étant travaillé par ses concepts qu'un phénomène est en mesure de devenir une donnée pertinente. Dans les phénomènes sélectionnés lors de nos observations, certains ont constitué ultérieurement une donnée à travailler par les SIC, mais ils auraient bien pu constituer une donnée, travaillés autrement, pour la psychologie clinique, par exemple. Ainsi, il ne faut pas considérer comme un biais méthodologique d'oublier des phénomènes ou d'en sélectionner trop car ils n'ont pas de sens inhérent, a priori. C'est le travail conceptuel qui leur donne un sens pour illustrer ou valider telle hypothèse inscrite dans une démarche conceptuelle.

B. Que faire de l'investissement subjectif et des mouvements psychiques de l'observateur ? Le garde-fou de la réflexivité.

1. Le contexte spécifique des urgences psychiatrique : un terrain « sensible »

Les urgences hospitalières, en particulier psychiatriques, amènent l'observateur à assister à des situations qui drainent beaucoup d'émotions. La psychanalyse a en effet montré combien les questions du corps, de la mort et du non-sens étaient source d'angoisse pour chaque sujet. Or, c'est cela qu'on rencontre aux urgences : des corps abimés (celui du SDF qui sent mauvais, celui de la jeune fille qui a tenté de se couper les veines), le spectre de la mort qui se lit dans l'affairement des médecins à réanimer un patient ou encore dans le discours d'un patient suicidaire, enfin le non-sens dans le discours de ce patient psychotique qui se trouve investi d'une mission divine... Ces caractéristiques spécifiques questionnent la possibilité, pour l'observateur, de garder une approche distanciée du terrain. Comme le montrent les anthropologues, ces types de terrain, dits « sensibles », induisent une forte implication subjective du chercheur qui mérite d'être travaillée et questionnée en permanence de manière à éviter que le compte-rendu ethnographique sur le terrain soit une projection des fantasmes et angoisses du chercheur.

Selon Bouillon, Fresia et Tallio²⁰¹, plusieurs critères définissent les « terrains sensibles ». Il nous semble que les urgences psychiatriques répondent d'assez près à ces critères, ce qui nécessite d'être très attentif à ce que nous disent ces auteurs sur les biais relatifs à l'investissement des terrains sensibles.

Le premier critère de définition est que les terrains sensibles sont « *porteurs d'une souffrance sociale, d'une injustice, de domination, de violence* »²⁰². Aux urgences, la souffrance sociale est manifeste puisque la psychiatrie accueille des patients qui sont souvent en situation de précarité (chômage, sans domicile, rmiste, etc.). La violence est parfois présente à travers les cas reçus dans le cadre de la médecine légale qui doit

²⁰⁰ *Ibid.*, pp. 389-390

²⁰¹ BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. « Introduction. Les terrains sensibles à l'aune de la réflexivité. ». In BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie (dir.). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. EHESS, 2005. Coll. « Dossiers africains ». Pages 13-28.

²⁰² *Ibid.*

statuer sur la dangerosité des patients et les éventuels troubles à l'ordre public qu'ils peuvent créer. En accueillant la souffrance et la violence, les services d'urgence accueillent l'impossibilité de s'exprimer sous deux versants : singulier pour la souffrance, collectif pour la violence. En cela, les urgences sont un terrain sensible auquel les sciences de l'information et de la communication doivent être sensibles puisqu'elles donnent à voir des situations d'impossibilité de la communication.

Le deuxième critère indique qu'un terrain peut être dit sensible quand il implique de « *renoncer à un protocole d'enquête trop canonique* »²⁰³. C'est ce point précis que nous avons essayé de mettre en valeur dans le chapitre précédent.

Le troisième critère définit un terrain comme sensible dès lors que celui-ci relève « *d'enjeux sociopolitiques cruciaux, en particulier vis-à-vis des institutions normatives* »²⁰⁴. C'est l'objet de notre thèse que de montrer que ce qui se donne à voir aux urgences psychiatriques est en mesure de questionner la nature de notre contrat social tel qu'il se caractérise aujourd'hui, à travers les manifestations de la souffrance psychique en rapport avec le collectif.

Dès lors qu'on choisit d'enquêter sur ces terrains, on s'expose à des biais méthodologiques importants. Cela est dû, notamment, au fait que le chercheur est en contact proche avec des individus souffrants. Celui-ci doit alors se prémunir, vis-à-vis de cette souffrance, de développer des positions subjectives incompatibles avec la démarche scientifique, qu'on peut recenser, à partir de nos lectures, au nombre de trois.

D'abord, « *l'excès de cynisme* »²⁰⁵, qui consiste à interpréter le discours de souffrance de l'autre comme une mise en scène ne correspondant à aucun problème effectif ou objectif, ou justifié seulement pour exiger stratégiquement une aide des institutions de secours social. Un passage aux urgences psychiatriques peut ainsi faciliter l'accès plus rapide à des possibilités de logement, de prise en charge en foyer, etc. La position cynique est évidemment néfaste à la progression de la connaissance et de la compréhension des recours aux urgences car elle les invalide a priori. Cela implique aussi de méconnaître la valeur de la demande dans la construction de la relation thérapeutique. Nous avons tenté de rejeter cette position qui peut pourtant naître au gré de mouvements psychiques inconscients face à l'expression de la souffrance de l'autre qui peut parfois paraître banale en regard du lieu, les urgences, où elle se formule. Le regard cynique sur la souffrance naît d'une posture subjective du chercheur qui, voulant se distancier absolument, refuse toute identification au patient en le traitant comme objet, parlant à sa place, c'est-à-dire en le niant comme sujet.

Ensuite, il y a la posture subjective inverse : « *l'excès de psychologisme et de populisme* »²⁰⁶. Le terme de populisme qui a une connotation dans le champ du politique demande certainement ici à être revu, en parlant par exemple de « pathétique ». Ici, c'est en fait l'empathie (par identification trop forte au patient) qui l'emporte au détriment de la distanciation. On aboutit alors à un relativisme qui fait du discours de chaque sujet l'expression d'une vérité absolue et indiscutable. Dans ce cas, on s'empêche de pouvoir

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Ibid.

²⁰⁵ In FRESIA, Marion. « Entre mises en scène et non-dits : comment interpréter la souffrance des autres ? ». In BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. (dir.). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. EHESS, 2005. Coll. « Dossiers africains », pp. 31-54.

²⁰⁶ Ibid.

produire des comparaisons entre les situations. On s'interdit aussi, au nom du respect absolu de la souffrance de l'autre, de commenter son cas et d'émettre l'hypothèse, par exemple, de la théâtralisation de la souffrance aux urgences comme modalité imaginaire de mise en forme de la demande. Le populisme aboutit aussi à des situations d'empathie qui courent le risque de se transformer en apitoiement et en misérabilisme. Cela est contreproductif car cela revient une fois de plus à nier la subjectivité des patients en les réduisant à des victimes d'un sort qui ne leur appartient pas, où leur désir n'aurait pas de place. Notre perspective théorique, appuyée sur la psychanalyse, ne peut s'accommoder d'un tel regard sur le terrain puisque nous n'envisageons pas les sujets de l'urgence comme des « choses » produites par le social néfaste et tout puissant, mais comme des sujets en difficulté avec la médiation entre les aspects psychiques et collectifs de leur vie. Rendre raison de ce qui se joue aux urgences, c'est reconnaître la possibilité aux patients d'être de véritables sujets, c'est-à-dire des êtres parlants capables de réarticuler leur désir aux exigences de la vie parmi les autres.

Enfin, Fassin nous indique un dernier danger inhérent aux enquêtes sur les terrains « sensibles ». C'est celui qui consiste, par trop d'implication auprès de la souffrance de l'autre, à faire oublier au chercheur la raison de sa présence sur le terrain. Alors que le chercheur doit sans cesse se rappeler à une éthique du doute, du questionnement, il peut sombrer dans le biais de la certitude, de la preuve par l'évidence, qui transforme « *indûment les sciences historiques en disciplines prescriptives* »²⁰⁷. Le chercheur, s'il a l'idée d'une possible contribution de son travail à la réflexion sur la société, ne doit pas faire de ses conclusions des règles à suivre. Ce n'est même pas la manière d'être politique de la science puisque, dans ce cas, elle instrumentalise la connaissance en lui donnant un statut de vérité absolue et dernière que tout bon sens épistémologique ne peut accepter. Dans notre cas, l'empathie pour les patients de la psychiatrie et pour les psychiatres eux-mêmes a été forte. Nous avons tenté de ne pas tomber dans un discours militant, même quand nous remarquions des formes de position dominante de la médecine somatique aux urgences. On peut observer cela dans notre journal.

Tous ces biais, qui tiennent à des postures subjectives possibles du chercheur sur le terrain ne sont pas totalement éliminables, mais peuvent être maîtrisés par un effort constant de réflexivité qui ne doit pas s'abîmer dans la sur-réflexivité, c'est ce qu'on va voir maintenant.

2. Le nécessaire retour réflexif sur l'expérience subjective

Quand, plus haut, nous parlions de la réflexivité comme « garde-fou », il ne s'agissait pas d'une métaphore innocente. Elle se justifie pour exprimer deux choses. D'une part, la réflexivité est une posture méthodologique qui se pose comme une garantie scientifique contre la traduction textuelle immédiate de la « névrose » ou du « délire » du chercheur dans le journal ethnographique. La réalité ethnographique est en partie l'expérience subjective du chercheur, certes, mais elle doit être limitée ou transformée par des moyens que nous allons voir. D'autre part, le garde-fou n'est pas prescriptif : il autorise l'errance, le cheminement singulier, en protégeant contre la chute dans le précipice. De même, la réflexivité est une posture relativement libre qui, une fois de plus, ne réduit pas la méthodologie au protocole rigide. La réflexivité n'épuise pas tous les biais subjectifs induits sur la lecture du terrain (tout simplement parce que la plupart son inconscients, donc insus) mais elle construit

²⁰⁷ FASSIN, Didier. « L'innocence perdue de l'anthropologie : remarques sur les terrains sensibles ». In BOUILLON F., FRESIA M., TALLIO V. (dir.). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. EHESS, 2005. Coll. « Dossiers africains », pp. 97-103.

une posture de vigilance, un état d'alerte sur le fait que le terrain est toujours investi à partir de la singularité du chercheur. On le verra dans le journal : nous nous sommes tenu à un commentaire de notre expérience subjective à l'issue de chaque observation. Non pas pour dire : « voilà où était mon inconscient et comment il m'a amené à aborder ainsi tel phénomène » car cela est pratiquement impossible et bien présomptueux, mais pour laisser toujours présent à la conscience du chercheur, d'une observation sur l'autre, que son psychisme est à l'œuvre dès qu'il met un pied sur le terrain. Cela nous a certainement évité des déceptions, des angoisses ou des frustrations qui auraient pu contribuer à une lecture puis à une construction trop subjectivée et fantasmée du terrain²⁰⁸.

Pour G. Devereux²⁰⁹, de même qu'il faut étudier les perturbations induites par la présence du chercheur sur le terrain, il convient d'exploiter, après les avoir reconnues, les perturbations psychiques du chercheur lui-même, soumis aux événements du terrain. Dans son ouvrage de méthode, Devereux indique que c'est l'angoisse qui indique à l'observateur, comme un signal qui ne trompe pas, qu'à cet instant de l'observation se jouent des phénomènes qui seront lus presque exclusivement, si l'on n'y prête pas garde, à travers le filtre de la subjectivité du chercheur. Devereux montre ainsi que la découverte et l'étude du terrain sont emplies de mouvements transférentiels et contre-transférentiels à élucider. Il invite alors le chercheur à travailler, de manière réflexive et continue sur ces mouvements pour faire de l'impression subjective une donnée objectivable, en tous cas situable dans un contexte plus large que celui de la singularité du chercheur. Il en donne de multiples exemples qui sont très frappants, voire gênants, car Devereux ne dit pas jusqu'où peut aller l'exposé de la subjectivité du chercheur. Ainsi, en prenant des exemples de sa propre expérience, on a parfois l'impression d'une forme d'exhibition plus que de réflexivité. Ce que raconte Devereux, en interprétant ses mouvements psychiques et la façon dont ils furent à l'œuvre lors de telle ou telle observation, aurait pu être réservé et adressé à un psychanalyste, dans l'espace protégé du cabinet, mais pas vraiment, nous semble-t-il, à une communauté scientifique qui ne peut être qu'étonnée voire choquée de l'exposé de tant d'intimité. C'est ainsi qu'aux côtés de Jean-Pierre Olivier de Sardan²¹⁰ nous pensons qu'il est bon de s'inspirer des conseils de Devereux mais en atténuant leur portée, c'est-à-dire, en fait, en les adaptant à une pratique plus classique des sciences sociales où la présence du « je » est traditionnellement plutôt absente ou masquée. Notre démarche consiste ici à valoriser l'utilisation du « je » dans le récit ethnographique, à la fois comme énonciation susceptible de nous protéger de potentiels excès de positivismes évoqués plus haut, mais aussi parce que nous avons eu le sentiment que travailler sur nos implications affectives et subjectives sur le terrain pouvait nous permettre de produire des données objectivables et une forme de connaissance sur la réalité de l'urgence.

Précisons aussi une vertu de l'emploi de la première personne dans le récit ethnographique : cette énonciation donne un statut particulier aux sujets observés. Savoir

²⁰⁸ Je me souviens par exemple de l'accueil chaleureux que je reçus de la part des internes pour mener auprès d'eux quelques observations. Si j'ai pu les accompagner souvent, je me retrouvai un jour pris au dépourvu : tous les internes étaient subitement partis travailler sans me convier à les accompagner et je patientai seul, dans leur bureau, de longues minutes à ne pas savoir quoi faire, quoi décider : attendre leur retour ?, partir ?, faire de l'observation « sauvage » en déambulant dans le service ? J'éprouvai quelque énervement et déception que j'analysai bien vite comme des mouvements psychiques singuliers à interpréter pour comprendre la place que m'avaient donnée les autres ce jour-là et qui devait avoir une fonction ou une signification qui les engageaient conjointement eux et moi et m'aiderait à comprendre quelque chose de la vie sur service.

²⁰⁹ In *De l'angoisse à la méthode*, déjà cité

²¹⁰ OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. « Le "je" méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain ». In *Revue française de sociologie*. Juillet-septembre 2000, volume, 41, n°3. Ophrys. Pages 417-445.

que l'on dira « je » dans le récit de son expérience de terrain, c'est se mettre, en anticipant le moment de l'écriture, dans le présent des observations, dans une posture vis-à-vis des observés qui ne soit pas surplombante. Décrire en disant « je », c'est configurer son champ de vision sur le terrain autrement qu'en disant « ils » car, par le « je », on assume qu'on décrit les autres à partir de soi et qu'en cela, on leur donne un véritable statut de sujet – et non pas d'objet –, via le procédé intersubjectif de l'identification (qui fonctionne ou pas), via l'expérience du miroir. Dire « je », c'est éviter de tomber dans une posture trop omnisciente qui pourrait « trop plaire » au chercheur. En fait, décrire à la première personne c'est assumer la focalisation qui est à l'œuvre lors de l'observation même : l'appréhension de la réalité à partir d'un point qui n'est jamais surplombant ni panoptique, même si c'est que voudrait l'idéal scientifique.

A travers ce procédé où l'investigation du terrain se fait dans la multiplication et la juxtaposition de situations intersubjectives, l'identité du chercheur se manifeste à lui-même et se construit aussi au gré de ces rencontres. Ce sont ces mouvements, où le chercheur fait l'expérience de son identité via l'autre qu'il observe, qu'il convient de travailler avec méthode. Il faut alors ici comprendre, comme nous y incite Devereux, ce qu'est le transfert ou le contre-transfert. Il s'agit de saisir que, dans l'expérience intersubjective, je fais l'expérience de mon identité et de celle de l'autre en mesurant la possibilité que j'ai de construire l'identification mais aussi les difficultés qui se présentent à moi pour accomplir le miroir. Dans le cadre des sciences sociales, analyser le transfert ou le contre-transfert, ce n'est pas exposer mon intimité ou mon inconscient, mais ce serait simplement essayer de dire quelque chose de ce que j'éprouve globalement de la position imaginaire ou symbolique où je mets l'autre et où il me met lui-même. Cette étude des positions relatives, qui devient l'étude de structures et de fonctions, est alors objectivable par la science *dans un second temps*. Dans un second temps en effet car, comme nous le rappelle Lacan, le transfert c'est un lien qui me lie à l'autre et à travers lequel se joue, *en se répétant au lieu de se remémorer*²¹¹, des affects anciens qui n'ont pas été symbolisés. Le transfert instaure l'espace de l'intersubjectivité où il est possible de dire et de faire reconnaître mon désir mais, en même temps, il est une limite puisqu'il suppose l'identification à travers laquelle ne passe pas l'expression de la pulsion. Dans le dispositif psychanalytique, le transfert est ainsi manié subtilement puisqu'il est à la fois cause et frein de la parole. Mais sans transfert, pas d'indication pour le psychanalyste ni pour l'analysant de l'endroit où se situent, pour le sujet, les limites du symbolique, c'est-à-dire ce qui, du sujet, ne peut s'inscrire dans les signifiants. Ainsi, lors des observations, les mouvements transférentiels ou contre-transférentiels ne peuvent pas se contenter d'être simplement repérés, ni d'être refoulés. Ils²¹² doivent s'extraire de leur dimension réelle *pour être associés à une signification*²¹², sans

²¹¹ LACAN, Jacques. Le séminaire. Livre 11, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964]. Seuil, 1973. Coll. « Champ freudien ». Lacan développe cela pp.118-119, en rappelant la définition freudienne du transfert : « *Ce qui ne peut être remémoré se répète dans la conduite. Cette conduite, pour révéler ce qu'elle répète est livrée à la reconstruction de l'analyste. (...) Ce que Freud nous indique, dès le premier temps, c'est que le transfert est essentiellement résistant (...). Le transfert est le moyen par où s'interrompt la communication de l'inconscient, par où l'inconscient se referme. Loin d'être la passation de pouvoirs, à l'inconscient, le transfert est au contraire sa fermeture* ».

²¹² L'opération importante réside dans le fait même d'associer, indépendamment du contenu de l'association. L'opération d'association est le « garde-fou » dont nous parlions plus haut. L'effort mis à associer (librement au départ) est la garantie de se rendre vigilant à ce qui vient de se produire pour ne pas le laisser « pourrir » en tant que résidu totalement réel, c'est-à-dire non appropriable par la science et possiblement néfaste à la construction future des interprétations sur la réalité du terrain. Le réel qui n'a pas connu d'effort de symbolisation ressort en effet toujours sous une forme symptomatique, pathologique, qui peut être, dans le champ de la science la surinterprétation ou le remplacement du discours de la science par un discours imaginaire.

prétention d'exhaustivité ni de pertinence heuristique dans un premier temps. Au fond, c'est cette hypothèse sur le réel, qui s'élabore dans un travail d'associations du chercheur, qui peut constituer une donnée intéressante. On a vu la nature du travail d'associations : il porte sur ce que le chercheur pressent de ses constructions imaginaires et symboliques et de celles de l'autre avec qui il est en prise dans la configuration intersubjective et institutionnelle dans laquelle il se trouve. Cette chaîne d'associations est limitée et n'épuise pas les significations possibles à donner à l'expérience réelle du chercheur lors de l'observation (angoisse, gêne, etc...), notamment ce que cela signifierait inconsciemment pour lui, dimension qu'il est difficile et peu recommandable d'intégrer au travail scientifique. Eclairons ces développements avec le petit exemple suivant.

Je me souviens de la grande difficulté (signalée par une forme d'anxiété amusée) que j'avais eu à répondre à une jeune patiente que j'accompagnais au bureau de la psychiatre quand elle me dit « *vous n'êtes pas médecin, vous, hein ?* » alors même que j'avais fait tous les efforts possibles pour me dissimuler sous l'identité d'un interne (cf. *observation n°10*). J'étais démasqué, d'où ma gêne, mais au-delà je m'informais (*j'associais* librement, en fait) sur la relativité de l'importance du port de la blouse pour donner un statut, puis je découvrais que cela n'empêchait pas cette patiente de me faire part de sa détresse dont je constatais qu'elle allait la formuler autrement à la psychiatre quelques minutes plus tard... La patiente construisait à mon égard un transfert singulier que je n'ai pas manqué d'analyser ensuite, et cela à partir du contre-transfert que j'éprouvai au départ et qui m'était signalé par l'anxiété d'avoir été démasqué.

Ce principe méthodologique de vigilance aux effets de la subjectivité dans l'appréhension du terrain et de leur limitation par un constant effort d'association se retrouvera dans la forme intertextuelle que nous souhaitons donner au journal ethnographique. Le travail intertextuel à l'œuvre dans le temps de l'écriture renvoie à celui d'association qui se déroule dans le présent de l'observation. En fait, au-delà de la méthodologie, l'association et l'intertextualité renvoient plus largement à des choix épistémologiques qui privilégient une compréhension et une connaissance interprétative et non causaliste de la psychiatrie d'urgence. Dans l'association, comme dans l'intertextualité, il s'agit de juxtaposer des signifiants ou des énoncés en leur supposant un rapport. Cette

²¹³ supposition fait surgir et *produit* même, comme l'affirme J. Kristeva dans *Séméiotikè*, une réalité sémiotique nouvelle qui s'arrache au réel premier de l'expérience singulière et est partageable dans le champ de la science comme hypothèse, parmi d'autres, d'interprétation de la réalité visée. Sans l'association ni l'intertextualité, la réalité ne signifie rien en elle-même : elle exige d'être mise en regard d'un énoncé autre sur cette réalité, que le chercheur estime en lien avec le premier qu'il a formulé, pour faire surgir, par comparaison et confrontation, un texte inédit, issu des deux premiers mais cependant non réductibles à ceux-ci. Au fond, la notion d'intertextualité est une application à l'analyse du texte écrit de la règle psychanalytique de la libre association dont Freud nous dit qu'elle est à même de dévoiler les procédés de condensation et de déplacements qui affectent les formations du psychisme, comme le rêve. Le « texte » du rêve, son étrange contenu manifeste, ne dévoile son contenu latent qu'à la condition de le désemprouiller des autres textes qui s'y trouvent condensés ou déplacés. Le travail d'association *renvoie* (sans le dire tout) au contenu latent qui est le désir du sujet, presque impartageable, mais il le rend tout de même interprétable et communicable en évoquant d'autres textes qui le bordent, le cernent. Ce sont ces principes,

²¹³ « Le mot (le texte) est un croisement de mots (de textes) où on lit au moins un autre mot (texte). (...) tout texte se construit comme mosaïque de citations, tout texte est absorption et transformation d'un autre texte », in KRISTEVA, Julia. *Séméiotikè. Recherches pour une sémanalyse*. Seuil, 1969. Coll. « Tel Quel », pp.145-146.

défundus à la fois par la technique psychanalytique et par l'intertextualité, et que Kristeva a fondés comme méthodologie d'analyse du texte, que nous avons privilégiés dans l'approche de notre terrain et pour la *production* de données²¹⁴.

Avec Devereux, Olivier de Sardan et Ghasarian²¹⁵, peut-être peut-on donner une liste non-exhaustive des indicateurs d'implication subjectives auxquels appliquer le raisonnement précédent : les angoisses devant des scènes choquantes, violentes ou tout simplement inattendues, l'expression de l'agressivité (chez les sujets observés mais chez l'observateur aussi), la connivence avec les sujets sur le terrain, l'empathie, les croyances (sur les psychiatres aussi fous que leur patients, par exemple), les résonances de la recherche avec des enjeux institutionnels qui construisent des relations spécifiques sur le terrain, etc.

La réflexivité pourrait sembler une posture méthodologique bien maigre vu le peu d'artifices techniques qu'elle requiert. Détrompons-nous car si le procédé en est assez simple et libre, il est le fruit d'un effort constant où le chercheur doit questionner ses certitudes et interprétations comme jamais absolues. Une telle démarche cherche à interroger le savoir en construction sur le terrain comme toujours précaire et indécis. Il s'agit « simplement » de rendre compte des conditions d'applicabilité des connaissances qui seront produites au moment de l'analyse des résultats, ainsi que l'estime Ghasarian : « *Plus l'auteur est prolix au sujet des conditions de production de son texte, plus il dévoile les mécanismes de son autorité, mieux il justifie son analyse* »²¹⁶. En d'autres termes, ce travail réflexif indique au lecteur de la thèse d'où parle son auteur.

C. Illustration pour notre thèse : l'analyse d'une perturbation de l'équipe infirmière et de l'anxiété du chercheur lors de l'observation d'une contention aux urgences psychiatriques.

Afin de bien comprendre comment cette méthodologie s'applique dans le cas précis de notre enquête aux urgences psychiatriques, nous allons ici brièvement commenter un extrait de notre journal qui correspond à *l'observation n°17*.

Cet extrait est paradigmatique puisqu'il illustre à la fois la manière dont nous avons essayé de tirer des données à partir des perturbations que nous avons induites sur le terrain et des mouvements psychiques dont nous avons fait l'expérience de manière aiguë.

Mais tout d'abord, quelques précisions sur la manière dont nous avons structuré notre journal. Il est divisé en deux grandes parties : la première recense le récit circonstancié

²¹⁴ A propos de l'idée de production, nous nous référons ici aux propos de Roland Barthes dans son article de *l'Encyclopedia Universalis* dans lequel il consacre quelques lignes à la notion d'intertexte : « *Epistémologiquement, le concept d'intertexte est ce qui apporte à la théorie du texte le volume de la socialité : c'est tout le langage, antérieur et contemporain, qui vient au texte, non selon la voie d'une filiation repérable, d'une imitation volontaire, mais selon celle d'une dissémination – image qui assure au texte le statut, non d'une reproduction, mais d'une productivité* ». On note ici l'influence psychanalytique car la notion d'inconscient propre au processus intertextuel n'est pas énoncée, mais bien présente. Par ailleurs, nous verrons plus loin, en abordant plus proprement l'intertextualité dans le processus d'écriture du journal comment il s'est effectivement écrit avec le langage « *antérieur et contemporain* » à la fois du sujet chercheur et de la science.

²¹⁵ GHASARIAN, Christian. « Introduction. Sur les chemins de l'ethnographie réflexive ». In GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U ». Pages 5-33.

²¹⁶ Ibid.

de nos observations (vingt-et-une au total) et la deuxième regroupe une série de quinze fragments cliniques que nous avons isolés pour mieux les développer.

Le compte-rendu de chaque jour d'observation est divisé en trois parties. D'abord le « *récit de l'observation* » : c'est ce que nous avons rédigé à partir de nos prises de notes sur le terrain. Nous y reviendrons, mais disons qu'il s'agit d'une écriture au fil de la plume qui, globalement, suit le déroulement chronologique de la journée ou demi-journée de présence au pavillon N. Ensuite, on trouve ce que nous avons appelé « *analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain* ». Cette partie traduit la méthode que nous venons d'exposer. Elle se subdivise elle-même en deux ensembles : « *Analyse de l'expérience subjective* » et « *Analyse des perturbations et déformations du terrain* ». Enfin, la troisième section concerne l'énoncé des données qu'on peut tirer de l'observation qui vient d'être faite, suite à l'analyse réflexive.

Alors que le récit de l'observation fut écrit « à chaud », les deux parties suivantes (analyse réflexive et données) ont été écrites quelque temps après et même réécrites en fonction de la manière dont une observation pouvait s'éclairer à la lumière d'une expérience ultérieure.

Concernant l'épisode de contention que je relate à *l'observation 17*, je fus longtemps confronté au réel de l'expérience sans avoir les armes pour l'interpréter. Bien sûr, le premier compte-rendu strictement descriptif m'aida déjà à y mettre du sens²¹⁷, mais plusieurs points restèrent obscurs notamment quant à la forte anxiété que j'avais ressentie et aux perturbations que j'avais provoquées sur le terrain : la colère des médecins et infirmiers à mon égard de n'avoir pas participé à la contention du patient.

Cet extrait du journal peut se lire de plusieurs manières. Il s'agit là d'être attentif à la façon dont la démarche réflexive et rétrospective a porté ses fruits.

On notera d'abord que l'analyse de l'expérience subjective n'a pas correspondu à l'analyse de mon inconscient en prise avec la situation, mais à une réflexion sur ma position, à ce moment précis, sur le terrain. J'ai tenté de *retourner* le sentiment d'effroi vis-à-vis de la psychose, de la contention et des mouvements agressifs des médecins à mon égard en les replaçant à la fois dans le contexte général de ma recherche (dans mon désir *de chercheur*²¹⁸

) et dans le contexte institutionnel du pavillon N. Ainsi, en me rappelant mes objectifs de recherche, j'ai introduit l'événement réel de la contention *dans une lecture*, ce qui m'a permis de l'*associer* à différents éléments. Ce réseau d'associations retirait, de fait, la valeur univoque et trop fascinante, donc traumatique, de l'événement : la contention, ça pouvait être l'absence de la communication (qui sous-entendait que la communication se produisait dans d'autres cas et que celui-là n'était que marginal), l'expression des aspects médico-légaux de l'hôpital, une procédure soignante, etc., c'est-à-dire une multitude de possibles interprétatifs qui allaient au-delà de la première vision à sens unique, donc trop subjectivée : « *on bat un fou* ». De même, pour éliminer le sentiment de contre-transfert provoqué par l'agressivité des soignants à mon égard, je décidai de retourner le problème, ou en tous cas de lui donner une série de valences, en me souvenant qu'à ce moment-là de mes observations j'étais pris pour un interne de psychiatrie et qu'en cela j'occupais un statut particulier qui s'inscrivait dans des conflits d'identité soignante déjà repérés.

Quant à l'analyse des perturbations du terrain, on lira que la déstabilisation de cette opération de contention due à ma présence pris sens rétrospectivement, à la lumière

²¹⁷ Nous verrons cela plus en détail quand nous aborderons les questions d'épistémologie de la description.

²¹⁸ Soit pas tout mon désir, mais la forme qu'il prend en s'investissant dans cette étude.

d'expériences ultérieures (notamment une enquête qu'on me convia à prendre en charge dans le service et qui portait sur les représentations infirmières de la contention). J'appliquai alors strictement la méthode de Devereux en *situant* la perturbation du terrain dans le récit des informateurs que je multipliai à cette occasion (infirmiers, psychiatres, médecins, responsables administratifs du service).

On le voit : c'est *l'inscription* et la *situation* d'un événement dans un réseau de significations et d'interprétations qui se resserre progressivement qui aboutit aux données consignées dans la dernière partie de *l'observation 17*.

II. La description ethnographique : comprendre les modalités du passage du visible au dicible pour rendre compte de la forme de la connaissance produite

Si, jusqu'à maintenant, nous avons rendu compte de la manière dont nous avons procédé pour la prise en compte et l'analyse de la réalité et du réel de l'expérience de l'observation (mouvements psychiques de l'observateur et perturbation du terrain), nous devons maintenant aborder la question, encore non traitée, de la mise en texte de cette expérience. Ce problème de l'écriture est à la fois méthodologique et épistémologique car il définit le processus de construction du texte du journal ainsi que son statut intermédiaire entre l'expérience de terrain et le texte théorique de la thèse.

Comme nous le rappelle Laplantine, quand il fait le choix méthodologique de l'observation et de la description ethnographique, le chercheur doit passer par une phase de réflexion – de réflexivité même – sur le rapport (et le passage) entre le regard et l'écriture :

« la description ethnographique (...) ne consiste pas seulement à voir, mais à faire voir, c'est-à-dire à écrire ce que l'on voit. C'est un processus généralement implicite, tant il paraît aller de soi alors qu'il est d'une complexité inouïe. Procédant à la transformation du regard en langage, il exige, si nous voulons le comprendre, une interrogation sur les rapports du visible et au dicible ou plus exactement du visible au lisible »²¹⁹.

Si le chercheur parvient à expliquer la forme que cela a pris dans sa démarche de recherche, il parvient à justifier le statut de la connaissance qu'il aura produite.

A. Interrogations théoriques et épistémologiques à propos du passage de l'observation du terrain à l'écriture du texte dans l'exercice de la description ethnographique.

1. Une articulation complexe entre œil, regard et écriture

Le problème que soulève Laplantine dans le propos que nous venons de citer est en effet très complexe car, une fois de plus, il convoque la subjectivité du chercheur dans l'expérience d'enquête. Une fois encore, il s'agit de s'interroger sur les implications psychiques et subjectives qui font passer du voir au discours. Il ne s'agit pas de dévoiler notre inconscient et de dire comment il se manifeste dans notre expérience du regard. Il s'agit plutôt de se rendre vigilant aux coupures successives opérées, pour le sujet, lors du passage entre expérience de la vue, construction du regard et mise en discours de ce

²¹⁹ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 »

regard. Cela permet de saisir plus exactement la valeur du savoir produit au terme de cette chaîne mise en œuvre dans la description ethnographique.

La première coupure est certainement celle qui est mise en valeur par Lacan quand il parle de « *la schize de l'œil et du regard* »²²⁰. Lacan produit un série de considérations sur le rapport entre œil et regard qui sont un peu éludées par Laplantine qui, s'il introduit le regard comme une première nomination du voir, comme une distinction dans le continuum du voir, n'en tire pas les conséquences pour le sujet qui sont peut-être à prendre en compte dans la compréhension de la dialectisation observation/description.

Lacan nous indique que le regard, qui appartient au champ de l'autre (je nais sous le regard de l'autre), est déjà une perte car inscrit dans le symbolique car le regard que l'on porte sur moi est déjà-là avant moi : « *Ce qu'il s'agit de cerner, (...), c'est la préexistence d'un regard – je ne vois que d'un point, mais dans mon existence, je suis regardé de partout* ». On pourrait dire que le regard, dont le sujet prend conscience dans l'expérience du miroir et du regard de sa mère, est l'inscription du symbolique dans l'expérience du voir, pulsionnelle et entière au départ : alors que je me pensais omnivoyeur, je n'ai en réalité que des points de vue et le regard, c'est alors cela, l'inscription du manque dans le voir, soit mon inscription dans le symbolique, soit dans le monde de l'autre qui, nous dit Lacan, jamais ne me regarde là où je me vois. De même que « *ce que je regarde n'est jamais ce que je veux voir* »²²¹. Cette dernière proposition de Lacan, qui montre bien le fonctionnement de la dialectique de l'œil et du regard, est précieuse pour l'analyse de la démarche de recherche qui cherche à rendre compte d'une expérience du regard : le chercheur doit se méfier de ne pas écrire cette perte entre désir de voir et expérience (castratrice nous dit Lacan) du regard ; le chercheur ne ferait alors qu'écrire, dans son journal, ses fantasmes et sa biographie inconsciente. Lacan dit que le voir s'éluide dans le regard :

« Dans notre rapport aux choses, tel qu'il est constitué par la voie de la vision et ordonné dans les figures de la représentation, quelque chose glisse, passe, se transmet, d'étage en étage, pour y être toujours à quelque degré éludé – c'est ça qui s'appelle le regard »²²².

En somme, le travail d'observation et de description ethnographique est celui de pertes ou d'aliénations successives : du voir dans le regard, du regard dans le discours (qui, lui-même, est adressé à un autre qu'à moi-même, c'est-à-dire à la communauté scientifique).

L'étape théorique²²³ qui suit est la transformation du regard en langage, nous dit Laplantine. Peut-être conviendrait-il mieux de dire transformation du regard en discours (ou en parole) car, si l'on suit le développement précédent, le regard est d'une certaine manière déjà pris dans le symbolique, donc dans le langage en tant qu'il institue le manque et le rapport à l'autre.

Pour Laplantine, la description ethnographique correspond à « *l'organisation textuelle du visible* »²²⁴ et il précise aussi la nature de cette organisation qui est « *une activité de*

²²⁰ LACAN, Jacques. *Le séminaire*. Livre 11, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964]. Seuil, 1973. Coll.

« Champ freudien », p.65 sqq.

²²¹ Ibid., p.95

²²² Ibid., p.70.

²²³ C'est une étape théorique en effet car la séparation chronologique que nous faisons n'est utile que pour l'analyse car comme l'estime Laplantine, « *l'activité de perception n'est guère séparable d'une activité de nomination* ».

²²⁴ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 », p.27

construction et de traduction »²²⁵. Ces considérations qui peuvent paraître anodines ont en fait des implications multiples.

D'abord, sur la nature du terrain. Le terrain se définit de façon spécifique quand il est appréhendé à travers le processus observation/description. Il nous semble que le terrain n'est pas vraiment la réalité objective, mais plutôt une *double construction sémiotique* qui a un versant subjectif et un versant collectif. La première transformation symbolique du terrain est subjective, c'est celle qui s'opère dans le passage entre œil (vision, sens de la vue) et regard. Le chercheur organise, pour lui, le continuum du terrain en y posant un regard spécifique qui établit des distinctions et différences dans la réalité (une sorte de cadrage et de première nomination de la réalité). A cette étape, le terrain est déjà « sémiotisé », mais le sens qu'il revêt n'est valable que pour le chercheur, il n'est pas vraiment transmissible. Il s'agit ensuite, de *traduire* (passer d'une *organisation* symbolique à une autre) le regard en un discours ou une parole à destination de la communauté scientifique, c'est-à-dire dans un discours qui connaît des contraintes spécifiques. Pour Laplantine, la traduction consiste à situer le regard propre du chercheur dans un « *réseau d'intertextualité* » : le regard du chercheur prend alors sens comparativement et différenciellement à d'autres discours et regards antérieurs ou contemporains. Nous détaillerons cela plus loin, mais faisons ici l'hypothèse que le savoir constitué sur le terrain est celui qui émerge *entre* les regards et les discours en tant qu'ils se confrontent, se limitent, s'éclairent les uns les autres. Il n'est donc pas un savoir absolu, mais relatif : c'est la spécificité du savoir ethnographique.

Cette idée de double construction sémiotique nous semble confirmée par une formulation de l'anthropologue Mondher Kilani selon qui la textualisation ethnographique est constituée de « *champs de synecdoques* »²²⁶. En somme, le terrain est une construction sémiotique qui a un rapport non direct mais de contiguïté avec la réalité « objective ». Pour nous, et en nous appuyant sur la psychanalyse de Lacan, cela tient à la structure même du langage et à la façon dont on peut envisager le rapport entre réel et symbolique, mais aussi entre deux productions symboliques. Pour reprendre le terme de Lacan, ce rapport est métonymique, ce qui est proche de la notion de synecdoque évoquée par Kilani. On peut métonymiquement, de proche en proche, retrouver la réalité du terrain à partir du texte ethnographique. Le texte est liée par une synecdoque au regard du chercheur qui lui-même est lié de manière métonymique au réel de l'observation. Le texte ethnographique est alors une traduction et une réduction (une condensation aurait dit Freud, une métaphore aurait Lacan) de la réalité du terrain : comment faire tenir dans l'espace limité du journal et dans la limitation du langage les dizaines d'heures passées sur le terrain et leurs expériences associées ? C'est impossible et c'est pour cela que le texte ethnographique n'est pas le terrain (la chose même) mais instaure un rapport avec le terrain, ce qui est suffisant, selon nous, pour l'exploiter dans le champ de la science.

Ici se posent donc les questions de la *représentation* et de la *représentativité* du texte par rapport au terrain. La conception du texte ethnographique que nous venons de développer implique une définition exigeante de ces deux notions. En effet, *dans une certaine mesure*, le texte du journal est *une* représentation du terrain, et il est aussi représentatif du terrain en ce qu'il y donne accès et qu'on peut, à la suite de la lecture, en avoir une idée. Mais cette notion de représentation ne doit pas nous faire tomber dans

²²⁵ Ibid., p.37

²²⁶ KILANI, Mondher. « Les anthropologues et leur savoir : du terrain au texte ». In ADAM J.-M., BOREL M.-J., CALAME C., KILANI M. *Le discours anthropologique. Description, narration, savoir*. Méridiens Klincksieck, 1990. Coll. « Sémiotique », p.96

le travers de croire qu'il y aurait des choses en soi²²⁷ dans le monde, déjà emplies de sens, et que le langage, à condition d'être bien manié, serait à même d'exprimer de façon transparente. La représentation dont il est question dans la description ethnographique est une représentation *parmi d'autres* qui tient à la manière dont les signifiants du récit ethnographique ont été agencés, ont produit du sens sur une réalité qui n'en avait pas a priori ou n'était pas sans équivoque dans ce qu'elle donnait à voir. Croire que le langage n'est qu'un support et n'a qu'une fonction référentielle, c'est oublier la structure du signe qui rappelle qu'il n'y a pas de relation nécessaire entre le signifiant et la chose désignée. Laplantine rappelle alors l'objectif de la description ethnographique : « *l'écriture descriptive, en particulier dans la recherche ethnographique, ne consiste pas à « communiquer des informations » déjà détenues par d'autres, à exprimer un contenu déjà là et déjà dit, mais à faire advenir ce qui n'a pas été dit, bref à faire surgir de l'inédit* »²²⁸. On retrouve ici la conception de Barthes qu'on observait au chapitre précédent sur l'utilisation de la langue comme média ou comme matériau dans les SHS. Mais à quelles conditions la construction sémiotique du terrain par le travail d'écriture descriptive est-il vraiment exploitable par la science ? C'est ce que nous allons voir maintenant.

2. La description ethnographique : du terrain comme construction sémiotique au problème de la référence et du rapport entre terrain et concepts.

Plusieurs chercheurs, y compris en sciences de l'information et de la communication, décrivent le terrain comme une construction sémiotique. La question qui se pose est alors de savoir s'il s'agit d'une pure construction et si le texte ethnographique ne serait pas qu'une fiction autoréférentielle, transformant la science en imaginaire. Pour trancher ce débat, il faut prendre en compte plusieurs éléments.

D'abord ce que nous avons dit précédemment : le terrain entretient un rapport avec la réalité, mais il n'est pas direct ni immédiat et le chercheur doit s'en expliquer ; nous l'avons fait. Ensuite, si la méthodologie d'élaboration du texte est nécessairement constructiviste, cela ne signifie pas que l'exploitation de ce texte se fasse sur le mode imaginaire. Il y a donc plusieurs plans à distinguer, qui se retrouvent dans l'architecture finale de la recherche : il y a la réalité du terrain (ce à quoi on fait référence par des chemins tortueux parce que c'est le fait du langage), il y a le terrain comme construction sémiotique seconde qui plane, de façon flottante, sur la réalité objective et enfin, il y a le texte de la thèse qui met en œuvre le concept sur la seconde instance. Le concept ne peut en effet s'appliquer que sur un contenu déjà sémiotisé et stabilisé, donc sur le texte ethnographique.

Dans la construction de notre journal, nous ne nous sommes pas laissé contraindre par une exigence de référentialité absolue qui nous aurait poussé à un usage très obsessionnel du langage voulant faire coller à tout prix le mot à la chose. La vérité du terrain, nous ne l'avons pas tirée d'une description isolée. Nous avons écrit cette description conscient du fait qu'elle référait, de près ou de loin, à la réalité vécue. Le sentiment de la référentialité était variable en fonction de nos possibilités d'expressivité et de la satisfaction ou non que nous éprouvions de notre éloquence. Ce sont en fait les descriptions mises en série qui nous ont permis de tirer des données disponibles pour la science et le travail conceptuel. En effet, après avoir construit le terrain, nous l'avons analysé de manière structurale, c'est-

²²⁷ Laplantine nous explique que cette posture est une illusion positiviste qui « *consiste à faire croire que les significations recherchées sont totalement contenues dans les choses, le monde, la société* », in La Description ethnographique, déjà cité, p. 35.

²²⁸ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 », p.35

à-dire en cherchant les invariants dans ce qui varie. Les invariants, c'est ce qu'on peut retenir de la réalité du terrain comme une forme de vérité de ce terrain car c'est ce qui se répète, renvoie à sa structure. Ce qui varie, ce sont en fait tous les artifices de construction langagiers par lesquels on a été obligés de passer pour rendre compte du terrain mais qui désormais n'apparaissent que comme formes contingentes puisque d'autres formes d'expressions seraient apparues dans l'écriture d'un autre chercheur qui aurait manié le langage autrement, singulièrement. En d'autres termes encore, la recherche des invariants permet de dépasser la manière propre du chercheur à construire les synecdoques avec lesquelles il représente le terrain.

Marie-Jeanne Borel estime qu'il y a des conditions, des exigences à remplir, qui font que « *l'objet anthropologique que construisent les descriptions n'apparaisse plus comme une fiction naissant librement du talent d'un écrivain pour le plaisir de ses lecteurs* »²²⁹. Elle dénombre trois exigences ; voyons si nous les avons remplies. Elle parle d'abord d'une « *exigence de pertinence empirique* » qui veut que le savoir produit soit en connexion avec une réalité extérieure. Nous ne cessons de montrer que nous avons un terrain et que nous produisons un texte en rapport avec ce terrain, même si c'est un rapport partiel. La deuxième exigence est « *la cohérence conceptuelle* » : c'est la question du rapport entre le terrain et les concepts que nous n'avons pas encore vraiment traitée, mais c'est aussi la question de la cohérence des concepts entre eux pour comprendre le terrain : nous avons vu cette question dans la partie épistémologique de la thèse. La troisième contrainte à respecter est « *l'exigence critique* » : il nous semble qu'elle est double et que nous l'avons accomplie : elle renvoie à l'analyse réflexive que nous avons détaillée plus haut (critique du chercheur sur lui-même, en quelque sorte) et c'est une réflexion sur l'ambition de connaissance en regard de ce que donne à voir le terrain que nous avons aussi pris en considération.

Nous allons revenir plus bas sur le rapport entre le terrain, sa description et les concepts mis en œuvre dans la thèse pour l'analyse du terrain en nous interrogeant sur la fonction d'interprétation et/ou d'explication contenue dans la description même.

Mais avant, nous voudrions faire référence à la notion de « *composite* » développée par Joëlle Le Marec dans le champ des sciences de l'information et de la communication. Telle que nous l'avons entendue, cette notion désigne notamment le rapport entre l'activité d'observation et de description d'une part et l'activité de conceptualisation d'autre part. Pour Le Marec, il ne faut pas séparer ces activités en estimant que le chercheur commence par observer, puis décrit, puis conceptualise. L'expérience de terrain est une expérience composite, elle est un composé de toutes ces expériences à la fois visuelles, linguistiques et de pensée, de mise en œuvre du concept. Mais ce que dit cependant Le Marec c'est qu'il y a une pratique qui aboutit à une formation mesurée du composite. Dans la démarche de terrain, il faut « *se situer le plus longtemps possible dans la zone de confrontation entre la réaction de l'observation au questionnement et la réaction du questionnement à l'observation, sans précipiter la conceptualisation, mais sans y renoncer non plus* »²³⁰. Cette méthode est finalement un compromis, une dialectique à tenir tout au long de la recherche :

« le concept d'une part, le terrain de l'autre, doivent se contraindre l'un l'autre, ils doivent se contraindre à se transformer mutuellement pour aider à se rapprocher

²²⁹ BOREL, Marie-Jeanne. « Le discours descriptif, le savoir et ses signes ». In ADAM J.-M., BOREL M.-J., CALAME C., KILANI M. *Le discours anthropologique. Description, narration, savoir*. Méridiens Klincksieck, 1990. Coll. « Sémiotique », p. 25

²³⁰ LE MAREC, Joëlle. « Situations de communication dans la pratique de recherche : du terrain aux composites ». In *Etudes de communication. Langues, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 14-39.

de ce qu'on entrevoit et qui est toujours un déséquilibre à résoudre entre ce que l'on voudrait penser et ce que l'on saisit empiriquement »²³¹.

Nous allons maintenant voir comment mettre en œuvre ces recommandations en montrant la manière dont, dans le journal ethnographique, nous avons utilisé l'intertextualité, l'interprétation et l'explication.

B. Ecritures et lectures du texte ethnographique, quelques éléments pratiques

1. L'usage de l'intertextualité dans l'écriture et la lecture de la description

Beaucoup d'anthropologues que nous allons citer expriment, chacun à leur manière, le fait que l'ethnographie (description d'une expérience de terrain dans le but de la proposer au regard scientifique) est un travail fondamentalement intertextuel. Nous allons ici montrer comment nous avons pris ce constat comme un argument méthodologique pour notre thèse en identifiant des textes de différentes natures – hétérogènes – qui contribuent à l'édification du récit ethnographique. Comme nous l'avons montré plus haut, le travail d'association pratiqué dans le présent de l'observation sur le terrain renvoie à la méthodologie intertextuelle que nous adoptons dans le moment de l'écriture du journal. Nous prétendons ainsi mettre en cohérence la méthodologie générale de notre recherche tout en soutenant notre choix de mettre à distance toute approche protocolisée de notre terrain.

L'originalité de la démarche ethnographique, comme nous le rappelle Laplantine, c'est « *son aptitude à intégrer de l'hétérogène* »²³². Autrement dit, dans ce champ, l'intertextualité a une spécificité : elle met en regard, articule, conjugue ou juxtapose simplement des textes qui peuvent avoir une origine et une nature différente. En somme, on n'obéit pas, dans l'approche ethnographique à l'adage scientifique qui voudrait que l'on ne compare que ce qui est comparable. En vérité, il nous semble que l'intertextualité n'est pas que comparaison. Comparer des textes aboutit en effet à dire que dans un texte en figurent en fait plusieurs, qu'on peut reconnaître tel énoncé de celui-ci dans celui-là. Mais le procès même de l'intertextualité serait plutôt celui d'une *hybridation* dont on connaît mal les lois puisque, pour la plupart, elles sont certainement inconscientes. Il nous semble que Freud et Lacan²³³ ont bien montré comment certaines formations psychiques étaient un tissage intertextuel. Par exemple, le lapsus n'est-il pas l'apparition du discours inconscient dans la parole articulée et contrainte par l'Autre : ce lapsus, qui fait s'entrechoquer et se conjuguer deux textes a une signification qui excède et pourtant contient les deux discours dont il est issu. C'est sur le modèle de cette création de sens par l'intertextualité, par l'entrechoquement des textes, que nous semble reposer spécifiquement la démarche ethnographique descriptive. Il s'agit d'articuler (ou de simplement juxtaposer quand l'articulation est trop complexe) des textes

²³¹ *Ibid.*

²³² LAPLANTINE, François. « L'anthropologie genre métis ». In GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U ». Pages 143-152.

²³³ Voir chez Freud, *La psychopathologie de la vie quotidienne* et chez Lacan le séminaire sur les *Formations de l'inconscient*. Philippe Sollers ou Roland Barthes dans *Théorie d'ensemble* (1968) et Julia Kristeva dans *Séméiotiké* (1969) ont sans doute contribué à l'application de la technique psychanalytique à l'analyse du texte en forgeant le concept d'intertextualité.

provenant de sources différentes pour faire émerger un surplus de signification²³⁴ qui nous paraît pouvoir être qualifié comme le sens du terrain, celui que nous exposons déjà, faisant cela, à l'interprétation. Nous verrons comment cette démarche de mise en tension de textes est proprement interprétative (s'appuyant sur le sens) avant d'être explicative (s'appuyant sur la cause). Le texte ethnographique doit montrer le plus possible en démontrant le moins possible pour conserver au terrain sa nature de construction sémiotique et non pas d'objet d'expérimentation.

Laplantine précise ce qu'il entend par l'intégration de l'hétérogène :

« Un texte anthropologique est d'abord traversé par tout un jeu d'intertextualité savante instaurant un rapport nécessaire à ce qui a été écrit par d'autres et renvoyant à d'autres encore. Mais pour que le texte devienne un texte anthropologique, il faut que toute cette intertextualité ait été confrontée à la parole des autres »²³⁵.

Autrement dit, et on le verra mis en œuvre dans notre journal, le texte doit incorporer plusieurs types de discours, plusieurs énoncés et plusieurs énonciations : il y a le travail de la langue et du regard littéraire que nous évoquions plus haut ; il y a la voix du chercheur qui dit « je » dans le journal et qui décrit ce qui lui arrive et ce qu'il voit ; il y a les paroles des personnes observées sur le terrain et intégrées au discours direct ou indirect dans le texte ; il y a un mode de conclure sur une observation et l'utilisation d'un vocabulaire spécifique, qui sont la manifestation de l'imprégnation du chercheur par d'autres textes qu'il a lus, etc.

Comme le dit Mondher Kilani, le texte ethnographique s'apparente au « *modèle du roman polyphonique* »²³⁶. Le but de cette écriture est la multiplication des points de vue pour un éclairage plus net du terrain. Cette multiplication des points de vue s'actualise dans la multiplication, agencée, des énoncés et des énonciations diverses, venus du terrain, du chercheur et de la littérature savante. Il s'agit de la mise en œuvre pratique de l'approche multifocale de la psychiatrie d'urgence que nous avons privilégiée dans la thèse. En fait, l'approche interdisciplinaire que nous avons privilégiée sur le plan théorique et épistémologique trouve son « reflet pratique » dans l'intertextualité propre au texte ethnographique et dans l'association comme appui à la réflexivité dans le temps de l'observation.

Grâce à la construction intertextuelle de la description ethnographique, les terrains deviennent « *tels des manteaux d'Arlequin (...) qui se déploient complexes et changeants suivant les reflets que leur donnent nos éclairages* »²³⁷. En fait, le terrain a tout intérêt à conserver sa dimension de « patchwork » dans sa composition textuelle pour que le chercheur garde l'assurance de ne jamais en faire une réalité univoque et dire, par exemple, « l'urgence psychiatrique, c'est cela, ce que manifeste le terrain et c'est la vérité, toute la vérité ». Le processus même d'observation et de description, on l'a vu, indiquent une

²³⁴ De la même manière que les signifiants produisent du sens les uns par rapport aux autres, différemment, des textes revêtent des significations par les textes antérieurs qu'ils contiennent quand ils se confrontent différemment.

²³⁵ LAPLANTINE, François. « L'anthropologie genre métis ». In GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U ». Pages 143-152.

²³⁶ KILANI, Mondher. *Introduction à l'anthropologie*. Payot Lausanne, 1996. Coll. « Sciences humaines ». Nous évoquions déjà cette notion de polyphonie à partir d'un texte de Jeanneret qui l'appliquait au texte même de la recherche et pas simplement au terrain.

²³⁷ DA-LAGE-PY Emilie et VANDIEDONCK David. « Introduction ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 7-14.

appréhension subjective du terrain qui en fonde l'interprétation qui, elle, s'appuiera sur les raisonnements rigoureux de la science. Le texte ethnographique propose des données ouvertes à l'interprétation et c'est l'hétérogénéité de sa composition intertextuelle qui le constitue comme tel. Philippe Quinton reconnaît pleinement cette ouverture à l'interprétation donnée au chercheur pour le travail conceptuel, mais aussi laissée au lecteur de la recherche. Ici apparaît une autre forme d'intertextualité : le terrain raconté intertextuellement est passé au tamis de nouveaux textes, ceux que met en œuvre le lecteur du journal ethnographique en train de lire :

« Plus modestement, essayons de comprendre la signification d'un terrain, celle qu'il donne ou qu'on lui donne dans le cadre d'une recherche, sachant qu'elle est produite par une intervention conceptuelle ou sensible d'un humain à partir d'un matériau physique ou symbolique. Le travail du chercheur consiste à (seulement) manipuler, organiser de la matière signifiante dans une production symbolique qui est livrée ensuite à une lecture autre que la sienne. Le sens final de la recherche, donné par le destinataire, serait alors la lecture d'une lecture »²³⁸.

Notre journal ethnographique a mis l'intertextualité en œuvre selon plusieurs articulations.

La première est celle qui a mis en relation, au fur et à mesure de l'avancée de la rédaction du journal, le texte des observations successives les uns avec les autres. On notera par exemple de plus en plus de renvois aux textes précédents à mesure qu'on s'approche de la fin du journal. Si on veut caricaturer, on peut dire que la dernière observation est celle qui est la plus riche et la plus traversée des textes des observations précédentes. La dernière description est ainsi en quelque sorte moins libre mais plus riche, contrainte par les autres textes déjà rédigés mais riche de leur condensation.

La deuxième est celle qui met en relation notre texte (marqué par notre énonciation de chercheur et de sujet singulier) avec celui des paroles des sujets observés. Cela se donne à voir sous plusieurs modalités : soit par l'apparition de la parole d'un patient ou d'un soignant au style direct ou indirect, soit dans les fragments cliniques qui sont un mélange du discours du patient avec celui de l'observateur, avec cependant une prime franche donnée aux énoncés et au repérage de l'énonciation du patient.

Enfin, le dernier type de construction intertextuelle apparaît dans le paragraphe du journal concernant l'exposé des données à l'issue de chaque description : il est une articulation des deux textes déjà traversés d'intertextualité évoqués ci-dessus avec les textes savants (c'est ici qu'apparaît par exemple l'imprégnation et l'expression d'un vocabulaire marqué du côté de la psychanalyse ou de la sémiotique : on se permet, dans la construction des données de parler de réel, d'imaginaire et de symbolique, par exemple).

2. Décrire, interpréter ou expliquer ?

La question de la différence entre la description, l'interprétation et l'explication est très importante à discuter concernant le statut du journal ethnographique dans l'ensemble du travail de recherche. Nous allons tenter de montrer ici comment nous avons voulu, dans le journal, laisser une place à l'interprétation (inévitabile car consubstantielle à la description, mais mesurée pour éviter les généralisations hâtives) et comment nous avons essayé de limiter la tentation explicative.

²³⁸ QUINTON, Philippe. « Le sens du terrain ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, Questions de terrains. Université Lille 3. Pages 43-49.

Comme nous le rappelle Marie-Jeanne Borel, il est difficile de distinguer véritablement description et interprétation ; il s'agit de deux activités symboliques très proches à ne pas hiérarchiser selon l'idée que l'une serait plus en rapport avec une démarche scientifique que l'autre. Pour l'anthropologue, description et interprétation renvoient en fait, dans le champ de la science, à deux plans d'interprétations, plus ou moins profonds, où l'apport conceptuel intervient moins dans la première que dans la deuxième. Elle estime que l'interprétation est « *un processus propre à toute activité de connaissance, plus même, à toute mise en œuvre de la fonction symbolique. Celle-ci débute (« anté-prédicativement») avec l'orientation d'un corps vivant dans un monde de « présences» ; elle ne se réduit pas, prise en ce sens, à un genre de discours, un type de formulation ou un objet. La description et l'interprétation ne se situent donc pas dans un rapport hiérarchique, car la description témoignera d'un niveau d'interprétation* »²³⁹. Laplantine, quant à lui, nous met en garde contre la réduction de la description à une forme de l'interprétation qui aboutirait à une sorte d'indifférenciation des deux pratiques. Bien sûr, dès qu'on met en forme le réel dans une organisation syntaxique spécifique qui peut s'établir sous la modalité de la description, on propose des formules sur le continuum du monde et donc on interprète. Telle formulation induit telle interprétation à laquelle n'aurait pas conduit nécessairement telle autre formulation. Mais, insiste Laplantine, il faut se rappeler le statut du texte ethnographique qui doit rester un « *texte particularisant* »²⁴⁰ et éviter de le transformer en « *discours généralisant* »²⁴¹. Le texte ethnographique rend compte d'une réalité qui doit garder le plus longtemps possible ses spécificités non-réductibles à toute autre, avant l'intervention ultérieure du concept. En fait, Laplantine souligne ici le danger de passer d'une description nécessairement un peu interprétative à un discours généralisant et explicatif qui ne corresponde plus à la nature de la démarche ethnographique :

« Déstabilisant les prétentions de la pensée explicative qui vise à contrôler la multitude des détails et cherche à les dissoudre dans l'unité du concept, le discours descriptif mérite d'être considéré pour lui-même, dans son autonomie et non comme un obstacle ou, dans le meilleur des cas, une escale dans l'itinéraire qui conduirait à la science »²⁴².

Les fragments cliniques que nous faisons figurer dans notre journal ethnographique ont précisément cette fonction d'éclairer ce qui, du terrain, sont des points de singularité irréductible. Cela nous a permis de mieux apprécier ensuite, sur le plan théorique, que l'urgence mettait en tension de l'irréductible (du réel, du psychique, de la singularité) avec de l'universel (l'institution, le collectif, le politique). Reconnaître, grâce à l'ethnographie, des points de singularité dans la réalité, c'est rendre possible une appréhension des faits de médiation. On constate ici comment s'articule de manière cohérente épistémologie, méthodologie et construction de l'objet de recherche.

Il faut alors suivre les conseils de Mondher Kilani qui rappelle que l'ethnographie s'inscrit bien et exclusivement dans une logique du sens et pas de la cause. C'est ce qui distingue l'interprétation de l'explication. Expliquer les faits humains en termes de cause, c'est leur enlever ce qui précisément fait leur humanité, c'est-à-dire le fait qu'ils s'organisent symboliquement, qu'ils construisent leurs rapports et leurs comportements sur

²³⁹ BOREL, Marie-Jeanne. « Le discours descriptif, le savoir et ses signes ». In *Le discours anthropologique. Description, narration, savoir*. Méridiens Klincksieck, 1990. Coll. « Sémiotique », p. 46.

²⁴⁰ LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 », p. 108

²⁴¹ Ibid., p.108

²⁴² Ibid., p. 110

de l'arbitraire, des conventions, du sens. Kilani appuie sa réflexion en reprenant la logique d'Evans-Pritchard qui a toujours refusé de considérer l'anthropologie comme une science naturelle :

« selon lui, les systèmes sociaux ne sont pas des systèmes organiques mais des systèmes symboliques. Il ne s'agit donc en aucun cas pour l'anthropologue de démontrer « l'existence de rapports nécessaires » entre les phénomènes mais d'en montrer la « cohérence », autrement dit il s'agit pour celui-ci « d'interpréter » et non « d'expliquer » »²⁴³.

C'est évidemment là-dessus que s'est fondé notre texte ethnographique. L'attention que nous avons portée au récit des patients, au plus près de leur dire, est un signe de notre volonté de rester auprès de la logique du cas avant d'y plaquer la logique parfois causaliste de la science qui reste bien peu éclairante. Comment, en effet, trouver des causes au discours délirant d'un fou qui, déjà, n'a pas de sens ? Il faut ramener les éléments de dire et de d'observation, d'abord, à des logiques singulières – quand cela concerne un sujet – ou localisées – quand cela concerne une situation. Cela nous semble d'une importance toute particulière dès lors qu'on fait le choix d'étudier des phénomènes qui concernent la médecine : se rendre attentif à la singularité et à la dimension symbolique de la médecine, c'est la constituer en objet légitime des sciences sociales. D'autre part, remarquons que ce choix méthodologique est aussi politique puisqu'il consiste à persister à considérer que la médecine ne se réduit pas à une approche strictement « biologisante » de la pathologie. La médecine hospitalière aujourd'hui a en effet parfois tendance à oublier le sujet derrière la maladie réduite à un dysfonctionnement organique explicable, valable pour tous. L'approche ethnographique, couplée à une approche en sciences de la communication, réintroduit résolument la dimension relationnelle, communicationnelle et donc symbolique du soin et de la médecine²⁴⁴.

C. A la marge de l'enquête ethnographique, une appréhension du terrain à partir de travaux annexes mobilisant d'autres méthodologies

Nous allons ici décrire quelques travaux annexes que nous avons menés en marge de l'enquête ethnographique. Nous les présenterons à partir de leurs problématiques et méthodologies dans la seule mesure où ils alimentent la réflexion générale menée dans la thèse. Il s'agit donc de porter un regard rétrospectif et réflexif sur les résultats de ces travaux à l'aune de ce qu'ils apportent en termes de compléments et d'éclairages supplémentaires aux considérations épistémologiques et méthodologiques précédents pour aboutir à une définition plus précise de l'objet et des hypothèses de notre recherche que nous récapitulerons dans le chapitre suivant.

Dans ces travaux annexes, le plus important est sans doute une étude de discours médiatique que nous avons réalisée sur un corpus de presse régionale portant sur le pavillon N, couvrant une large période allant de 1991 à 2009 et totalisant 80 articles. Au départ, l'idée de cette étude avait émergé d'une double interrogation.

²⁴³ KILANI, Mondher. « Les anthropologues et leur savoir : du terrain au texte ». In *Le discours anthropologique*.

Description, narration, savoir. Méridiens Klincksieck, 1990. Coll. « Sémiotique », p.93

²⁴⁴ Nous croyons à la dimension politique de notre recherche car, depuis que nous l'avons entreprise, nous avons été sollicité à deux reprises par des psychiatres pour faire part publiquement de notre approche de l'urgence psychiatrique dans des situations où le service d'urgence dont ces psychiatres avaient la charge soit étaient menacés de disparition, soit avaient déjà disparus.

D'une part, notre enquête ethnographique nous avait fait nous apercevoir que le service d'urgence était entouré d'une sorte de légende, voire de mythologie, qui apparaissait dans le discours des soignants sous différentes formes : soit le pavillon N était considéré péjorativement comme le réceptacle de la misère sociale, comme une « Cour des Miracles » par certains, soit il était présenté en étant valorisé comme porteur d'une philosophie du soin singulière, comme incarnation d'une médecine sociale à la lyonnaise. Nous comprîmes que cela était dû à l'histoire du pavillon N que nous avons retracée brièvement plus haut, mais nous fîmes l'hypothèse que cette histoire était aussi conservée et structurée dans les représentations à l'aide de la presse locale puisqu'il nous arriva souvent de voir affichées des photocopies d'articles du *Progrès* sur le pavillon N dans différents bureaux (celui des infirmiers ou celui de médecins). Nos recherches sur l'histoire du pavillon N nous montrèrent le peu de documents disponibles sur l'histoire de l'urgence à Lyon comparée à une relative profusion des articles de presse locale à ce sujet, tout se passant comme si l'histoire s'était inscrite dans des archives davantage dans le discours médiatique que dans les écrits de médecins ou d'historiens. Notons aussi que les musées consacrés à la médecine à Lyon refoulent la question de l'urgence et valorisent davantage les domaines de la chirurgie et de la pharmacie. En somme, les aspects sociaux de la médecine sont peu inscrits dans les archives en comparaison de ses aspects techniques, ce qui signe bien, à notre avis, la manière dont la société envisage aujourd'hui l'activité médicale en refoulant ses aspects relationnels et de médiation que nous mettons cependant en valeur tout au long de notre thèse.

D'autre part, nous nous étonnions du fait que la plupart des patients avaient une connaissance de l'activité de psychiatrie du pavillon N alors que cet aspect n'est pas spécialement mis en avant par la communication de l'hôpital. Cette question émergea quand nous nous aperçûmes de la manière dont les urgences générales étaient une manière pour certains patients de rencontrer la psychiatrie en dehors du cadre de l'hôpital psychiatrique²⁴⁵ qui dispose de services d'urgence spécialement consacrés à l'accueil de la détresse psychique. Tout se passe pour eux comme s'ils savaient, sans se le dire, qu'ils pourraient rencontrer un psychiatre au pavillon N. Nous fîmes donc l'hypothèse selon laquelle ce savoir refoulé sur le pavillon N circulait dans la région lyonnaise et que ce pouvait bien être dans la presse.

Les résultats de notre analyse s'écartèrent bien évidemment de ces hypothèses de départ en y répondant toutefois puisque nous avons pu démontrer comment la presse faisait référence à la psychiatrie dans des articles de faits divers et comment des articles dénonçant l'engorgement du service cherchaient des responsables dans la présence de « faux » patients relevant de la prise en charge par la psychiatrie. Cette conception est à l'origine d'une représentation du service dans la presse à travers la figure de la Cour des Miracles²⁴⁶.

Cette étude contribue de plusieurs manières à la réflexion menée dans la thèse. Elle renseigne tout d'abord sur la place de la santé mentale dans l'espace public à travers le traitement médiatique de l'urgence. On remarque que la presse est très intéressée par l'urgence à double titre : d'une part parce que l'urgence renvoie de manière assez directe à des événements hors-sens qui interpellent la presse mise en demeure de leur

²⁴⁵ On peut lire cela dans le journal ethnographique, à l'*observation 13*.

²⁴⁶ Pour les résultats précis de cette étude, nous renvoyons à la lecture de son compte-rendu en annexe : c'est la reproduction du chapitre que nous avons publié à ce sujet dans un ouvrage sur la santé dans l'espace public. Cf. THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMEYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010.

donner une signification. Au fond, les situations d'urgence, en particulier psychiatriques, répondent à ce qui peut constituer un événement pour la presse et qu'elle peut facilement faire entrer dans la catégorie du fait divers. D'autre part, nous remarquons que la presse, à travers le traitement de l'urgence, construit des représentations de l'activité médicale qui valorisent une médecine hypertechniciste et qui critiquent les aspects de médiation sociale de la médecine hospitalière. Or, ce clivage là, nous l'avons perçu aussi dans notre enquête ethnographique dans une tension qui articule dialectiquement, et parfois oppose, la clinique somatique et la clinique psychiatrique aux urgences²⁴⁷. Ainsi, sur le plan méthodologique, cette étude de corpus n'est pas utilisée dans notre thèse en ce qu'elle renseigne sur les procédés médiatiques ni sur le travail journalistique (bien qu'elle le fasse mais ce n'est pas notre objet), mais elle nous sert d'outil comparatif d'appréciation de nos découvertes ethnographiques. Une question émerge alors de cette confrontation entre discours médiatique et observations ethnographiques : comment expliquer qu'une représentation homogène de la psychiatrie circule et soit ancrée à la fois sur le terrain et dans les discours qui lui sont étrangers ? Cela suggère d'interroger le succès d'une idéologie contemporaine puissante (puisqu'elle est se traduit dans le discours et se vérifie dans les pratiques²⁴⁸) qui relègue au second plan la fonction de contribution de la médecine hospitalière à la structuration du contrat social, fonction qui donne l'impression de ne plus trouver à s'actualiser et à être assumée que dans la psychiatrie. Reconnaissons que la psychiatrie aurait en effet des difficultés à renier les implications psychosociales des pathologies qu'elle rencontre. On remarque cependant que les recherches actuelles en génétique et en neurobiologie tendent à invalider l'abord de la maladie psychique comme nécessairement dialectisée au lien social ou, en tous cas, au rapport à l'autre²⁴⁹.

Quelques mots sur la méthodologie employée pour cette analyse de presse. Bien que nous revendiquions notre place dans le champ des sciences de l'information et de la communication, nous ne sommes pas spécialiste de l'analyse de discours. Nous avons donc choisi une méthodologie « minimale » exclusivement fondée sur une analyse de l'énonciation et du lexique dans les articles. Pour cela, nous avons suivi les recommandations de Dominique Maingueneau²⁵⁰. Cette approche nous a paru suffisante dans la mesure où nous cherchions à détecter la position énonciative du journal par rapport à ce qu'il énonce, travail rendu possible par le fait que nous connaissions bien la réalité décrite puisque c'est notre terrain. L'étude de l'énonciation nous a aussi permis de voir quelles figures étaient utilisées par la presse pour rendre compte de la psychiatrie et des ses patients : c'est ici que nous avons vu comment l'analogie de la Cour des Miracles pour dire l'urgence psychiatrique était un compromis en mesure d'évoquer le non-sens propres aux situations d'urgence tout en le nommant et de produire une grille de lecture discriminant les modalités d'accueil de l'urgence par la médecine technico-scientifique ou par la médecine « sociale ».

²⁴⁷ Sur ce point, lire *l'observation 13* du journal ethnographique

²⁴⁸ Quand les discours et la pratiques se répondent de manière si homogène, il convient de réintroduire du débat, ce que nous allons tenter de faire dans la thèse.

²⁴⁹ Il y aurait ainsi un gène de la schizophrénie qui expliquerait *tout* de la pathologie. Cette perspective scientifique a pour conséquence de désobjectiver la pathologie, à faire disparaître le sujet de son symptôme et à désolidariser aussi la folie du rapport au collectif, au symbolique.

²⁵⁰ MAINGUENEAU, Dominique. L'analyse du discours. *Introduction aux lectures de l'archive*. Hachette Supérieur, 1994. Coll. « Linguistique ».

Un autre travail sert de point d'appui au développement de notre recherche. Il s'agit d'une étude que nous avons menée à l'été 2005 au département d'information médicale de l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon. Il s'agit d'une étude statistique sur les profils des patients et leur orientation suite à leur passage au service d'accueil des urgences²⁵¹. Ce travail a fait l'objet d'une publication à laquelle nous renvoyons pour les résultats précis²⁵². Cette étude porte sur 15 000 passages correspond à 7 000 patients et nous estimons qu'elle est d'une grande représentativité et a abouti à des résultats très solides. Ce travail n'intervient qu'incidemment dans cette thèse car les démarches ethnographique et statistique ne sont pas vraiment comparables mais surtout parce que les deux terrains, même s'il s'agit de services d'urgence, ne se réfèrent pas à la même réalité : la population accueillie en hôpital psychiatrique est différente de celle qui est accueillie à l'hôpital général. En fait, c'est précisément dans cette différence que repose l'intérêt de cette étude pour la thèse car elle nous permet de poser la question des demandes spécifiques adressées à la psychiatrie à l'hôpital général. Si les situations d'urgence accueillies à l'hôpital psychiatrique relèvent de pathologies assez caractérisées dans la psychopathologie, nous avons pu émettre l'hypothèse que la psychiatrie à l'hôpital général accueille un résidu de différentes origines : résidu de la médecine scientifique, résidu de la société (précarité), demandes non-normées. C'est notamment cette hypothèse du résidu que nous traiterons comme la manifestation la plus certaine du réel de l'urgence²⁵³ bien avant celle du passage à l'acte qui lui fait souvent écran dans les écrits sur la médecine d'urgence.

Enfin, le dernier travail que nous avons mené parallèlement à l'enquête ethnographique est une enquête par entretiens auprès de soignants. Cette enquête était au départ une commande de la cadre infirmier du service qui, dans le cadre d'un programme d'évaluation des pratiques professionnelles, nous a sollicité pour faire un point sur les représentations des infirmiers et des aides-soignants sur la contention (le fait d'attacher des patients agités). Pour la cadre infirmier, cette enquête devait permettre de se rendre compte de l'impact des formations reçues par les soignants à ce sujet et il fallait notamment observer si la contention avait réussi à prendre une valeur thérapeutique pour eux. Nous réalisons donc cette « commande » qui nous permet de prolonger notre présence dans le service et d'avoir accès au discours des infirmiers que nous côtoyons peu jusqu'alors. Nous adoptons cette fois, au contraire de ce que nous disions plus haut, une méthodologie faite de protocoles et de grilles, avec tous les biais que cela comporte mais en nous épargnant de nouveaux dilemmes méthodologiques. Ce travail dont on trouvera le compte-rendu en annexe a été très instructif dans la compréhension du réel de l'urgence tel qu'il se manifestait, cette fois, dans l'opération de contention qui trouve difficilement une signification chez les soignants (la contention, c'est un peu comme un trou de hors-sens dans la continuité symbolique de l'institution). Aussi, ce travail fournit des éléments d'appréciation et des outils de retour réflexif sur des moments de l'expérience ethnographique (voir *Observation 17* du journal: « le sens de la contention »).

²⁵¹ Nous avons été épaulé dans ce travail par une statisticienne et par la médecin chef du service d'urgence.

²⁵² THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.

²⁵³ Voir partie III, Chapitre 4.

Chapitre 3 : Définition de l'objet de la recherche, construction de la problématique et des hypothèses de la thèse

I. L'objet de la recherche circonscrit par l'approche épistémologique et méthodologique de la psychiatrie d'urgence

Avant de proposer des énoncés qui puissent qualifier notre objet de recherche, nous souhaitons donner la définition, à partir de la lecture d'un article de Jean Davallon²⁵⁴, de ce qu'est un *objet de recherche*, en le situant relativement à d'autres notions telles que celles d'*objet concret* et d'*objet scientifique*. Cela nous permettra de montrer que nous ne pouvions définir l'objet de notre recherche avant d'être passé par les clarifications épistémologiques et méthodologiques des chapitres précédents.

La réflexion de Davallon part de l'idée selon laquelle les objets qui intéressent les sciences de l'information et de la communication (SIC) sont souvent triviaux et que, de ce fait, ils manifestent une sorte d'évidence de l'analyse puisqu'ils sont toujours déjà prédécoupés ou accompagnés de connaissances qui appartiennent au sens commun. En effet, qu'il s'agisse d'objets matériels (livres, journaux, objets techniques...) ou de processus (échanges téléphoniques, discours politiques...), tout sujet, et pas seulement le chercheur, a une idée préconçue, une petite fiction, une petite théorie à énoncer pour rendre compte de l'usage ou de la nature de ces objets. Ainsi, pour Davallon, ce qui fait la spécificité des SIC, ce n'est pas tant l'interdiscipline que la manière dont le chercheur est en mesure de *construire* l'objet de sa recherche de manière à ce qu'il puisse s'arracher des présupposés courants qui l'entourent dans les représentations sociales. Un autre effort consiste à construire l'objet de telle manière qu'il ne puisse pas être immédiatement accaparé ou instrumentalisé pour des recherches appliquées. Ainsi, les recherches sur les usages des technologies ne doivent pas avoir pour but immédiat et préalablement annoncé de satisfaire aux questionnements stratégiques d'entreprises de télécommunication. Davallon incite alors le chercheur en SIC à inventer « *une attache* » particulière aux objets concrets pour construire un point de vue problématisé sur cet objet trivial qui le constitue, dès lors, en objet de recherche. Trivialité apparente de l'objet et possible instrumentalisation sont, pour Davallon, des contraintes à retourner comme gage de scientificité :

« Contrairement à ce qu'on peut penser, cette particularité présente en réalité un double avantage : celui d'obliger le chercheur à construire son objet de recherche et celui de lui offrir un rapport tout à fait singulier au terrain. (...) Elle lui demande de construire son objet de recherche de manière tout à fait spécifique du fait même de la « nature » sociotechnique des objets qu'il étudie »²⁵⁵.

La démarche prônée par Davallon incite donc à un effort préalable de méthodologie (construction d'un « *rapport au terrain* ») et d'épistémologie (« *obliger le chercheur à construire son objet* »).

Nous avons pris en compte, dès le début, ces deux dimensions pour notre thèse, ce qu'illustre le plan général de celle-ci.

²⁵⁴ DAVALLON, Jean. « Objet concret, objet scientifique, objet de recherche ». In *Hermès. Cognition, communication, politique*. 2004, n°38, Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et pouvoirs. CNRS EDITIONS. Pages 30-37.

²⁵⁵ *Ibid.*, p.32

D'une part, notre recherche n'est pas directement une réponse aux préoccupations de l'hôpital. De ce fait, elle n'est pas immédiatement instrumentalisable. Cela fut possible grâce à la construction d'une approche en termes de communication de la relation médicale et de la vie institutionnelle. On décalait ainsi les interrogations de l'hôpital qui se formulent souvent en termes administratifs, économiques ou cliniques. Dans la manière de construire notre objet de recherche à partir de la question de la communication et de la médiation, nous évitions la recherche appliquée tout en fournissant des interprétations aux problèmes et aux phénomènes de l'accueil d'urgence mais de manière décalée, détournée, sous la forme de la question, de l'hypothèse, plutôt que sous celle de la réponse toute faite et absolue qui est étrangère à la logique de la science. Faire l'effort de construire de la sorte notre objet de recherche, en tentant toujours de reformuler ce qu'on nous confiait et ce que nous observions à partir des critères de l'approche épistémologique que nous avons élaborée plus haut, nous permit certainement d'être attentif et sensible aux propos des psychiatres sans pour autant prendre totalement partie auprès d'eux, par exemple dans les confrontations identitaires avec la médecine somatique. S'appropriier leur discours déjà construit sans faire l'effort de l'analyser et de le reconstruire selon nos critères propres aux sciences sociales aurait abouti à dénigrer les pratiques somatiques par rapport aux pratiques psychiatriques au lieu de reconnaître une efficacité propre à chacune en distinguant leur logique.

D'autre part, construire notre objet de recherche signifie aussi s'émanciper des présupposés courants sur la folie en prenant garde de ne pas identifier trop rapidement psychiatrie et folie, urgence psychiatrique et folie furieuse. Nous avons ainsi construit notre objet de recherche en choisissant des voies d'accès à l'objet concret, au terrain, qui ne nous renvoyaient pas immédiatement le spectacle de la folie tel qu'il est inscrit dans les représentations sociales et largement supporté par les médias. C'est ainsi que nous avons porté notre regard sur les éléments de recours, de demande et de rencontre dans la psychiatrie d'urgence, ce qui permit de donner immédiatement un statut de sujet parlant, non stigmatisant, aux patients en détresse s'adressant aux urgences.

Revenons aux propos de Davallon distinguant objet de recherche, objet concret et objet scientifique pour bien les identifier dans notre travail. Selon l'auteur, l'objet de recherche c'est « *le phénomène, ou le fait, tel que le chercheur le construit pour pouvoir l'étudier. (...) l'objet de recherche est « problématisé» (on connaît son cadre théorique d'analyse, la méthode et le terrain), sans pour autant être « connu», puisque le chercheur ne dispose pas encore d'une connaissance (une représentation explicative plus ou moins conceptualisée) qui à la fois réponde à cette problématique et ait été confrontée à des formes d'expérience (analyse de données, d'observations)* »²⁵⁶. Par rapport à cet objet, celui que l'on connaîtra, sera *l'objet scientifique*, celui dont on aura la connaissance à la fin de la thèse. Cet objet est élaboré dans la partie III de ce travail : c'est une mise en perspective, une articulation conceptuelle, des données récupérées sur le terrain. *L'objet concret*, c'est celui qui « *appartient au champ de l'observation* »²⁵⁷. En fait, cet objet n'est accessible au chercheur que par ses cinq sens. Il ne s'agit même pas du journal ethnographique dont on a pu voir qu'il était déjà un *composite*, comme dit Joëlle le Marec, c'est-à-dire la résultante d'une expérience de recherche intime et d'un premier travail d'élaboration (au moins descriptif, donc un peu interprétatif, symbolisé). *L'objet concret* qui pourrait correspondre à la réalité objective est en fait *toujours déjà perdu* et inaccessible par le simple fait qu'il est appréhendé à travers les sens et la subjectivité du chercheur dont on a vu

²⁵⁶ Ibid., pp. 32-33

²⁵⁷ Ibid., p.33

qu'ils étaient la première source de déformation de la réalité. Comme la recherche, même dans l'activité d'exploration du terrain, consiste à élaborer des formulations de l'expérience, elle est toujours déjà dans le langage et, comme nous l'enseigne la psychanalyse, est déjà marquée par la perte. Entre l'objet et le langage, il n'y a seulement la possibilité de l'alternative : c'est le langage ou l'objet. L'objet de la recherche est donc déjà une construction sémiotique, comme le terrain. C'est à partir de cet objet sémiotique que se mettent en place les articulations conceptuelles.

En définitive, *l'objet de recherche* est la construction d'un compromis entre *l'objet concret* inaccessible et les énoncés scientifiques et conceptuels produits et expliqués pour l'interpréter (*objet scientifique*). *L'objet de recherche* est un prélèvement sur la réalité, mais différent de la réalité car déjà introduit dans des formulations de type scientifique, c'est-à-dire sous forme de problématiques. En ce sens, alors que la psychiatrie d'urgence, en tant qu'objet concret peut-être l'objet d'investigation de plusieurs chercheurs, tous ces chercheurs n'auront pas le même objet de recherche, construit spécifiquement par chaque chercheur selon son désir de chercheur, ses élaborations épistémologiques et méthodologiques, ni même le même objet scientifique qui s'actualise dans les hypothèses d'une recherche.

En suivant la distinction proposée par Davallon, nous allons proposer ici des formulations de notre *objet de recherche* (en y adjoignant donc nos *problématiques*) et de notre *objet scientifique* (sous la forme, pour le moment, d'*hypothèses* que nous discuterons et tenterons de valider dans la partie III de la thèse).

Nous proposons ci-dessous, sous forme de liste, différentes formulations de notre *objet de recherche*. Chacun de ces énoncés réunis correspondent à celui-ci, inexprimable en une seule formulation. Ainsi, notre thèse porte sur :

On le constate dans les éléments mis en italique : la thèse cherche élucider les faits de communication qui se déroulent aux urgences psychiatriques selon deux axes dissociés dans les énoncés précédents mais en fait indissociables. D'une part, l'axe de l'échange et de la relation de communication tel qu'il met en place deux sujets parlants et un message, des paroles. D'autre part, l'axe de la médiation entre le singulier et le collectif qui interroge les modalités du nouage entre le sujet et les appartenances, nouage qui est donné à voir à chaque fois qu'un sujet en crise psychique – réduit, donc, à sa pure subjectivité – rencontre l'institution hospitalière – représentante, à travers ses discours, ses signes et ses acteurs, du collectif et de l'appartenance.

Voici maintenant comment nous interrogeons cet objet de recherche dans la thèse, à l'aide d'une série de *problématiques* que nous exposons ci-dessous :

Repérons, dans ces problématiques, notre volonté de tenir le phénomène de l'urgence psychiatrique comme résolument singulier ET politique. C'est au fond l'élucidation et la clarification de cette dialectique qui anime l'ensemble de notre recherche, ni toute centrée sur l'analyse des faits psychiques, ni toute centrée sur les aspects sociopolitiques de l'urgence. Seule une approche en SIC nous semble en mesure de prendre en compte cette dialectique complexe.

Voici maintenant, sous forme de liste encore, les grandes *hypothèses* que nous avons formulées pour répondre à ces questions. Elles seront discutées et éprouvées dans la suite de la thèse :

- La prise en charge psychiatrique, aux urgences de l'hôpital général, est un moment où la relation thérapeutique retrouve ses dimensions proprement anthropologiques

et communicationnelles, dimensions qui tendent à être mises à l'écart ou oubliées dans le soin tel qu'il s'est reconfiguré au gré des nouvelles logiques administratives et économiques de l'hôpital contemporain

- Aux urgences, la psychiatrie est le champ de la médecine qui inaugure et institue la relation de soin par la communication. De ce fait, la prise en charge psychiatrique établit des espaces, des situations de communication et de (re)médiation pour des sujets en détresse psychique et/ou psychosociale et/ou sociale.
- La psychiatrie d'urgence a une fonction politique et sociale dans la mesure où, aux urgences, le contrat social vacille, est questionné et se reconfigure en permanence à l'occasion de l'accueil, au cas par cas, des situations de détresse qui se présentent
- Sur le plan épistémologique, l'analyse en SIC de l'urgence psychiatrique ouvre un domaine de recherche et un champ d'objets à notre discipline qui se trouve convoquée pour produire des concepts qui permettent de rendre compte des modalités d'articulation entre psychisme et politique, entre psychisme et lien social (tel que celui-ci s'éprouve et se construit à travers des processus de communication).

II. Ce qui n'est pas l'objet de la recherche (et qui existe pourtant)

Pour bien spécifier les contours de notre objet de recherche, donnons-en maintenant une définition en creux, en disant ce qu'il n'est pas et ce qu'il n'est surtout pas. Attention : en suivant notre logique précédente, quand nous disons ce que n'est pas notre objet de recherche, cela ne revient pas à dire ce que n'est pas l'objet concret.

Ainsi, notre thèse *ne se limite pas à analyser les rapports de domination dans le champ de la psychiatrie*. Même si nous avons conscience de l'importance du pouvoir médical dans l'urgence psychiatrique, à travers notamment les procédures médico-légales d'hospitalisation sous contrainte, nous n'avons pas souhaité répéter le discours bien connu depuis les travaux de Goffman ou de Foucault sur le pouvoir psychiatrique. La question du pouvoir n'est pas éludée en fait mais, au lieu d'être envisagée sous l'angle de la domination, elle est interprétée soit comme signe du réel de l'urgence (quand la communication et la parole sont impossibles), soit comme présence et usage de la loi dans la clinique. Cela évite d'instituer des figures qui, nous semble-t-il, rendent stériles la réflexion sur la psychiatrie, à savoir celle du psychiatre bourreau d'un côté, et celle du fou victime, objet du rejet social, de l'autre. Nous nous attacherons à montrer que la construction de notre objet de recherche, résolument en dehors de cette dichotomie, permet de dévoiler un visage de l'urgence psychiatrique insoupçonné par les sciences sociales, c'est-à-dire celui de création de lien social, de reconstruction de la médiation.

Notons que nous prenons cette précaution pour aussi bien distinguer la psychiatrie telle qu'elle se pratique à l'hôpital psychiatrique et la psychiatrie telle qu'elle se pratique aux urgences. Notre objet de recherche est spécifique en ceci qu'il dévoile des pratiques psychiatriques qui ne se vérifient pas, ou peu, ailleurs, dans les autres lieux d'accueil de la détresse psychique. Ainsi, les urgences psychiatriques, ce n'est ni le cabinet du psychiatre (qui rencontre peu la dimension sociopolitique de l'urgence), ni l'hôpital psychiatrique (car, dans l'urgence, la psychiatrie ne s'occupe pas seulement, et bien peu en fait, de la folie, mais plutôt de la souffrance psychique telle qu'elle se dialectise avec d'autres maux : somatiques ou sociaux ; de plus, si les urgences peuvent prononcer l'enfermement, ce n'est pas le lieu où se réalise l'enfermement, ce qui en fait résolument un lieu de passage éphémère d'accueil de la marginalité plus que de sa stigmatisation). Nous montrerons qu'il y a une sorte d'inventivité permanente de la clinique psychiatrique aux urgences (puisque les cas

présentés ne sont jamais emblématiques, mais toujours surprenants, puisqu'urgents, par définition imprévisibles).

Aussi, en raison des arguments que nous venons de citer, notre objet de recherche *ne consiste pas spécialement en l'étude des conditions de désignation de la folie* dans la société, à la manière dont Foucault a pu l'établir dans *l'Histoire de la folie*. Nous tenterons de montrer, au cours de la thèse, comment la construction de notre objet de recherche peut aboutir à une relecture de cet ouvrage de Foucault. En fait, cette question de la frontière entre ce qui relève de la folie et n'en relève pas se déduit indirectement de notre travail qui porte davantage sur les modalités de rencontre entre la détresse psychique et l'institution, en tant que cette rencontre indique ce qu'il en est du lien social selon des critères autres, ou plus nombreux, que celui du partage raison/folie.

Enfin, soulignons que notre thèse *n'est pas à proprement parler une analyse de l'organisation hospitalière* : notre objet ne s'inscrit pas dans les travaux portant sur la communication des organisations. Bien sûr, nous étudions les processus et les faits de communication à l'œuvre dans cet espace spécifique de l'hôpital que sont les urgences. Mais cela n'a pas pour but d'évaluer l'accueil d'urgence : qu'il puisse être plus efficace ou plus rentable, cela nous importe guère car nous cherchons plutôt à rendre compte de moments et de lieux où la singularité en crise, la plus irréductible, rencontre la sociabilité, incarnée par la figure de l'Autre institutionnel de l'hôpital et par celle de l'autre de l'intersubjectivité incarnée par le psychiatre.

Partie III : La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation

Chapitre 1 : Temps, espace et communication dans l'urgence psychiatrique

I. Usage et maniement des temporalités dans la psychiatrie d'urgence

La réflexion sur la temporalité de l'urgence psychiatrique est nécessaire mais oblige en même temps à une grande prudence. En effet, la notion d'urgence évoque spontanément l'idée d'une succession d'événements dans un temps court (« *travailler dans l'urgence* ») ou bien la mise en œuvre d'une pratique (médicale – *les urgences hospitalières* –, politique – *l'état d'urgence*) qui n'accepte pas de délai parce que la vie d'un sujet ou l'ordre public sont menacés, en danger²⁵⁸. Cependant, il nous semble que cette définition *a priori* de l'urgence comme temporalité courte, comme le règne du présent, voire comme absence de temps, ne recouvre que partiellement la réalité de la psychiatrie d'urgence dans laquelle notre enquête ethnographique nous a plongé. Deux remarques peuvent aller dans ce sens. La première est théorique et nous invite à réfléchir sur l'apparente contradiction qui est manifestée dans l'expression « psychiatrie d'urgence ». Le danger que présente notre étude serait de penser la psychiatrie d'urgence soit sous l'angle exclusif de l'urgence, soit sous l'angle exclusif de la psychiatrie. En procédant de la sorte, on perdrait la spécificité du phénomène qui consiste précisément en une articulation dialectique de deux opposés dès lors qu'on les considère sur le versant de la temporalité. En effet, si l'urgence renvoie *a priori* au temps court et au temps de l'acte, la psychiatrie, quant à elle, en suivant le modèle de la cure psychothérapique, évoque plutôt l'idée d'un soin sur le temps long et dont la médiation principale est la parole. Ainsi l'urgence renverrait au réel (l'acte, l'absence de temps) et la psychiatrie au symbolique (la parole, l'institution, la dimension politique du soin qu'elle pratique). Ce premier constat fonde la nécessité de ne pas produire de définition univoque de la psychiatrie d'urgence, mais plutôt d'envisager des formulations dialectiques du phénomène qui tentent de rendre compte de la manière dont, dans l'accueil de la détresse psychique, se produit un travail d'articulation de réalités qui ne semblent pas compatibles au premier abord.

Cette interrogation théorique s'est trouvée appuyée par les constats issus de l'expérience de terrain à travers lesquels nous pouvons démontrer la réalité plurielle de la psychiatrie d'urgence, notamment pour ce qui concerne la question de la temporalité. Nous allons donc exposer ici un des premiers résultats de la thèse selon lequel dans l'accueil d'urgence, en psychiatrie, s'institue une variété de rapports à la temporalité, en fonction des sujets que l'on considère. Pour le dire de façon lapidaire pour l'instant, nous pensons que les patients font *un usage des temporalités de l'urgence* tandis que, parallèlement, les soignants s'emploient, de manière plus ou moins explicite et coordonnée, à *un maniement*

²⁵⁸ L'urgence psychiatrique manifeste cette spécificité, dans les situations de décisions médico-légales, de renvoyer à la fois au danger pour l'ordre public et au danger pour la vie du patient.

des durées lors de la prise en charge. Cela permet d'aboutir à des solutions thérapeutiques qui consistent, vues sous cet angle de la temporalité, à *réarticuler le temps court et insensé de la crise psychique avec le temps long du politique et de l'institution*. Nous entreverrons ainsi une première facette de l'hypothèse que nous cherchons à valider, à savoir que la psychiatrie d'urgence permet de saisir les modalités d'articulation du psychique et du politique et, plus loin, les modalités de formulation et de reformulation, au cas par cas, au gré des rencontres avec les sujets en détresse, du contrat social. En cela, l'urgence psychiatrique renvoie à une situation durant laquelle, comme dans toute situation de crise, s'interroge et s'élabore à nouveau le contrat social. Ici, l'élaboration se fait de proche en proche, dans des modifications successives, à mesure que l'institution rencontre les patients. Au fond, chaque orientation de patient est une formulation du contrat social puisque l'enjeu de l'urgence est *d'articuler une demande singulière avec des possibilités, des exigences et des contraintes institutionnelles*. Nous faisons l'hypothèse que cette opération politique (qui institue un sujet singulier et social en lui (re)donnant une place dans le collectif) se joue, déjà et en partie, dans l'usage, le maniement et l'articulation des temporalités de l'urgence. Cette articulation construit les services d'urgence comme des structures de médiation.

Les services d'accueil des urgences psychiatriques sont ainsi parfois des sortes de petits laboratoires politiques qui s'ignorent. Ils ont surtout la particularité, qui fait le cœur de notre thèse, de manifester l'importance primordiale de la question psychique en rappelant, comme l'avait indiqué Freud dès *Totem et Tabou* mais aussi dans *Malaise dans la civilisation*, que le lien social ne peut s'instituer ni se penser qu'en rapport avec la singularité de chaque sujet de la sociabilité. Il nous semble que cette question commence à s'illustrer à travers l'observation du rapport au temps des sujets de l'urgence (patients et soignants).

Ces remarques introductives indiquent que nous n'allons guère parler d'un « temps objectif » dans l'urgence psychiatrique. Notre démarche va consister à montrer comment s'articulent dialectiquement différentes *perceptions* du temps dans la psychiatrie d'urgence. Nous ne parlerons donc pas du temps (tout court) ni de temps objectif, mais plutôt de *temps social* (ou *temps long* ou *longue durée* pour reprendre les distinctions de Fernand Braudel²⁵⁹), de *temps court* (ou de présent, de temps de la crise, ou d'*événement* suivant ce que nous voudrions mettre en valeur). Ce travail sur les représentations, la perception, l'usage et le maniement des temporalités de l'urgence nous permettra d'entrevoir combien la question de l'espace²⁶⁰ est importante dans l'urgence et combien s'imposera alors une approche topologique de la psychiatrie d'urgence qui sera en mesure, elle-même, de fonder l'approche en termes de communication que nous développerons plus précisément dans cette thèse ancrée dans le champ des SIC. En somme, ce chapitre propose un parcours en trois étapes qui, chacune, proposeront de se concentrer sur une dialectique de la psychiatrie d'urgence : dialectique de la durée, dialectique du temps et de l'espace, dialectique de l'espace et de la communication.

²⁵⁹ C'est sur cette distinction fondamentale entre temps court et de l'événement et temps long de l'histoire que Braudel a révolutionné l'historiographie. Voir pour cela : BRAUDEL, Fernand. *Ecrits sur l'histoire*. Flammarion, 1969. Coll. « Science de l'histoire ».

²⁶⁰ Il est en effet impossible de faire varier la perception du temps sans intervenir sur l'investissement différencié de l'espace : dilater le temps de l'urgence, c'est ainsi distinguer des lieux d'attente et d'examen, par exemple. Aussi, introduire un parcours entre différents lieux du service d'urgence, pour le patient, c'est introduire des repères dans le temps de sa prise en charge, un avant et un après, des étapes qui ré-arment le sujet au temps long – à un succédané, une métonymie de temps long, au minimum. Nous y reviendrons.

A. Comprendre et s'extraire de l'idéologie de l'urgence pour entrevoir les temporalités plurielles de l'urgence psychiatrique

Il va s'agir ici de comprendre et de rendre compte des situations où, dans l'urgence psychiatrique, le temps est perçu dans sa dimension *réelle* ou *imaginaire*, c'est-à-dire quand le sujet concerné par l'urgence (patient en crise ou soignant en demeure de répondre à la détresse) a le sentiment soit que le temps n'existe plus, soit que le temps presse et n'autorise pas de délai pour entreprendre une action de recours et de prise en charge. Cependant, de manière à ne pas rabattre l'urgence psychiatrique sur cette seule dimension de précipitation d'une situation dangereuse qui exige l'action – et qui existe bien dans la réalité que nous avons observée –, nous tenons aussi à montrer que cette perception est souvent le fruit d'une idéologie de l'urgence et de la performance qui pèse à la fois sur les soignants et les patients, mais de manière différenciée. S'apercevoir du poids de cette idéologie en la déconstruisant, c'est en fait se donner la possibilité d'observer l'urgence psychiatrique autrement en se rendant attentif à tous ces recours, nombreux dans les services d'urgences, qui n'exigent pas une action immédiate, mais simplement une rencontre. Il s'agit d'une multitude de cas qui ne seront pas réductibles ni interprétables à travers l'idéologie ou le fantasme de l'urgence comme situation imprévue, règne de la vitesse et expertise technique. On découvre alors que l'urgence ne répond pas seulement à l'imminence de la mort (ou à la mise en cause de la sécurité publique) mais aussi à des demandes qui peuvent attendre mais qui émergent aux urgences hospitalières parce qu'il s'agit-là de la seule institution sociale capable de recevoir *toute* demande qui n'a pas trouvée à être reconnue ailleurs. Aux urgences de l'hôpital, il suffit de dire que l'on souffre pour être reçu et beaucoup de demandes, nous le verrons, correspondent à un « *désir de lien* » qui renvoie à un « *manque de sociabilité* »²⁶¹. Dans ces conditions, la temporalité de la psychiatrie d'urgence prend une toute autre dimension puisque une réalité plurielle des demandes se dégage : pour certaines, il « *faut aller vite* », certes, mais pour d'autres, il faut simplement *la présence d'un autre de la sociabilité* qui puisse faire naître un sentiment de reconnaissance et d'appartenance perdues (ce que montrent les recours nombreux, auprès des psychiatres urgentistes, des sujets en situation de précarité et de détresse psychosociale qui pourraient être rencontrés hors du cadre strict de l'intervention psychiatrique de crise). On voit là se dessiner la fonction sociale, politique et symbolique de la psychiatrie d'urgence qui l'inscrit, pour une part, dans le temps long de l'espace public.

Cependant, l'impression d'une temporalité courte et ramassée est certainement la première que nous avons ressentie lors de notre immersion aux urgences psychiatriques du pavillon N. C'est indéniablement une réalité de l'urgence qu'il nous faut ici décrire malgré ce que nous venons d'affirmer sur la présence du temps long. Mais là encore, la description doit être prudente car ce temps court a plusieurs expressions : le temps court du médecin, généré en partie par la pression institutionnelle à désengorger le service, n'est pas le temps court du patient qui tient, quant à lui, à la temporalité de la crise psychique. Détaillons cela pour commencer à montrer que la psychiatrie d'urgence ne présente pas un temps uniforme.

²⁶¹ Nous empruntons à Bernard Lamizet cette dialectique entre *désir de lien* et *manque de sociabilité*. Elle lui sert à désigner la situation de crise en règle générale, nous pensons que cette dialectique est fondamentalement celle qui marque toutes des demandes faites aux urgences qu'elles proviennent d'une crise psychique caractérisée ou d'un mal-être psychosocial plus diffus et chronique. Le fou, reçu en plein délire aux urgences, dans son impossibilité de faire référence et d'user du code commun désigne bien un *manque de sociabilité* ; le chômeur épuisé et qui recours aux urgences parce qu'il est déprimé, en quête de reconnaissance sociale, exprime bien un *désir de lien*. Nous renvoyons à : LAMIZET, Bernard. *Sémiotique de l'événement*. Hermès sciences Lavoisier, 2006. Coll. « Formes et sens », p.231.

C'est d'ailleurs certainement cette temporalité hétérogène qui fait sa spécificité et qui fonde ses potentialités thérapeutiques.

Il y a donc des situations où le patient est prisonnier, en quelque sorte, du temps court, voire de l'absence de temps. Peut-être convient-il ici de mettre en œuvre deux perspectives, psychanalytique et sémiotique, pour montrer ce à quoi nous souhaitons faire référence. Du point de vue psychanalytique, nous pouvons dire que ce qui justifie le recours aux urgences psychiatriques a souvent été une situation où le sujet s'est retrouvé précipité hors du temps – hors du temps long – soit dans un « passage à l'acte », soit dans l'angoisse. Dans la psychanalyse, l'angoisse et le passage à l'acte peuvent être considérés comme l'envers de la parole. Ils surgissent précisément quand les signifiants ne suffisent plus à rendre compte d'un affect ou à faire reconnaître un désir chez l'autre. Angoisse et passage à l'acte constituent deux manifestations du réel, dirait Lacan, mais selon un régime un peu différent.

Dans l'angoisse, le sujet est pris dans une manifestation corporelle, un *événement* de corps – angoisse vient du latin « *angustia* » qui désigne l'idée de resserrement (de la gorge) – qui ne trouve pas de signification dans le symbolique. Aucune forme, aucun signifiant, dans le champ du langage et de la parole (dans le champ de l'Autre), n'est susceptible de rendre compte de cet affect. L'angoisse est ainsi la manifestation, pour le sujet, de son irréductible singularité, soit de ce qui, en lui, dans le rapport à son corps propre, n'est pas identifiable à l'autre. Autrement dit encore, l'angoisse surgit quand les semblants de la specularité, constitués par les formes peu adéquates de la langue (les signifiants) et les effets d'équivocité trompeurs et créateurs de malentendu du langage, ne suffisent plus à accomplir les conditions du miroir, de l'identification symbolique²⁶². Dans l'angoisse, j'éprouve donc les limites de la communication, l'insuffisance du langage à identifier – c'est-à-dire de réduire à du même, soit à du *déjà-là* ou du *déjà-dit* ou *déjà-vu* – un affect ou à traduire un désir. Or, c'est bien le *déjà-là*, le fait de pouvoir introduire un élément dans une série, qui donne le sentiment d'être dans le temps, en tous cas dans un temps long qui déborde celui de l'instant de l'affect. L'angoisse a donc cette particularité de suspendre le temps, d'extraire le sujet de sa propre histoire, mais aussi de l'histoire commune, celle qui met à sa disposition et qui lui impose des significations pérennes pour représenter des affects et des désirs²⁶³. L'angoisse est un insupportable qui vient signifier au sujet sa solitude fondamentale parmi les autres. Cet insupportable est reçu aux urgences sous diverses formes illustrées par le journal ethnographique : ce sont des situations où le sujet, dans une angoisse de mort puisque le temps s'est comme arrêté, ne peut plus attendre suite à une rupture amoureuse, un deuil, un licenciement, etc., et qui l'ont renvoyé hors de l'histoire qu'il s'était construite et à travers laquelle les événements prenaient sens. L'angoisse a surgi quand aucun signifiant n'a pu prendre la place laissée par la perte : l'événement se traduit alors comme un affect tout seul sans expression dans le symbolique. La présence d'un autre

²⁶² Dès le premier chapitre du *Séminaire X sur l'Angoisse*, Lacan indique que l'angoisse est ce qui gît entre les mailles du « *filet des signifiants* », soit ce qui échappe au langage. Il précise qu'il est aussi difficile au sujet de rendre compte et de dire son angoisse qu'au théoricien, même psychanalyste, de dire ce qu'est l'angoisse. C'est pour cela que l'angoisse est un « trou » dans la signification et que Lacan cherche à la définir en la bordant d'autres signifiants (embarras, inhibition, émoi, etc.) qui font apparaître en creux ce qu'elle est.

²⁶³ La structure du langage, renvoyant toujours un signifiant à un autre, fait qu'une représentation figée des affects et des désirs du sujet est impossible et que la vérité du sujet court toujours, « mi-dite », entre les signifiants. Le mot juste est une illusion névrotique. L'angoisse surgit en fait quand le mi-dire n'est même plus à l'œuvre, quand aucune combinaison signifiante n'est en mesure d'évoquer métonymiquement ou métaphoriquement le désir du sujet en le situant, du coup, radicalement hors du champ de l'autre, hors du champ de l'identification et de la reconnaissance, c'est-à-dire en le rabattant dans le champ du réel.

qui puisse produire une signification ou reconnaître la possibilité d'une absence de sens est alors exigée sans délai.

Le passage à l'acte à un statut un peu différent de l'angoisse. Car si l'angoisse vient manifester au sujet, par un affect intraduisible dans le signifiant²⁶⁴, qu'il est soudain extérieur à sa propre histoire et hors du temps des autres, sans qu'il puisse en donner une signification, le passage à l'acte, en revanche, est une décision du sujet pour changer le cours de son histoire. Si les raisons du passage à l'acte peuvent rester ignorées du sujet et de son entourage, c'est-à-dire rester inconscientes, ce moment le projette aussi hors de la temporalité. En effet, par l'acte (tentative de suicide, violence envers autrui, deux modalités de passage à l'acte courantes aux urgences psychiatriques) le sujet suspend ce qui faisait la continuité symbolique de son identité. L'acte, produit dans le présent, oblige à une relecture radicale du passé du sujet. L'acte est aussi ce qui s'oppose à la parole et, en cela, il rejoint l'angoisse puisque c'est un événement de corps qui surgit à la place d'une signification. Le suicide intervient par exemple là où le sujet n'a pas la possibilité d'introduire la question de la mort dans son discours.

Voilà donc, à travers les catégories très larges de l'angoisse et du passage à l'acte, deux situations exemplaires qui projettent le sujet dans l'urgence, c'est-à-dire dans un rapport au temps spécifique où l'identité du sujet se réduit à l'instant, au présent de l'affect ou de l'acte. Le sujet éprouve son identité sous sa forme la plus réelle. Mais son identité, sous sa forme symbolique, s'évanouit, ce qui justifie le recours aux urgences psychiatriques qui dans ce cas ont pour fonction de redonner, par la rencontre, consistance à l'identité du sujet dans sa permanence historique. En fait, à travers l'angoisse et le passage à l'acte, c'est la crise psychique que nous décrivons. On pourrait ainsi dire que la crise psychique n'est pas la situation au cours de laquelle notre psychisme est en faillite ou disparaît, mais bien plutôt celle où il s'exprime le plus dans sa dimension inconsciente²⁶⁵, où il franchit la barrière du refoulement, au point de mettre à jour une singularité qui nous isole. Selon un point de vue plus sémiotique, Bernard Lamizet rend compte de cette dimension fondamentale de la crise comme extraction du sujet hors du collectif, comme expérience de la solitude et de la pure singularité :

« la crise suscite l'interrogation sur l'institution et sur le sujet : elle nous met en demeure de remettre en question la légitimité des institutions et des désirs de la subjectivité, en suscitant l'interrogation sur leur signification. (...) Dans cette situation, nous ne reconnaissons même plus l'identité dont l'autre peut être porteur, nous sommes confrontés à la méconnaissance de l'existence de l'autre et, de ce fait même, à une solitude dans l'histoire. C'est une situation de vide, de béance, de la sociabilité. La crise peut se définir comme l'événement du silence, de l'attente »²⁶⁶.

²⁶⁴ Lacan, toujours dans le même séminaire, parle de l'angoisse comme d'un « signal », en reprenant une formulation de Freud.

²⁶⁵ Dans la crise psychique, l'inconscient est, comme le dit Lacan pour la psychose, « à ciel ouvert ». C'est-à-dire qu'il n'est plus masqué ni déformé par les lois du langage, par les semblants du symboliques qui lui permettent de s'exprimer tout en se masquant (comme dans le cas du rêve selon la dualité latent/manifeste). L'inconscient est révélé brutalement aux autres et au sujet lui-même. C'est ainsi que le désir de mort, toujours refoulé chez le névrosé, s'exprime, en acte, c'est-à-dire sans le voile des signifiants, lors d'une tentative de suicide. Il révèle un point d'insupportable chez le sujet lui-même et chez les autres pour qui l'image de la mort ne permet plus l'identification spéculaire. Il y a alors urgence à double titre : car le sujet est en danger de mort, d'une part, et parce que, sur le plan collectif, l'expression du désir de mort équivaut à une rupture de la médiation.

²⁶⁶ LAMIZET, Bernard. *Sémiotique de l'événement. Hermès sciences Lavoisier, 2006. Coll. « Formes et sens », p.226*

Cette citation montre bien la dimension dialectique de la crise qui interroge, à la fois, la subjectivité et la sociabilité. Elle indique aussi, ce qui est encore plus important ici, le rapport au temps induit par une situation de crise qui est proprement une situation où le temps est suspendu : le *silence* est l'opposé de la parole et du récit qui inscrivent, au moins, le sujet dans le temps de la succession des signifiants ; l'*attente*, quant à elle, renvoie proprement à l'absence de temps puisque elle évoque, dans l'imaginaire, l'inconnu du futur.

Ces considérations de Lamizet sur le rapport entre crise et attente sont très importantes pour notre objet. En effet, dans le service des urgences psychiatriques, l'attente constitue certainement pour les patients la principale modalité du rapport au temps qu'ils éprouvent avant leur prise en charge. Nous développerons cela précisément dans le chapitre où nous proposons une analogie entre l'urgence psychiatrique et le théâtre tragique dans lequel la dimension de l'attente est aussi essentielle. Disons simplement ici, en renvoyant à notre journal ethnographique, combien les patients sont patients et capables d'attendre de longues heures avant leur prise en charge. *L'observation 2* montre combien l'enquêteur que nous étions, emporté dans l'expérience du manque de temps évoqué par la psychiatre, s'aperçut de l'apparente lenteur et immobilité des patients plongés, depuis plusieurs heures, dans l'attente d'une prise en charge. *L'observation 9*, à partir de notre expérience de l'ennui que nous fîmes un jour de faible affluence, nous permit à nouveau de nous extraire du fantasme de l'urgence chronophage. Nous découvrîmes en effet l'importance de l'attente dans l'urgence, sous différentes formes, grâce à la polysémie du signifiant qui exprime à la fois le temps pendant lequel on attend, mais aussi l'expectative, l'espoir. Nous extrayons, à ce propos, ce passage de notre journal : « (...) *Je me dis que les urgences semblent se caractériser par l'attente. Celle-ci est valable pour les patients, en attente d'être accueillis au moment du recours, en attente d'une visite d'un membre de l'équipe médicale ou d'un de leur proche. Mais elle est aussi, parfois, valable pour les équipes soignantes en attente d'un résultat d'analyse, en attente de l'arrivée d'une famille d'un patient, en attente du réveil d'un patient, en attente d'une information du médecin généraliste de ville, etc.* »

Enfin, *l'observation 13* raconte l'histoire d'un jeune homme à qui on annonça une attente de cinq heures avant d'être pris en charge. Pas effrayé par ce délai, mais bien décidé à l'occuper autrement qu'en s'ennuyant dans la salle d'attente, il partit voir un match de football chez lui puis revint ensuite pour enfin rencontrer un médecin. On voit bien ici que, pour le sujet en détresse, c'est moins le délai qui caractérise l'attente que l'espoir d'une réponse et d'un accueil de la médecine. Plus qu'à travers sa dimension temporelle, l'attente s'institue en demande ou, en tous cas, en adresse indéfectible à l'autre. Nous y reviendrons en approfondissant, plus bas, l'analyse de ce fragment clinique.

Ces exemples montrent bien ce que nous évoquions plus haut à savoir que les patients de la psychiatrie exigent moins de voir un médecin *rapidement* que d'avoir la *promesse* d'en rencontrer un, quel que soit le temps à attendre, pour qu'il puisse éclairer la signification de l'événement malheureux qui a submergé le sujet sous la forme de l'angoisse ou du passage à l'acte. C'est bien ce que nous dit Lamizet : « *l'attente représente la temporalité propre à une situation de crise, qu'il s'agisse de l'attente de la résolution de la crise (...) ou de l'attente d'une interprétation ou d'une signification nouvelle des événements qui la constituent* »²⁶⁷. L'attente, pour le patient, n'est donc pas à mesurer avec la nécessité d'aller vite : cette attente du sujet en détresse n'est pas assimilable à celle qui s'éprouve quand on fait la queue à un guichet où l'on sait exactement pourquoi l'on vient et qu'on trépigne de ne pouvoir obtenir l'objet plus rapidement. Il s'agit d'une attente qui ne porte pas sur l'avoir, mais sur l'être même du sujet qui vit dans l'espoir qu'on lui donne une signification à ce qui

²⁶⁷ Ibid., p.223

a fait trou dans son identité, dans le savoir qu'il pensait avoir sur lui-même. Cette dimension d'espoir, mêlée de peur, dans l'attente, constitue, pour les patients, une des dimensions imaginaires de la temporalité à l'œuvre dans la psychiatrie d'urgence.

Enfin, il y a sans doute une dernière version du temps court à laquelle est confronté le patient des urgences psychiatriques, c'est celui de son entourage. Bien souvent, les patients n'ont pas recours d'eux-mêmes aux urgences psychiatriques. C'est la famille ou l'entourage proche qui repère des bizarreries chez un sujet (propos délirants, expression de désirs de mort, troubles du comportement). Effrayé par l'émergence de trop de singularité dans un système symbolique (famille, lieu de travail), ce collectif ne reconnaît plus ses propres codes chez le sujet en crise et un ou plusieurs de ses membres décident de l'emmener aux urgences. Ici, le sujet n'est plus maître de son temps qui se trouve organisé par un autre. Cela est par exemple illustré dans le *fragment clinique 10* où Monsieur C., en crise maniaque, est arrêté dans ses projets par ses parents qui ont appelé les pompiers pour son transfert à l'hôpital. Le temps se précipite pour ce sujet où c'est un autre (la famille, l'hôpital) qui va se faire maître de l'organisation de son temps en suspendant ses projets mégalomaniaques. Le temps du sujet est alors concentré avec celui de l'événement de l'hospitalisation, ce qui n'est pas sans conséquence sur la rencontre avec la psychiatrie.

Les soignants aussi, dans la psychiatrie d'urgence, font l'expérience d'une temporalité courte et ramassée. Les psychiatres éprouvent la temporalité de l'urgence à la fois dans sa dimension réelle (dans ce qui pousse à agir au lieu de dialoguer, au lieu de mettre en œuvre la parole comme moyen du soin) mais aussi dans sa dimension imaginaire (dans ce qui pousse à aller vite pour répondre aux injonctions de l'administration hospitalière dans le cadre d'une idéologie de la performance et de la rentabilité économique).

Peut-être davantage que l'exigence d'une action rapide, ce qui caractérise, du côté des soignants, l'urgence comme une temporalité courte, c'est son caractère d'imprévisibilité.

Bien sûr, pour les psychiatres, la temporalité de l'urgence se ramasse dès lors qu'il n'est plus possible de prendre le temps avec les patients. Ces situations arrivent quand la communication et l'échange intersubjectif patient/médecin se rompent car le patient s'agite (l'acte vient à la place de la parole) ou parce que ses propos, délirants, deviennent hors sens, hors du code commun, dans la forclusion symbolique comme le dit Lacan à propos de la psychose. Plusieurs solutions, qui doivent être mises en œuvre sans attendre, s'ouvrent au médecin. Ces solutions ont la caractéristique d'être dans l'action : le soin se résume au temps court de l'action qui revêt deux formes principales pour la psychiatrie : sédation chimique (des psychotropes réduisent l'angoisse ou l'agitation, d'autres apaisent des délires) et/ou contention physique. Dans ces cas, assez rares en fait – au moins dans nos observations²⁶⁸ –, l'urgence se pare proprement de la définition qui en fait l'envers dialectique et politique de la crise psychique. Si la crise psychique est le temps court du sujet singulier comme on vient de le voir, la modalité du soin en urgence que nous venons de décrire correspond au temps court du politique, celui où l'on prend une décision à la place du sujet, dans son intérêt ou dans l'intérêt général dans le cas de menace sur le plan de l'ordre et de la sécurité publique (à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital). Au passage à l'acte de la crise psychique correspond, symétriquement, l'acte de la décision médicale (qui, en psychiatrie, a souvent une dimension médico-légale, au-delà de la fonction thérapeutique). Cet acte changera le cours des événements. Il constitue l'envers de ce qui situe le soin psychique dans le temps long. Quand la psychiatrie se situe dans le temps long, celui du symbolique, de la médiation du soin par le langage, la thérapeutique ne s'élabore plus dans

²⁶⁸ Nous renvoyons le lecteur, notamment aux *observations 1 et 17* et aux fragments cliniques de Monsieur D., Monsieur C. et de Monsieur P. où nous proposons notamment des commentaires sur de telles situations.

le champ de la décision et de l'action, mais dans celui de la signification, de l'interprétation ou du symbolique. Dans ces conditions, le symptôme n'est plus rendu muet par une décision de sédation ou de contention, il est interprété pour être levé, déplacé, situé dans une chaîne symbolique élaborée par le patient. On pourrait presque dire que, dans le temps court de la crise, le symptôme est envisagé par la psychiatrie comme événement insensé qui déclare l'état d'urgence, alors qu'il est, dans le temps long du soin, entendu comme expression brève des conflits psychiques longs du sujet et de ses désirs.

Cependant, la perception d'un temps ramassé, du réel d'une temporalité dont on serait le jouet et contre laquelle on ne pourrait lutter, s'exprime davantage chez les soignants à partir du caractère imprévisible de l'urgence. Ils éprouvent le sentiment que le temps leur *manque* toujours pour voir des patients trop nombreux ou parce qu'ils se projettent imaginativement dans la situation critique d'une affluence imprévue. Le temps est alors vécu comme inappropriable, immaîtrisable : le temps se déroule selon la logique de la nécessité, comme s'il était autonome, au lieu de pouvoir être organisé par l'institution ou par les médecins eux-mêmes. Aux urgences, les médecins n'ont pas d'emploi du temps : ils savent juste qu'ils assurent une présence dans le service pour un certain nombre d'heures. En effet, pour les médecins, la temporalité de l'urgence varie, est perçue de manière plus ou moins oppressante, selon l'affluence des patients dans le service. Ainsi, lors des situations d'engorgement du service, le sentiment de l'urgence est ressenti très fortement. Les termes, relevés dans le discours de médecins, sont alors frappants pour désigner cette pression du temps qui s'évalue au nombre de patients à accueillir et à faire sortir du service dans une journée : il faut, selon le terme consacré par l'institution, « *orienter* » ou, selon un jargon médical plus argotique, « *ventiler le service* » et « *faire la vidange* ». Cette situation se produit quand les patients s'accumulent en salle d'attente tandis qu'il est impossible de libérer des chambres faute de place d'hospitalisation en aval du service d'urgence. On voit ici comment *l'attente* est vécue différemment par les patients et les soignants : *suspension du temps* et demande indéfectible pour les premiers, sentiment de *contraction du temps* et de la nécessité de l'action rapide (voir le plus de patients possibles en le moins de temps possible afin de vider le service et de réduire l'attente) pour les seconds.

Pour illustrer cela, penchons-nous sur le compte-rendu de *l'observation 2*. Il montre combien, dans la vie du service d'urgence, coexistent plusieurs types de temporalités qui peuvent être vécues et perçues simultanément ou séquentiellement par un même sujet (en l'occurrence, ici, une psychiatre²⁶⁹). Alors que la psychiatre nous confiait la difficulté qu'elle éprouvait à supporter le chaos de l'urgence (en ce que, notamment, il faille toujours se dépêcher d'agir et travailler dans une temporalité courte : « *tu vois, c'est ça les urgences, tu cours* »), elle affirmait parallèlement pouvoir s'en distancier grâce à la temporalité organisée de l'institution avec ses repères réguliers : « *Il n'y a pas de contenant à part mes horaires. Une demi-journée, ça me suffit, sinon tu pêtes un plomb tellement les choses sont difficiles à mener correctement* ». Nous avons la confirmation de cette nécessité de la psychiatre d'arrêter la course du temps dans l'urgence grâce à un tic de langage, une expression qu'elle nous adressait régulièrement de manière projective²⁷⁰ : « *Attends !* » alors que nous ne faisons rien qui pût indiquer une telle injonction à notre égard. Ce « *Attends !* » réintroduit, encore une fois, la dimension de l'attente dans l'urgence mais comme point d'arrêt, comme

²⁶⁹ Nous verrons plus bas que les patients aussi éprouvent différentes temporalités simultanément. La dialectisation du temps court de la crise, d'une part, et du temps long de l'institution, d'autre part, sont d'ailleurs le gage de la disparition de la situation de crise.

²⁷⁰ Projective en ce que cette expression ne la concernait qu'elle, même si nous en étions le destinataire réel. Elle était dans une situation où « *elle recevait son propre message sous une forme inversée* », pour prendre une expression de Lacan désignant la communication intersubjective.

scansion du réel de la temporalité de l'urgence qui submerge parfois les médecins. En effet, ponctuer par une interjection répétée le temps qui file ou avoir le désir d'introduire des moments d'attente dans le temps qui court, c'est introduire des repères distinctifs dans le continuum du temps et c'est donc une tentative de le symboliser, de le structurer par des éléments symboliques.

Il y a donc une dimension objective, presque mathématique ou économique, qui fait qu'aux urgences les médecins travaillent dans l'urgence : si la demande est forte (en termes d'affluence de patients) et que l'offre est faible (en termes de nombre de médecins disponibles et de places d'hospitalisation), le temps d'accueil par patient est automatiquement raccourci. De plus, le décalage entre le sentiment du temps qu'il faut pour une bonne prise en charge – équivalent à la déontologie, à l'éthique médicale ou au surmoi du médecin – et le temps *réellement* disponible pour cela – plus court – augmente la sensation d'un temps contracté et immaitrisable. Nous estimons cependant qu'une part de cette réalité (l'obligation de travailler dans l'urgence) provient de la mise en œuvre inconsciente, par les médecins, d'une idéologie de l'urgence qui caractérise la société contemporaine dans son ensemble, au-delà du champ médical, une société « *malade du temps* »²⁷¹. En effet, pourquoi accepte-t-on sans le questionner, comme cela nous est montré dans la série télévisée *Urgences*, par exemple, que *l'accueil d'urgence* exige nécessairement *un travail dans l'urgence* ? En fait, si l'on pense qu'il y a une relation de cause à conséquence entre demande urgente et réponse dans l'urgence, on se voile la face sur deux réalités importantes : la première, c'est que les services d'urgence accueillent peu de pathologies qui nécessitent une intervention rapide (nous l'avons vu chez les patients de la psychiatrie qui savent attendre et qui présentent des pathologies psychosociales chroniques, peu souvent critiques). La seconde, c'est que l'administration hospitalière pousse aujourd'hui à la rentabilité et à la productivité du travail médical. En effet, les dotations financières sont aujourd'hui versées aux hôpitaux en fonction du nombre d'actes médicaux qu'ils réalisent en une période de temps donné. Plus il y a d'actes réalisés, plus la dotation est importante. Cela a pour corolaire de raccourcir les durées de séjour. En effet, certains patients, notamment ceux de la psychiatrie, sont peu rentables car ils occupent des lits sans faire l'objet de beaucoup d'actes médicaux à part la consultation quotidienne du psychiatre. Les autres dimensions du soin psychiatrique, comme les échanges entre les patients et les infirmiers, ne sont pas comptabilisées, par l'administration hospitalière, comme actes médicaux. Dans cette logique productiviste, un lit occupé par un patient qui ne génère pas d'acte constitue une perte d'argent potentielle pour l'hôpital. Les services d'urgences ne sont bien sûr pas exempts de cette logique, d'autant qu'ils sont grands consommateurs de moyens, ce qui exacerbe les enjeux de rentabilité. On peut apercevoir cette réalité dans le journal ethnographique quand nous y relatons les réunions entre médecins où se décide l'orientation des patients hors des urgences, c'est-à-dire quand des lits se libèrent. Ces réunions sont nommées dans le jargon des urgences « *la criée* »²⁷². Le compte-rendu de *l'observation 6* illustre bien cela où l'on s'aperçoit que les patients de la psychiatrie occupent des lits dans le service N1/N3 (à dominante somatique) en exaspérant certains médecins parce qu'ils ne présentent « *pas grand-chose à se mettre sous la dent* ». L'ironie est parfois de mise pour désigner cette patiente dépressive qui est estimée peu

²⁷¹ AUBERT, Nicole. *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. [2003]. Flammarion, 2009. Coll. « Champs », Essais.

²⁷² Ce terme présente une connotation troublante car la criée signifie, au sens propre, vendre des poissons aux enchères. Les patients sont donc ici réduits à des marchandises dont le profil pathologique présente une valeur économique pour tel ou tel service d'aval de l'hôpital qui l'accueillera à la sortie des urgences. Un patient qui nécessitera beaucoup d'actes médicaux vaudra plus qu'un patient dépressif qui aura besoin d'une psychothérapie, pratique qui se laisse difficilement réduire à une mesure comptable, chiffrée.

malade par les somaticiens : « elle va faire une TS à la Volvic ». Enfin, le *fragment clinique 1* présente Madame J. considérée comme la patiente-déchet des urgences puisqu'elle y séjourne régulièrement plusieurs mois d'affilé, en occupant un lit ici faute de trouver une institution qui puisse l'accueillir ailleurs.

Ainsi, les services d'urgence présentent une réalité complexe. D'un côté, ils reçoivent la crise et exigent un travail dans l'action et le temps court, ce qui correspond pleinement aux nouvelles injonctions administratives et financières de l'hôpital car, dans ces cas-là, le soin, décomposable en une succession d'actes nombreux et tarifables, est rentable. Mais ces situations, comme nous le rappelle François Danet, ne représentent que 2% des recours aux urgences²⁷³ ! Ainsi, la réalité des services d'urgence, dans l'immense majorité des cas, n'exige pas la rapidité de l'intervention, mais bien plutôt un soin qui se déroule dans un temps plus ou moins long, celui de la simple relation thérapeutique²⁷⁴ où le sujet en détresse attend du médecin qu'il formule la signification de l'événement somatique ou psychique qui l'angoisse. C'est ce que nous avons nommé la dimension anthropologique et communicationnelle du soin aux urgences sur laquelle nous reviendrons longuement dans les chapitres ultérieurs. S'adresser au médecin, aux urgences, correspond souvent plus à un désir de lien ou à une demande signification qu'au souhait d'une guérison immédiate. Le médecin est sollicité pour sa fonction sociale de médiation en tant qu'il parvient à relier un tourment singulier (qui concerne le corps, le psychisme) au collectif (le discours médical, la reconnaissance d'une souffrance qu'il peut attester être partagée par plusieurs, qui a une existence dans le savoir médical, etc.).

L'idéologie de l'urgence, qui envahit aujourd'hui plusieurs domaines de la société (monde de l'entreprise, transports, télécommunications), imprègne aussi le champ médical en trouvant particulièrement à s'illustrer aux urgences. Si le propre de l'idéologie est de parvenir à se faire passer pour naturelle, l'idéologie de l'urgence a trouvé, dans les services d'urgence, un endroit idéal pour ne pas être questionnée. Or, la réalité des services d'urgence exige de ne pas traiter les symptômes qui s'y présentent majoritairement dans l'urgence...

Dans le *Culte de l'urgence*, Nicole Aubert explique comment notre société a récemment institué de nouvelles modalités du rapport au temps que sont l'urgence, l'immédiateté, le présent et l'instantanéité. Son propos reprend les arguments classiques de la fin de l'histoire suite à « la déthéologisation et l'abolition des grands systèmes porteurs de sens »²⁷⁵. Sans possibilité d'envisager le futur autrement que dans la répétition du présent, les sujets d'aujourd'hui sont d'autant plus confrontés à l'idée de leur propre mort comme seul aboutissement de leur vie. Ils ne peuvent ni espérer contribuer à un changement social et politique pour les générations futures, ni espérer une vie au-delà de la mort comme cela est promis dans les systèmes religieux. Pour reculer cette vision de la mort comme absurde finitude de l'homme, les sujets rentabilisent le temps présent dans une logique de l'avenir : il s'agit de jouir du plus de choses possibles avant la mort, en les possédant :

²⁷³ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.

²⁷⁴ Alors qu'on pourrait imaginer que les patients sont hospitalisés suite à leur recours aux urgences, le soin psychiatrique correspond le plus souvent à une consultation, nommée, dans le jargon administratif, « *sortie simple* ». On voit comment l'attention est focalisée sur l'évacuation du patient au lieu d'insister sur la consultation durant laquelle s'est déroulée un échange entre patient et psychiatre qui n'avait souvent, rien de « simple » pour le sujet reçu pris dans l'angoisse, dans un mouvement dépressif ou dans des difficultés insurmontables au travail.

²⁷⁵ AUBERT, Nicole. *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. [2003]. Flammarion, 2009. Coll. « Champs », Essais, p.112

« Le temps n'apparaît plus comme ce qui structure les activités ou les événements de la vie selon l'adage « chaque chose en son temps » ; c'est désormais un temps marqué par la pulsion du désir, un temps harmonisé au sujet lui-même selon la logique du désir : c'est le temps du « chaque chose quand je veux » (...). Mais c'est le temps du désir de l'un contre le désir de l'autre ; le temporalité de l'un contre la temporalité de l'autre »²⁷⁶.

Cette logique de la satisfaction immédiate du désir à laquelle fait référence Aubert est identifiable aux urgences à travers une population bien spécifique dont nous n'avons pas encore parlé. Il s'agit de patients qui présentent des pathologies classiques peu graves (que les médecins appellent « bobologie ») et qui préfèrent venir aux urgences plutôt que d'attendre deux jours pour un rendez-vous auprès de la médecine de ville. Pour ces sujets, la médecine est un objet de consommation ou un service au même titre que n'importe quelle offre de la société de consommation. On pourrait presque dire que les urgences sont conçues comme le fast-food de la médecine. Cela contribue évidemment à ôter à la médecine son caractère de médiation puisqu'elle est alors *objet* à consommer au lieu d'être une variante du lien social qu'elle institue dans la rencontre médecin/patient.

Aubert souligne l'importance de deux déterminants qui encouragent cette vie dans la jouissance immédiate hors du temps long qui devrait donner consistance au lien social. Si l'urgence s'institue comme un mode de vie, c'est que l'immédiateté règne à la fois dans le champ de l'économie et dans celui de la communication et des médias, où elle s'exprime dans les télécommunications. Pour Aubert, notre société a aujourd'hui tendance à dénier les contraintes de l'espace : les frontières sont abolies grâce aux nouveaux moyens de transports, toujours plus rapides, et à l'instantanéité de la communication permise par le réseau Internet. Tout se passe comme si la notion de distance n'existait plus. Aussi, la logique économique se rabat, selon Aubert, sur la logique des échanges financiers, de la bourse en temps réel. Dans le champ de l'entreprise, on est aujourd'hui compétitif en gagnant du temps, nous dit Aubert, en travaillant à flux tendus, en augmentant la productivité et la performance des salariés qui doivent accomplir plus de tâches en moins de temps. L'économie de l'entreprise n'est ainsi plus fondée sur une logique d'extension et de conquête de nouveaux territoires – dans une problématique de l'espace – vers lesquels produire et vendre. On constate combien cette idéologie a imprégné le monde de l'hôpital où les patients sont parfois considérés comme une marchandise à gérer en « flux tendus » : il faut éviter de faire des « stocks » de patients, au risque de manquer de compétitivité par rapport à l'hôpital de la région voisine qui « ventile » mieux ses services.

Mais le plus intéressant, sans doute, chez Aubert, est ce qu'elle nomme les « *pathologies de l'urgence* »²⁷⁷ qui sont des sortes de réponses subjectives à la société de l'urgence. Un peu paradoxalement, ces pathologies de l'urgence sont accueillies aux urgences de l'hôpital, et notamment par la psychiatrie. Aubert rencontre ici la réflexion d'Ehrenberg²⁷⁸ quand elle déclare que la dépression constitue le mal de notre siècle. C'est dans l'interprétation du symptôme que les deux auteurs nous semblent pourtant diverger. En effet, Ehrenberg affirme que la dépression est une maladie éminemment contemporaine parce qu'elle est le résultat, la conséquence directe en quelque sorte, d'une société qui exige de ses sujets toujours plus de performance et finit par les épuiser. Le sujet ne tombe plus malade parce que ses désirs transgressent des interdits sociaux – en suscitant un conflit

²⁷⁶ *Ibid.*, p.62

²⁷⁷ *Ibid.*, chapitres 5 et 6

²⁷⁸ Cf. EHRENBURG, Alain. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob, 1998.

psychique comme dans la psychopathologie freudienne – mais parce qu'il se fatigue à devoir satisfaire à de nouvelles normes sociales : les exigences de performance, de productivité et d'autonomie d'une société où règne la concurrence entre les individus. Le sujet se fatigue d'être lui, nous dit Ehrenberg, il se fatigue de devoir compter uniquement sur lui-même pour produire son identité. Alors qu'au temps de Freud la société produisait des normes à ne pas transgresser, la société produit aujourd'hui des normes de vie impossible à atteindre. Si la réflexion d'Ehrenberg est intéressante, elle connaît cependant la limite de placer la cause du symptôme psychique totalement en dehors du sujet. Dans ces conditions, il est difficile d'expliquer pourquoi certains sujets dépriment et d'autres non.

C'est pourquoi la vision d'Aubert, moins causaliste, et moins sociologique au fond, nous convainc davantage. La psychosociologue interprète la généralisation de la dépression comme *une réponse de certains sujets* à une forme de société qui ne leur convient pas. Le symptôme-dépression n'est pas seulement une conséquence de la pesanteur de la société de la performance sur les individus, mais il est *invention subjective* de défense – à dimension inconsciente – contre les méfaits de l'idéologie de l'urgence :

« tout se passe comme si le mécanisme de ralentissement se mettait en marche, tant sur un plan biologique que sur un registre symbolique, comme si l'inconscient déclenchait une sorte de panne de la pensée et de l'action, pour permettre à la personne de rétablir un temps de recul, de prendre une sorte de pause psychique, coupant ainsi au rythme infernal dans lequel elle est plongée »²⁷⁹.

Cette conception du symptôme donne à la cure psychique la possibilité d'intervenir et de porter ses fruits puisqu'elle fait de la dépression une position subjective, singulière, par rapport à un ordre imposé. Le symptôme est ici conçu comme une formation de compromis, c'est-à-dire comme une articulation entre un désir (se reposer, s'arrêter) et les exigences du collectif (agir à tout prix). Le *ralentissement* qui caractérise le symptôme dépressif n'est ainsi ni la réalisation complète du désir du sujet (ralentir n'est pas s'arrêter), ni une réponse absolue aux exigences du collectif (ralentir, c'est certes continuer à « avancer » ou à « progresser », termes chers à la société de la performance, mais avec moins de hâte). Le compromis exprime ainsi la place d'un manque à la fois dans le désir et dans le collectif, pour une existence plus vivable²⁸⁰. La cure psychique consiste alors à permettre au patient de donner une autre forme au compromis qui le fait trop souffrir, elle doit lui permettre d'entrevoir une nouvelle formule du compromis, qui sera source de moindre souffrance, dont il sera porteur, et qui puisse conjuguer la réalisation partielle d'un désir avec la nécessité de rester dans le lien social. La posture d'Ehrenberg, éliminant la dynamique subjective et psychique à l'œuvre dans l'émergence et la formation du symptôme, aboutirait, à la limite, à penser que l'unique solution pour la disparition du symptôme dépressif serait un changement de société. Adhérer à une telle position rendrait sans intérêt la démarche de notre thèse qui

²⁷⁹ *Ibid.*, p.170.

²⁸⁰ Selon la psychanalyse, le manque est ce qui structure le rapport à l'autre, le lien social. C'est parce que quelque chose me manque – du fait même que j'existe dans le langage et que cette médiation implique de mettre un signifiant à *la place* d'un objet – que j'espère trouver, chez l'autre, de façon illusoire, l'objet perdu. Le sujet désire chez l'autre ce qu'il n'a pas. Certains sujets trouvent à combler ce manque dans des objets, sous forme d'addiction. Aubert affirme que l'urgence peut occuper la place de cet objet d'addiction : « *Galvanisés par l'urgence, parfois presque shootés à cette nouvelle forme de drogue, certains ont besoin de ce rythme pour se sentir exister intensément* » (p.25). L'addiction à l'urgence entraîne ainsi une perte du lien social puisque je n'ai plus besoin de l'autre pour me sentir exister ni suppléer à ma fragilité originelle d'être né dans le symbolique. La dépression peut ainsi s'entendre comme une façon de réintroduire du manque dans l'infini de la performance et ouvrir de nouveau la voie au rapport à l'autre.

cherche à voir dans la psychiatrie d'urgence des moments de rupture et de réarticulation du psychique et du politique.

A ce propos, il est ici très intéressant de noter que ces profils dépressifs, commentés par les patients eux-mêmes comme liés aux injonctions sociales de performance et d'urgence, sont accueillis aux urgences²⁸¹ ! On doit alors se poser cette question : comment des sujets en attente « *d'un temps de recul* » ou d'une « *pause psychique* » par rapport aux exigences de la société de la performance, peuvent-ils trouver satisfaction dans les services, là où, précisément, nous venons de le voir, se déploie une activité thérapeutique qui se fait souvent dans l'urgence, là où règne, du côté des soignants surtout, une pression du temps court ?

L'apparent paradoxe qui oppose la nécessité de faire une pause, qui évoque un besoin de temps long, et le recours aux urgences, qui évoque la fugacité d'une rencontre et donc le temps court, nous étonnera moins si nous parvenons à nous rapprocher encore un peu plus de la logique de la rencontre, toujours singulière, entre les sujets en détresse et le service d'urgence. Nous pensons, appuyé sur notre expérience de terrain, que le sujet en détresse auquel nous faisons référence, celui qui porte une « *pathologie de l'urgence* » sous le mode de la dépression, est susceptible de trouver au moins deux grands types de réponse aux urgences psychiatriques.

La première est sans doute celle qui fait du service d'urgence un espace de projection et d'identification pour le sujet. En effet, si le sujet recherche *inconsciemment* un moment de pause, cela n'empêche pas qu'il puisse exiger, dans son discours *manifeste*, une thérapie brève, une résolution immédiate de son problème. Pour les patients, les urgences réalisent le compromis de constituer un lieu protégé de l'espace public et de ses règles (à l'hôpital, les sujets s'identifient les uns les autres à partir de leur statut de souffrant ou de malade) qui permet de « souffler » par rapport aux injonctions de l'extérieur (dans le monde du travail, dans la sociabilité en général) et, en même temps, il s'agit d'un lieu de l'hôpital où s'incarnent les valeurs de la performance en vigueur dans ce même espace public qui est celui où chaque sujet construit la dimension collective de son identité. En cela, les urgences constituent un espace-frontière qui ressemble à l'espace public sous certains aspects et s'en décale par d'autres. Autrement dit, aller aux urgences permet de se mettre *brèvement* à l'écart de la société de la performance tout en retrouvant un succédané dans ce qui s'observe à travers la course des médecins et leurs exploits techniques. Les urgences proposent donc une dialectique intéressante au sujet : il peut y reconstituer son identité en retrouvant les valeurs de la société de la performance tout en interrogeant, parce qu'il y est un peu à l'écart, grâce à son statut de malade, le lien qu'il entretient, singulièrement, avec le collectif, et qu'il doit réinventer pour aller mieux. C'est donc un lieu qui permet l'ajustement entre le versant singulier et le versant collectif de son identité. L'urgence psychiatrique met ainsi en perspective trois éléments : le compromis propre au symptôme dépressif, le compromis propre à l'offre du service d'urgence, le compromis entre singularité et appartenance propre à l'élaboration de l'identité du sujet. Les exemples rencontrés lors de notre enquête au pavillon N sont nombreux pour illustrer cela : on a

²⁸¹ Notre journal ethnographique fait état d'un grand nombre de patients présentant un tableau dépressif. Souvent, suite à des tentatives de suicide (TS), les patients expliquent qu'ils ne désiraient pas se donner la mort, mais simplement « *se reposer* », « *dormir longtemps* ». D'ailleurs, les patients font la plupart de leurs tentatives en s'intoxiquant avec des somnifères ou des anxiolytiques dont les quantités ingérées sont suffisantes pour plonger dans un sommeil profond (plus long que le temps de repos « normé » qu'exige la société) tout en étant insuffisante pour provoquer la mort. En cela, les TS sont souvent des actes manqués par excellence au sens psychanalytique du terme : ils manquent le but mortel en réalisant le désir inconscient du repos. On peut se reporter au *fragment clinique 13*, dans lequel Madame V. préfère passer à l'acte suicidaire plutôt que de se retrouver face à son employeur qui doit la licencier et qui représente pour elle la société de la performance.

affaire à des patients qui ont tout fait pour se retrouver aux urgences psychiatriques (souvent inconsciemment, pour échapper à une situation intenable parmi des autres trop exigeants) et qui, une fois accueillis, refusent de se faire hospitaliser, c'est-à-dire de s'engager dans un soin sur le long terme. Le patient *fait usage* de l'espace du service d'urgence comme lieu de *pause* psychique (qui reste donc dans la brièveté – une pause, c'est bref) mais refuse qu'il soit une antichambre de l'hospitalisation. L'hospitalisation est en effet susceptible d'être perçue socialement comme signe d'exclusion de la société de la performance parce qu'elle évoque la notion de *prise en charge* antinomique à celle d'autonomie chère à l'idéologie de la performance. On peut évoquer ici le cas de Monsieur K., qu'on trouve relaté au *fragment clinique 5*. Ce patient a mis en scène une tentative de suicide par arme à feu qu'il n'a pas menée à terme mais qui a suffi pour alerter son entourage et justifier un recours aux urgences psychiatriques. Monsieur K. interprète son projet suicidaire comme l'aboutissement d'un parcours dépressif engagé lors de la perte d'une situation professionnelle qui lui apportait un grand confort de vie. Son nouvel emploi – il occupe un poste qu'il estime subalterne dans une entreprise alors qu'il était avant son propre patron – lui renvoie une image dégradée de lui-même qu'il explique par l'expérience d'une perte de reconnaissance sociale. Son syndrome dépressif se manifeste par un symptôme majeur d'inhibition pour se rendre à son travail. On a là tout à fait un tableau clinique qui correspond aux descriptions d'Ehrenberg et d'Aubert : un homme qui était dans la réussite professionnelle et l'opulence ne supporte pas une nouvelle situation professionnelle qui ne lui permette pas la reconnaissance sociale par la performance – Monsieur K. est aujourd'hui

282

agent de sécurité, métier qui est constitué de longs moments d'*attente* et d'*ennui*. Alors que son discours et son projet suicidaire indiquent la nécessité d'une hospitalisation, Monsieur K. la refuse catégoriquement. Mais son discours est ambivalent. En effet, à la suite de chaque entretien où le patient exprime à la psychiatre son refus d'être hospitalisé, il retourne à son box des urgences pour s'allonger avec soulagement sur son lit... Monsieur K. investit le lieu des urgences comme lieu de repos mais n'est pas en mesure d'accepter une hospitalisation qui le renvoie trop à l'image dégradée qu'il a de lui-même comme devenu incapable. En comprenant l'usage ambivalent, de compromis, que ce patient faisait du service d'urgence, la psychiatre le laissera finalement rentrer chez lui.

Au-delà de la conception du service d'urgence comme espace protégé et de projection, il y a, à notre avis, un autre type de réponse que les sujets porteurs de « *pathologies de l'urgence* » trouvent aux urgences. Il s'agit de la forme de la clinique qu'ils rencontrent chez les psychiatres. D'un côté, les services d'urgence sont un espace de projection parce qu'ils manifestent, pour les patients, des aspects reconnaissables de la société de l'urgence et de la performance – exploits techniques de médecins, travail dans le temps court – mais, d'un autre côté, on peut être étonné des références cliniques des psychiatres qui, loin de s'appuyer sur ce qui fait le succès des thérapies brèves aujourd'hui (les théories comportementalistes), s'inspirent fondamentalement des approches psychanalytiques de la pathologie (psychodynamique). Ce constat est extrêmement important car il nous semble la condition de la réintroduction du *temps long* à l'intérieur même d'un lieu qui fonctionne avec des médecins qui agissent dans *un temps resserré* pour des patients, en crise, qui perçoivent *le temps comme suspendu*. La logique voudrait que dans un lieu où l'on a peu de temps pour recevoir les patients, on mobilise des modèles thérapeutiques qui donnent des solutions immédiates. Ainsi, les psychiatres pourraient donner des recettes aux patients pour qu'ils évitent, dans le futur, une crise d'angoisse ou des idées de mort quand elles commenceront à se manifester. Ce serait la logique des thérapies comportementales qui

282 C'est-à-dire instituant un rapport au temps contradictoire à la société de l'urgence.

prescrivent un comportement pour supprimer *la manifestation* d'un symptôme sans en chercher *le sens*, c'est-à-dire sans considérer la place qu'occupe le surgissement de ce symptôme dans l'économie psychique du sujet²⁸³. Au lieu de cela, les psychiatres, aux urgences, se contentent d'ouvrir un espace de parole qui consiste à inviter le patient à rendre compte, dans un récit, de ce qui l'a amené aux urgences. Autrement dit, le psychiatre ne prescrit pas un comportement, mais invite le patient à produire du sens, à insérer et situer l'événement psychique ou somatique dont il se plaint à l'intérieur de son histoire. Ainsi, la crise est défaite de sa charge écrasante et insensée en étant replacée dans une série de faits antérieurs auxquels elle est plus ou moins identifiable, plus ou moins réductible. Or, le sens revient dans cette opération qui établit des similitudes et des différences : c'est la logique de l'interprétation qui, par des opérations métonymiques, métaphoriques ou comparatives ramènent des faits à d'autres, des signifiants à d'autres. Un signifiant seul ne signifie rien. La signification n'émerge que de la mise en tension de deux signifiants. Or, ce qui angoisse le sujet qui a eu recours aux urgences, c'est d'être confronté à un signifiant seul. Dans la crise, il se pose cette question : « mais quel est donc ce symptôme qui insiste, que je ne m'explique pas et que j'ai l'impression d'éprouver pour la première fois ? ». Ainsi, le ralentissement dépressif, éprouvé comme étrangeté dans le corps et l'esprit du sujet, mais élaboré inconsciemment comme défense, n'a pas de sens pour un sujet qui s'est construit un système de valeur qui privilégie la performance : le sujet se sent étranger à lui-même en ne pouvant mettre en série le symptôme du « ralentissement » ou de « l'inhibition » avec les signifiants qui sont les repères habituels de sa vie : « rentabilité », « concurrence », « temps réel », etc. C'est cette sensation de hors-sens, relevée par le patient lui-même et son entourage, qui décide le recours à la psychiatrie d'urgence. Ainsi, pour répondre à cela, les psychiatres ne donnent pas de recettes comportementales mais ouvrent la possibilité de la construction, par le sujet lui-même, d'une chaîne signifiante ou le symptôme comme signifiant seul ait l'opportunité de s'attacher, par opposition ou

identification, à d'autres signifiants *dont le sujet est déjà porteur*²⁸⁴. Il s'agit d'inscrire le symptôme dans le symbolique, lui faisant représenter quelque chose pour le sujet : par exemple, dans le cas de la dépression, représenter un désir de repos. Soulignons que cette logique de l'interprétation, qui s'inscrit contre celle de l'action suggestive ou de la prescription (comportementale, médicamenteuse), peut se faire brièvement tout en donnant au sujet le sentiment qu'il existe dans un temps long. En permettant au sujet en détresse d'engager de nouveau la dynamique perdue de la signification et de l'interprétation, les psychiatres offrent aux patients la possibilité de reconstituer la dialectique essentielle qui articule dans notre existence présent et passé, temps court et temps long, événement et mémoire²⁸⁵. Cette posture clinique, en vigueur aux urgences psychiatriques du pavillon N, explique pourquoi, même aux urgences, les patients sont en mesure, comme le dit Aubert, de se ménager « *un temps de recul* » sur leur existence souffrante. Ouvrir le sens et l'interprétation, cela peut se faire en un temps très court, à travers une simple façon

²⁸³ Comme nous l'avons vu pour l'exemple de la dépression comme réponse subjective à la société de la performance.

²⁸⁴ La position du psychiatre est de s'informer des signifiants propres au sujet pour ne pas proposer une interprétation qui soit valable soit pour n'importe quel sujet, soit seulement pour le psychiatre qui ferait alors de la suggestion. C'est au sujet de trouver une formule personnelle qui articule les signifiants qui organisent habituellement sa vie avec le signifiant inconnu que donne à voir son symptôme ou l'acte qui l'a conduit aux urgences. Il n'y a qu'à cette condition qu'un retour du sens est possible.

²⁸⁵ Toute la difficulté du psychiatre est de montrer que, chez le sujet, cette mémoire a plusieurs dimensions : à côté de la mémoire qui fait se rappeler les faits de la grande histoire et les petits faits de l'histoire personnelle qui ont jalonné la vie du sujet, il y a un autre type de mémoire, inconsciente, qui structure aussi la vie du sujet (c'est son activité désirante qui puise son énergie dans l'expérience du manque de l'objet institué par le complexe de castration qui date du passé infantile).

d'accueillir la parole d'un sujet en suscitant son récit et en incitant le sujet à produire des liens associatifs entre ce qui a eu lieu dans la crise et ce qui se dit dans son récit. En parlant et en associant, le sujet se réinstalle dans son histoire personnelle en faisant exister le passé dans l'absurde contingence du présent. Pour le sujet, le temps long fait retour à la fois dans la diachronie propre à l'énonciation (quand un énoncé prend sens et voit son sens incessamment modifié, toujours *rétrospectivement*, à mesure que s'enchaînent différenciellement les signifiants dans le procès de la parole) et dans l'historicisation de sa vie coextensive à l'exercice de narration de soi auquel invite le psychiatre. Si le temps long n'est pas toujours objectivement observable dans les services d'urgences où tout est fugace et précipité, les sujets peuvent cependant en faire l'expérience via l'ouverture au temps qu'implique l'activité interprétative mise en œuvre par la psychiatrie. En sortant du service d'urgence, le sujet ne s'identifie plus à l'acte qui l'y a conduit, mais il fait de cet acte un *signe* de sa subjectivité construite dans un temps long, c'est-à-dire un signe renvoyant à d'autres signes qui structurent la vie de ce sujet, sa mémoire de lui-même, en un mot : son identité.

B. Maniement et usage des temporalités et des durées dans l'urgence : l'articulation entre le temps court et le temps long au cœur de la relation thérapeutique

Suite aux considérations précédentes, on pourrait dire que la psychiatrie d'urgence est une clinique du temps court et de la brièveté ouverte à la possibilité du temps long. Nous avons bien vu comment la posture clinique qui consiste à privilégier l'interprétation par rapport à la prescription permet d'ouvrir au temps long, c'est-à-dire, à la possibilité, pour le sujet, de construire une dialectisation entre le temps court de la crise comme indice – insensé – de subjectivité et de singularité et le temps long des signes qui font la permanence de son identité autant sur le plan singulier (les signes inconscients du désir) que collectif (les signes distinctifs de son statut social, de ses appartenances, etc.).

Ces réflexions, attestées par notre enquête de terrain, montrent qu'il existe plusieurs temporalités dans la psychiatrie d'urgence qui n'est pas dominée uniquement par le règne du temps court car, même dans les pratiques s'inscrivant dans le temps court, émanent des perceptions du temps long. Nous souhaitons enrichir encore notre propos pour montrer que les patients et les soignants prennent acte de cette sorte d'enchevêtrement complexe des temporalités de l'urgence. Ils en prennent acte au point de les *manier* et d'en *faire usage* au service de la clinique.

Nous nommerons « maniement » des temporalités ce qui relève de l'activité des soignants dans le sens où ce sont eux qui *orchestrent* la clinique, qui définissent les temps cliniques. Nous nommerons « usage » des temporalités ce qui relève de l'activité des patients qui *font avec* le temps proposé par l'institution. Dans le premier cas, les médecins sont les instigateurs d'un ordonnancement symbolique du temps ; dans le deuxième cas, les patients sont en demeure de s'approprier subjectivement les différentes temporalités du soin proposées par l'institution : ils font un usage de ce qui est établi par l'Autre.

Notre analyse du *maniement* des temporalités dans la psychiatrie d'urgence s'appuiera à la fois sur notre enquête de terrain et sur le commentaire d'un dispositif original d'accueil des urgences récemment mis en place à l'hôpital psychiatrique Guillaume Régnier de Rennes.

Les temps du pavillon N

Au pavillon N, le patient en détresse est, dès son accueil, confronté à une temporalité symbolique qui renvoie au temps propre de l'institution. L'institution, à travers le protocole

avec lequel elle accueille le patient en hiérarchisant les urgences, en décomposant l'accueil entre le temps de l'inscription administrative, le temps de la prise en charge et le temps d'hospitalisation, propose au patient une scansion spécifique du temps. Jalonné par ces repères, le temps qui n'avait plus de consistance pour le patient, du fait de son expérience de la crise, se voit replacé dans une dimension symbolique. D'une part, ce temps proposé par l'institution est valable pour tous et il replonge donc le patient dans une médiation partagée de la temporalité. D'autre part, plus subjectivement, le patient éprouve des temps différents, on lui indique la suite des événements, ce qui fait qu'il n'est plus plongé dans un futur incertain ou dans l'immédiateté de l'expérience de l'affect. Le sujet qui était dans une expérience réelle du temps (c'est-à-dire n'existant que dans le présent de sa souffrance) ou dans une expérience imaginaire (peur du futur, éventualité de la mort), se trouve dans la situation de pouvoir s'approprier à nouveau le temps qui passe en y distinguant des périodes/étapes plus ou moins longues qui sont autant de repères symboliques.

Le sujet s'installe à nouveau dans le temps de l'Autre, dans le temps de la sociabilité qui permet de nouveau la rencontre et la parole. En effet, pris tout entier dans le présent de mon affect, dans cette expérience impartageable de la crise qui n'a pas de représentant dans le langage, je ne puis que nier l'existence de l'autre. En revanche, les temps qui scandent la prise en charge du sujet sont des signaux qui lui sont envoyés pour qu'il retourne à la conscience de l'existence et de la présence de l'autre, c'est-à-dire pour qu'il se résolve à croire qu'il y a quelque chose de communicable et de partageable, au moins en partie, dans ce qui l'affecte et le rend absent aux autres.

Dans cette prise en charge scandée, son être et son corps font un retour forcé, en quelque sorte, au symbolique. Dans un premier temps, l'institution installe, pour le sujet ou à sa place, en quelque sorte, une sorte de temporalité artificielle quand elle annonce au patient le déroulement de sa prise en charge²⁸⁶. Cela permet aux angoisses (de mort, notamment, car relatives à l'idée de fin ou de l'absence de temps) de s'apaiser car il y a un futur (« je sais qu'on va me rencontrer et qu'on m'écouterà, quand j'aurai attendu trois heures »). Cette idée d'une rencontre future engage l'élaboration symbolique du sujet qui cherche par quels mots il trouvera à rendre compte de sa souffrance. Le temps installé par l'institution, pour le sujet, provoque une sorte de transfert sur l'hôpital ou le médecin en instituant un autre

imaginaire à qui le sujet *suppose un savoir*²⁸⁷ sur sa souffrance. La perspective de la rencontre avec un autre qui sait réintroduit à la fois la dynamique du rapport à l'autre (le lien social) et la dialectique de la parole et du désir car, avec ses mots, le sujet devra faire reconnaître sa souffrance (c'est-à-dire ce qui, de son désir, n'est pas partageable).

Grâce à l'accueil de l'institution qui prend d'abord consistance dans sa manière de donner un temps organisé au patient, on peut dire que celui-ci transite entre trois expériences qui se succèdent : une expérience *réelle* (celle de l'affect, celle du temps imposé), une expérience *imaginaire* (celle de la supposition de savoir de l'institution ou du médecin sur le réel de l'affect), une expérience *symbolique* (celle où le sujet retrouve la parole et articule le réel de son affect à une parole destinée à un autre qui est supposé savoir et comprendre). Si on est aveugle à cette « préparation » des patients à la rencontre, on pourrait être très étonné de voir arriver aux urgences des patients sans parole (mutiques et recroquevillés sur leur brancard) et qui deviennent volubiles au moment de l'entretien

²⁸⁶ Cette construction symbolique du temps imposée au patient est, pour lui, dans un premier temps, une expérience de la contrainte, c'est-à-dire une expérience réelle de la temporalité qui lui vient toute de l'autre et avec laquelle il devra composer, de laquelle il devra faire usage pour se l'approprier.

²⁸⁷ Lacan nous rappelle que le transfert s'installe dans la supposition de savoir que le sujet construit envers l'analyste.

avec le psychiatre. C'est sans doute parce qu'ils sont passés par toutes ces étapes et du fait du moment exceptionnel de l'accueil d'urgence (sur le mode du « il faut le dire, maintenant ou jamais »).

Pour illustrer cela, nous renvoyons au *fragment clinique 10* : Monsieur C., très agité et contenu à son arrivée, finira par dévoiler un point important de son rapport singulier à l'hôpital (en lien avec sa grand-mère) qui l'empêchait d'accepter des propositions d'hospitalisation ; le père de Monsieur C. dira quasiment explicitement combien la mère et le fils se sont enfermés dans un schéma œdipien... Les services d'urgences, dans la sorte de suspens de la rencontre qu'ils produisent ont un effet cathartique certain. Nous reverrons cela lors de notre comparaison entre les urgences psychiatriques et le théâtre tragique antique.

Nous décrivons, dans *l'observation 2*, combien le protocole de prise en charge aux urgences, se déroulant selon nous en cinq étapes, est un moteur de la réinstallation du temps symbolique dont nous parlons. En fait, l'accueil, en plusieurs temps, présente deux versants qui renvoient au symbolique : la scansion et la modulation. La scansion, c'est la succession des cinq étapes de la prise en charge psychiatrique qui concernent tous les patients²⁸⁸ : le patient sait qu'il est identifiable à un autre en étant passé par là : prise de contact ; investigation sur l'histoire du patient ; entretien avec le patient ; construction et décision de la trajectoire de soin ; compte-rendu de la rencontre sur le dossier médical informatisé.

Chacune de ces étapes s'inscrit dans une temporalité différente qui à *la fois* est valable pour *tous* les patients et se *module* en fonction de la *singularité* de chaque cas. C'est en cela que le maniement de la temporalité par les psychiatres est déjà une œuvre de médiation puisqu'il articule un temps collectif (un temps pour tous : les étapes obligatoires) avec un temps pour le sujet, au cas par cas. Dans cette approche qui lie exigence de l'institution d'une part, et assouplissement et modulation de ses normes pour prendre en compte un cas singulier d'autre part, on a le paradigme de la médiation entre psychique et politique, entre singulier et collectif, qui fait le cœur de la psychiatrie d'urgence. C'est aussi spécifiquement l'objet de notre thèse. Ainsi, on peut établir le tableau suivant à partir de nos observations :

²⁸⁸ Tous ceux qui relèvent d'un « avis psychiatrique ». Avant la prise en charge psychiatrique, une série d'autres étapes de la prise en charge ont eu lieu (inscription administrative, examen somatique, etc.). Nous les avons représentées sous la forme d'un arbre de décision à *l'observation 2*.

Etapes de la prise en charge Rapport au temps	Prise de contact avec le patient	Investigation sur l'histoire du patient	Entretien avec le patient	Construction et choix de l'orientation	Compte-rendu sur le registre informatique du service
Temporalité normée (observée avec récurrence) de l'institution pour cette étape	Courte	Longue	Assez courte	Longue	Longue
Modulation en fonction de la singularité du cas	Dépend de l'agitation et de l'état de santé physique du patient. Peut s'avérer plus longue si le patient trouble le service.	Dépend de l'entourage du patient et de son suivi médico-social	Temporalité plus longue en fonction de ce que dépose le patient, de son usage de la parole, de son histoire singulière en tant qu'elle contribue à l'interprétation de la crise. Temps long du récit du sujet.	Rendue plus longue lors des hospitalisations sous contrainte et dans le cas de patients isolés (pas de famille, pas d'institution médico-sociale référente)	Dépend du rapport du psychiatre à l'information médicale ; temps long du récit du médecin ; mémoire de l'institution

Ce tableau appelle des précautions de lecture : ce qu'on appelle *la temporalité normée de l'institution* renvoie en fait simplement à ce qui fut observé avec récurrence lors de notre enquête. De plus, les indications de temporalités (courte et longue) ne valent évidemment pas dans l'absolu : elles valent en fonction de notre propre appréciation et sont relatives les unes aux autres. Quand nous disons, par exemple, que la temporalité de l'entretien de psychiatrie avec le patient est souvent « assez courte », nous disons cela comparativement au temps, plus long, consacré à la construction de l'orientation qui exige parfois des mesures médico-légales ou des communications qui prennent du temps avec les services hospitaliers ou les institutions médico-sociales de ville susceptibles d'accueillir le patient. De manière synthétique, ce qu'il faut remarquer en lisant ce tableau, c'est que la psychiatrie d'urgence, sur le plan de la temporalité, met en œuvre plusieurs dialectiques qui sont autant de médiations : entre temps du sujet et temps social ; entre temps court et temps long au sein même de l'activité institutionnelle. Aussi, on mesure encore une fois combien le temps long est présent aux urgences : dans le temps passé à certaines activités « d'enquêtes » sur le patient, mais aussi sur la construction de trajectoires de soin qui font que l'urgence a une suite, c'est-à-dire qu'elle ne soit pas totalement égale au temps de la prise en charge, mais constitue bien une médiation entre temps court de la crise et temps long des parcours de soin pluriels, proposés par le collectif. Ainsi, l'urgence ouvre à l'interprétation et au sens du symptôme mais aussi à des parcours dans le collectif : elle est promesse de temps long et de lien social, ce qui ne devrait plus nous apparaître paradoxal désormais.

Les temps au SPAO de Rennes

A Rennes, le service d'accueil des urgences de l'hôpital psychiatrique G. Régnier fonctionne selon un modèle que nous voudrions présenter brièvement car il vient renforcer les analyses que nous venons de produire. Alors que c'est notre enquête ethnographique qui nous a fait découvrir la question du maniement des temporalités dans la psychiatrie d'urgence, le Dr Dina Joubrel, le chef de service du SPAO²⁸⁹ de Rennes rend compte de ce phénomène non pas en tant qu'il se produit « tout seul », mais en tant qu'il a été véritablement élaboré comme processus d'accueil ayant des vertus thérapeutiques

²⁸⁹ Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation

adaptées à la question de la crise psychique. En effet, si, au pavillon N, à l'hôpital Edouard Herriot, les psychiatres ont une idée de l'importance de la question de la temporalité, elle n'est pas instituée proprement dans le service dans un protocole d'accueil formel.

Dina Joubrel se refuse à qualifier la modalité d'accueil des urgences qu'elle a mise en place de « protocole ». Elle lui préfère le terme de *rituel* « *qui ne signifie pas protocole qui désobjective les interlocuteurs, et fige la réactivité du soignant* »²⁹⁰. On retrouve ici la dialectique que nous soulignons précédemment entre scansion et modulation. La possibilité de modulation est une manière de s'ouvrir à la rencontre, à la particularité d'un cas jamais totalement réductible à un autre ; il s'agit, comme le dit Joubrel, de se rendre disponible à « *la rencontre fortuite avec l'altérité, avec la dimension de la surprise* »²⁹¹ qui caractérise toute situation de crise. Pour Joubrel, la difficulté, dans l'urgence psychiatrique, est de permettre l'élaboration d'une demande alors que le collectif, l'entourage du patient ou le médecin parle et sait souvent à la place du patient ce qui fait crise. Le patient n'a souvent pas eu le temps d'expliquer ce qui l'a poussé à tel acte bizarre ou dangereux qu'il se retrouve déjà aux urgences psychiatriques... Un patient délirant amené par la police n'a pas nécessairement de demande immédiate vis-à-vis de la médecine, sauf à supposer que son délire intervient comme symptôme qui bouche une souffrance.

Pour catalyser l'émergence de la demande, Joubrel a pensé une modalité de rencontre du patient avec l'institution hospitalière qui se déroule en trois temps, dans une durée d'une heure trente. Le premier temps est « *le temps de l'exploration* »²⁹² : le patient s'entretient avec un infirmier. Son rôle est d'échanger avec le sujet en crise pour acquérir des informations pratiques à son sujet (où il vit, quel est son entourage, s'il est suivi en psychiatrie de ville...) et pour comprendre la forme de sa souffrance : « *explorer, questionner, écouter, se laisser enseigner par l'autre, se laisser surprendre aussi, accepter le non-savoir préalable à toute rencontre. En psychiatrie l'infirmier peut occuper cette place, le psychiatre a du mal à effectuer un écart, et le public le perçoit à la place de celui qui sait* »²⁹³. Dans le deuxième temps, « *le temps de comprendre* »²⁹⁴, l'infirmier rend compte au psychiatre des informations compilées auprès du patient : une première élaboration du cas du patient se produit en tandem : le patient est pris dans un discours qui le concerne et qui, d'une certaine manière, l'inclut dans le symbolique. Le troisième temps, « *le temps de conclure* »²⁹⁵, est un retour auprès du patient au cours duquel l'entretien se fait à trois : patient-infirmier-psychiatre. Le patient, qui a eu un temps de repos entre son premier entretien et celui-là, nous dit Joubrel, éprouve déjà de l'apaisement car il a pu produire un écart : les premières questions de l'infirmier lui ont permis de faire retour sur sa vie et déjà de se distancier de l'expérience immédiate de la crise. Or, la distanciation de l'immédiat est une définition possible du symbolique qui crée toujours un hiatus entre expérience et signifiant comme condition de communicabilité à l'autre. Le deuxième entretien poursuit l'élaboration symbolique où le patient « *participe à son propre soin, (...) et tente de rectifier*

²⁹⁰ JOUBREL, Dina. « Clinique de la singularité : SPAO. Présentation d'un service innovant d'accueil et d'orientation en psychiatrie publique ». In *Les dossiers bleus*. 2010, *Accompagner le handicap psychique au quotidien. Insertion, réadaptation, nouvelles expériences premiers bilans*. Rennes : Fondation de la Croix-Marine, p.10

²⁹¹ Ibid., p.10

²⁹² Ibid., p.10

²⁹³ Ibid., p.11

²⁹⁴ Ibid., p.11

²⁹⁵ Ibid., p.11

son positionnement subjectif »²⁹⁶ qui a émergé dans la crise, réinterprété lors du premier entretien et à nouveau décalé dans le dernier entretien.

On constate à quel point la dilatation du temps de l'urgence en étapes séquencées est susceptible d'être thérapeutique, c'est-à-dire d'impliquer, même dans le temps court de l'urgence, le malade dans son propre soin pour qu'il investisse pleinement le parcours ultérieur qu'on lui offrira. De manière moins rationalisée, c'est ce qui se produit au pavillon N. Le dispositif envisagé à Rennes démontre que les soignants sont capables d'inventer, à l'intérieur même d'une institution qui exige de la performance, des modes d'organisation de l'accueil d'urgence qui n'en fasse pas une activité thérapeutique précipitée. Chaque patient parvient à bénéficier d'une heure trente de prise en charge mais cela ne mobilise le psychiatre qu'une seule fois face à lui (20 à 30 minutes). Alors que le psychiatre voit plusieurs patients en une heure trente, le patient, lui, a le sentiment d'une continuité de sa prise en charge entre les différents interlocuteurs à qui il s'adresse successivement. Ainsi, le psychiatre est en mesure de voir plusieurs patients dans le même temps court (pour satisfaire les injonctions de performance de l'hôpital) et le patient s'installe dans un processus de temps long (continuité et relai de la prise en charge) qui l'extrait du présent angoissant de la crise.

Parallèlement au *maniement* des temporalités de l'urgence par les soignants, les patients s'y logent, on l'a vu, mais, bien plus, ils font *usage* de la scansion-modulation du temps offert par l'institution hospitalière. Cette notion d'*usage* renvoie au fait que les patients sont confrontés au fait de devoir négocier avec une temporalité maîtrisée par l'institution, une forme de pouvoir dont elle dispose, par avance, sur le patient. L'organisation symbolique du temps proposée par l'institution se présente ainsi comme une autre facette du réel du temps pour le patient. Dans le dispositif rennais, il s'agit d'une *proposition de l'institution*, c'est-à-dire d'une forme de *contrainte à assouplir* par le patient pour qu'il construise une demande singulière. Le retour au symbolique se joue ainsi dans la négociation de la contrainte.

Il s'agit là d'un autre résultat important de notre recherche que nous illustrerons avec le cas d'un patient dont l'histoire est relatée à *l'observation 13*. Pour plus de commodité dans la rédaction, nommons-le Hector. Hector est un jeune homme d'environ 25 ans qui a recouru volontairement aux urgences après avoir ingéré une quantité suffisante d'Ajax, un produit ménager, pour souffrir de maux violents de l'appareil digestif. Il arrive donc le soir aux urgences où on lui annonce qu'il sera vu par un médecin généraliste, mais pas avant un délai de cinq heures. Cette temporalité de l'urgence imposée à Hector ne lui convient pas bien car il croyait être reçu immédiatement... Inquiété par ses souffrances, il décide de procéder à une inscription administrative et d'attendre son tour. Ce qui chiffonne Hector, c'est qu'il est partagé entre son besoin de voir un médecin et son désir d'assister à un match de football qui a lieu le soir même. Il décide alors de rentrer chez lui pour voir le match et de revenir ensuite, si les douleurs persistent. Hector revient aux urgences car il a toujours mal : on l'accueille alors car le délai de cinq heures est écoulé. Le médecin généraliste qui le soigne lui prescrit un traitement pour les lésions provoquées par l'Ajax. Mais Hector a des propos bizarres et le médecin s'interroge sur le geste d'ingestion du produit qui présente des allures suicidaires. Il est alors orienté vers la psychiatrie. Nous rencontrons Hector le lendemain matin : il nous raconte cette histoire et se livre un peu. Il va mal ce moment, il se sent seul et s'enferme chez lui parce qu'il n'est pas rassuré par des gens qui lui en veulent dehors. Hector, suivi régulièrement par la psychiatrie publique, en CMP, est psychotique chronique,

²⁹⁶ Ibid., p.11

paranoïaque, et vit un moment de crise dont le geste suicidaire et les hallucinations sont des signes.

Ici, tout conduirait, sur le plan de la sémiologie médicale, à une hospitalisation d'Hector en psychiatrie. Mais la psychiatre va être attentive à l'*usage* qu'Hector a fait de l'institution, et notamment de la temporalité qui lui était proposée. En *s'appropriant la temporalité imposée par l'hôpital* (rentrant chez lui, puis revenant), Hector formule en fait une demande spécifique. Oui, il est en crise, et il espérait bien, chemin faisant aux urgences, à partir de son trouble somatique pour lequel il recourt volontairement aux urgences, trouver un psychiatre. Mais non, Hector ne doit pas être hospitalisé au long cours puisque son usage en pointillé de l'institution (aller et retour) montre qu'il est capable d'y avoir ce rapport-là, de manière pérenne, et cela correspond à sa subjectivité, à sa version de la médiation singulier/collectif, malgré sa psychose. Hector sera donc orienté vers son CMP qui est précisément la structure permettant d'avoir un pied dans l'institution, sans y rester longtemps, sans y séjourner tout le temps. C'est une métaphore de cela qu'Hector a mis en scène aux urgences dans son usage singulier de la temporalité proposée par l'hôpital.

C. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation : les dimensions réelle, symbolique et imaginaire du temps

Au terme de cette réflexion sur les temporalités de l'urgence, nous voudrions dresser un premier tableau récapitulatif qui serait une des formulations possibles de la médiation du temps telle qu'elle se manifeste lors de l'accueil de la détresse psychique aux urgences de l'hôpital général. Ce tableau s'étoffera au cours de la thèse à mesure que nous emprunterons d'autres points de vue sur l'urgence, au-delà de la question de la temporalité.

	Réel (contrainte du temps)	Imaginaire (fantasmes sur le temps : première négociation de la contrainte du temps)	Symbolique (seconde négociation de la contrainte du temps)
Du côté du soignant	<ul style="list-style-type: none"> - temps de l'agir : contention physique ou chimique - pression institutionnelle : il faut « ventiler » le service (rentabilité) - situation d'engorgement du service - Maîtrise du temps (à travers une décision de sortie, par exemple → contrainte <i>exercée</i> sur le patient) 	<ul style="list-style-type: none"> - idéologie de l'urgence (comme règne du temps court, de l'instant) - imaginaire de l'action et de l'efficacité (performance, rentabilité : agir en un temps toujours plus court) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Construction et maniement</i> de la temporalité institutionnelle - temps long de l'interprétation qui prend appui sur le temps court de la rencontre - modulation-scansion des durées²⁹⁷ - inscription de la mémoire du patient sur le registre informatisé
Du côté du patient	<ul style="list-style-type: none"> - absence de temps dans l'angoisse, dans la crise (présent de la souffrance qui interdit de se projeter avant ou après) - imminence objective ou sentiment subjectif de la mort / fin du temps - contrainte (<i>subie</i>) du temps de l'Autre (pouvoir médical et organisation institutionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> - attente (mise en œuvre de l'imaginaire d'un « à venir », construction du transfert dans un temps suspendu) 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Usage</i> de la temporalité institutionnelle (et de la modulation de ses durées) en vue de la construction d'une <i>demande</i> - temps long de l'ouverture à l'interprétation qui prend appui sur le temps court de la rencontre (mémoire des paroles énoncées mise en perspective avec le temps court de l'énonciation dans l'entretien)

Ce tableau exige quelques commentaires qui serviront de transition avec les développements à suivre de ce chapitre. Il rend d'abord compte de la coprésence de différentes temporalités dans la psychiatrie d'urgence. Ces temporalités peuvent se désigner selon deux types de catégorisation : absence de temps/temps court/temps long, d'une part, et temporalités réelle/symbolique/imaginaire, d'autre part.

On s'aperçoit que dans chaque colonne du tableau cohabitent différentes versions des durées en fonction du sujet concerné : patient ou soignant. Là où il y a une sorte de diapason dans la représentation des durées, c'est dans la colonne du symbolique, c'elle qui rend compte du moment de la rencontre. Chacun des partenaires de la communication mise en œuvre lors de l'entretien psychiatrique, au terme d'une ultime négociation des contraintes temporelles de l'urgence²⁹⁷, trouvent à se mettre d'accord sur une représentation du temps qui s'écoule qui est au moins le temps court du dialogue en train de se produire. Observons cependant que si dans cette rencontre chaque sujet est renvoyé au temps long de l'interprétation (à la mise à distance du temps court de la crise ou de l'agir médical pour leur mettre du sens), celle-ci ne s'appuie pas tout à fait sur les mêmes éléments : le psychiatre produit une interprétation en fonction de son savoir et de la *mémoire des cas*

²⁹⁷ La représentation imaginaire du temps peut en effet être considérée comme une première façon de « faire avec » le réel du temps de l'urgence. C'est déjà donner une version du temps sur lequel on n'a pas prise en le représentant de façon fantasmée : c'est un temps pas encore partageable, mais au moins déjà représenté, c'est-à-dire approprié d'une certaine manière.

qui ont précédés alors que le patient propose une interprétation de sa crise en fonction de *la mémoire* de son histoire personnelle et de ses paroles déjà énoncées qui avaient été refoulées dans le temps de crise. Dans le réel et l'imaginaire, absence de temps, temps court et temps long sont présents mais ils sont l'objet de perceptions propres (difficilement partageables) entre patients et soignants : l'expérience (réelle) du temps court de la crise pour le patient n'est pas assimilable à l'expérience (réelle) du temps court de l'agir médical pour le soignant bien qu'il s'agisse de la même situation (par exemple, dans le cas d'une contention où l'un s'agite et l'autre contient).

Ce tableau montre que les urgences psychiatriques constituent un espace de (re)-médiation. Cela est observable, déjà, du point de vue de l'articulation des temporalités. La médiation se réalise selon deux opérations.

La première est la médiation intersubjective : deux sujets (patients et psychiatres) se rencontrent et sont en mesure d'échanger en se référant à une temporalité commune, codifiée, qui les place à la fois dans un temps long (celui du récit, de l'interprétation, comme on l'a vu) et dans le temps court (celui de la situation dans laquelle ils se rencontrent).

La seconde articulation est celle qui, pour chaque sujet concerné, articule singulier et collectif à travers le nouage des trois dimensions réelle, symbolique et imaginaire de la temporalité. Par exemple, le patient articule le temps de la crise (réel) avec le temps de l'institution (symbolique) en ayant nourri une attente (imaginaire) vis-à-vis d'elle qui a déployé un espace possible pour une demande. Par exemple, le soignant aménage un temps d'écoute, une ouverture à l'interprétation et un parcours de soin pour le patient (symbolique) qui lui permet de dilater le temps court dans lequel il faut agir (réel) pour répondre aux injonctions institutionnelles (imaginaire). Notons tout de même que le réel de la temporalité a, chez les soignants, deux dimensions qu'il convient de distinguer. Les soignants font une expérience réelle du temps en tant qu'ils subissent un temps qu'ils ne maîtrisent pas (arrivée massive des patients, un état d'agitation à juguler, la pression institutionnelle etc.). Mais, d'un autre côté, dans des situations plus calmes, ils sont parfois dans une certaine maîtrise du temps qu'ils peuvent *imposer* au patient (en décidant, pour lui, de sa sortie, par exemple ou encore en faisant attendre un patient avant de le rencontrer). Cette prise sur le temps se réalise, en fait, au gré d'une prise de pouvoir sur les patients qui subissent, en quelque sorte, la volonté du médecin. En cela, dans la relation de pouvoir ainsi instaurée – qui s'exprime en termes de *contrainte* de temps pour le patient – la temporalité a aussi une dimension réelle.

Toute rencontre entre patient et psychiatre est une tentative de replacer une temporalité courte (le poids d'un temps imposé comme une contrainte par l'institution ou construit subjectivement comme écrasant) dans une temporalité plus longue qui lui donne du sens. Du côté du soignant, l'acte thérapeutique (contention, par exemple) prend sens vis-à-vis d'un parcours de soin construit ultérieurement ou d'une possibilité de faire signifier cet acte dans un échange avec le patient. Du côté du patient, la crise psychique prend sens dans le fait qu'un autre (le psychiatre) se porte garant d'un récit de vie, pourtant énoncé dans un temps court, mais qui situe cette crise dans une histoire subjective longue et dans le fait que la crise puisse être reconnue comme explicable par le discours médical ou comme légitime par l'accueil à l'hôpital comme garants, pour le sujet, qu'il continue à exister dans le temps long du collectif, qu'il n'est pas hors du temps des autres. En somme, la rencontre sort le sujet en détresse et le psychiatre de la situation d'urgence, vécue singulièrement, pour se retrouver dans un temps d'échange partagé, signe apaisant du retour des médiations.

Ainsi, l'accueil d'urgence consiste principalement en une dilation du temps qui doit faire passer d'une situation d'im-médiateté à une situation de re-médiation. Différents moyens

sont mis en œuvre pour cette remédiation, nous l'avons vu en nous concentrant sur ce qui se joue, à cet effet, dans le maniement et l'usage de la temporalité. Ce que nous avons cependant omis jusqu'à présent, ou évoqué seulement à demi-mots, c'est que cette opération nécessaire sur le *temps*, primordiale dans la psychiatrie d'urgence, se fait au moyen d'un maniement et d'un usage spécifique de l'*espace* du service d'urgence. Patients et psychiatres, dans leur volonté de se réapproprier le temps pour sortir de la crise ou de la situation d'urgence, ne sont pas des dieux qui pourraient agir, par quelque pouvoir ou maléfice²⁹⁸, sur le cours du temps... Changer le poids réel du temps qui passe ou changer la perception subjective d'une temporalité écrasante, c'est-à-dire désirer exister dans un temps qui apaise parce qu'il instaure un passé qui donne sens aux événements présents pour envisager un futur moins angoissant, c'est instituer des espaces de rencontre, de circulation, de passage, qui rendent possible et pérenne l'existence de l'autre (spéculaire) dans un temps long. Le sujet, dont l'existence est prise dans la dialectique du temps et de l'espace, ne peut jouer sur une dimension sans affecter l'autre²⁹⁹. Autrement dit, le rapport à l'autre qui permet l'existence dans un temps long, collectif, qui ne m'isole pas dans ma perception singulière et impartageable du temps, ne s'institue *que* dans l'espace. Cet espace est celui de la rencontre et de la communication. C'est maintenant de ce point de vue, spatial, après avoir montré qu'elle ne s'inscrit *pas uniquement* dans le temps court, que nous allons envisager la psychiatrie d'urgence pour nous inscrire pleinement dans une démarche de sciences de l'information et de la communication. Nous proposons ainsi une approche topologique et topographique de la psychiatrie d'urgence qui prenne en compte la désignation d'espaces en fonction de la communication qui s'y déroule, incluant la question psychique et la question politique.

II. Pour une approche topologique de la psychiatrie d'urgence : le nouage des aspects psychiques, politiques et communicationnels du phénomène

C'est progressivement que nous allons introduire la logique d'analyse topologique de la psychiatrie d'urgence. Cette idée de penser l'urgence en termes d'espace a émergé au carrefour de plusieurs fils de réflexions. Le premier est un renversement de perspective que nous avons amorcé dans ce chapitre : si l'urgence psychiatrique n'est pas uniquement une problématique du temps, alors elle est certainement aussi intéressante à questionner du point de vue de la question de l'espace. Nous savons désormais que l'urgence présente l'ambivalence intéressante d'être de l'immédiat et de la médiation. Or, la médiation ne s'institue que dans le rapport à l'autre, soit dans cette proximité (identification spéculaire) et cette distance (l'obligation d'entrer en communication par une instance tierce, le langage) qui me lie à lui, soit dans l'espace. Mais au-delà de la logique théorique, c'est une démarche inductive et descriptive qui nous a conforté dans l'idée que la psychiatrie d'urgence pose

²⁹⁸ Nous pensons ici à la mythologie grecque où Cronos, à qui on avait prédit qu'il serait détrôné par ses enfants, mangeait ceux-ci au fur et à mesure qu'ils naissaient, pour éviter qu'ils ne grandissent et soient en âge de le concurrencer. Ainsi, il avait une maîtrise du temps, une prise sur le destin, en s'assurant un pouvoir intemporel. Si on ne résout pas la chronophagie de l'urgence en mangeant les patients ou en les laissant mourir pour s'occuper d'autres plus longuement, on a cependant cette image, sous forme de fantasme, chez certains médecins obsédés par la « vidange » du service. Cette métaphore évoque l'idée d'un service comme une machine qui absorberait des patients en en rejetant certains sous forme de déchets. Nous analyserons cela de plus près en traitant les aspects réels de la psychiatrie d'urgence.

²⁹⁹ Ainsi, pouvoir communiquer en *temps* réel grâce à la technologie internet donne le sentiment de raccourcir les *distances*. Dans le langage courant, on dit que Marseille est à une heure trente de TGV de Lyon : on convertit une distance en temps.

la question de l'espace sous différents angles : espace politique, espace public, espace de l'intersubjectivité, déplacement dans l'espace (parcours de soin, errance), etc. C'est à partir de ces constats pratiques issus de l'expérience de terrain que nous reviendrons à la théorie.

Nous verrons qu'il est possible de nommer (de distinguer, de décrire) les différents lieux de l'accueil d'urgence pour explorer la différence entre leurs identités et leur fonction dans le service³⁰⁰. On comprendra ainsi qu'une armature symbolique, sous forme de plusieurs strates, se superpose à ce qui apparaît comme très chaotique (désorganisé, réel, dirait-on en termes lacaniens) dans les services d'urgence qui accueillent la détresse sous des formes entremêlées : somatique, psychique, sociale.

Cette démarche topologique est aussi épistémologique et méthodologique ; elle est un pari de recherche, une posture de chercheur en ce qu'elle permet de se poser les questions suivantes : qu'apprend-on du phénomène en considérant l'urgence psychiatrique en termes d'espace ? Quelle dimension du soin hospitalier est-elle mise en relief dans ces conditions ? Cela permet-il de différencier des logiques concurrentes de soin ? La spatialisation ne permet-elle pas de mettre en valeur les faits de communication qui se jouent dans l'accueil des patients à l'hôpital (communiquer, on le répète, c'est prendre acte de la nature de l'étendue qui me sépare de l'autre) ? La spatialisation ne permet-elle pas de rendre opportune et pertinente une analyse de l'urgence en termes de communication ? Nous aurons ici des ébauches de réponses à ces questions. Elles seront précisées dans les développements ultérieurs de la thèse.

A. Des constats sur le terrain qui montrent que la psychiatrie d'urgence est en prise avec la question de l'espace qu'elle pense et organise pour le soin

Comme à propos de la temporalité, c'est l'expérience ethnographique qui nous suggéra d'être très précautionneux dans l'interprétation de l'occupation et de l'organisation de l'espace aux urgences psychiatriques. En effet, face aux situations d'engorgement et de débordement du service qui pouvaient donner le sentiment d'un grand chaos (proche de l'image de la Cour des Miracles, voir *observations 19 et 20*), d'une occupation anarchique de l'espace par des patients (errants, en attente, curieux) et de déplacements sans direction des médecins (courant ici et là), nous constatons en revanche, lors de moments plus calmes, une vraie rationalisation des lieux du service d'urgence et des parcours dans cet espace (voir le suivi informatique de ces parcours à *l'observation 18*).

D'emblée, nous remarquons qu'au temps resserré et court de l'urgence correspondait une difficile lisibilité de l'espace du service et qu'au temps long, marqué de moins d'imprévus, de la prise en charge, correspondait l'émergence nette d'un schéma d'organisation des parcours et des lieux dans ce *même* service. Du point de vue du temps, comme du point de vue de l'espace, il n'y a pas de vérité univoque et permanente de la psychiatrie d'urgence. Une fois encore, ce constat nous invite à une construction dialectique de nos élaborations topologiques.

Au-delà de l'expérience subjective du chercheur sur le terrain qui dévoile cette tension dialectique entre temps et espace aux urgences, l'institution hospitalière elle-même désigne des lieux, des secteurs, elle établit des repères symboliques dans l'espace du service d'urgence. Le service d'urgence a son jargon pour désigner ces lieux : nous en rendons compte dans le journal ethnographique. Le pavillon des urgences médicales et psychiatriques a sa lettre, « N », à partir de laquelle se déclinent les dénominations des différents sous-services. On a ainsi « N Accueil », zone d'attente et de premier

³⁰⁰ C'est l'objet du C. de ce chapitre

examen des patients, « N2 », zone d'hospitalisation psychiatrique, « N1/N3 » : zone d'hospitalisation mixte, « UHCD », zone d'hospitalisation de courte durée. Ces lieux sont décrits dans le journal d'observation auquel nous renvoyons. Il faut ici observer la façon dont l'administration hospitalière elle-même spatialise et territorialise l'urgence en dessinant des délimitations symboliques dans l'espace du service pour leur assigner une fonction spécifique d'accueil et de soin. La prise en charge du patient le fait transiter³⁰¹, institue des étapes, comme autant de rencontres susceptibles de répondre à sa détresse. La notion d'étape, d'ailleurs, renvoie à l'espace certes, mais aussi au temps car elle permet de regarder en arrière le chemin parcouru et de réinstaurer un passé et un présent, ce qui est essentiel, on l'a vu, pour l'apaisement psychique du patient.

C'est en nous inspirant de cette nécessité de l'institution de désigner des lieux pour certainement parer au chaos facilement provoqué dans ce genre de service que nous avons nous-mêmes établi notre propre topographie du service en posant des significations sur le continuum de l'espace dont on a fait l'expérience avant qu'il nous soit désigné, symbolisé, dans les termes de l'institution hospitalière. Nous verrons ultérieurement que si l'institution a désigné les lieux du service en fonction du type de soin qui s'y déroule, nous avons opté pour notre part pour une désignation en fonction du type de communication qui s'y déploie.

Notons aussi que l'approche théorique en termes de topologie nous semble cohérente avec notre approche méthodologique du terrain. En effet, l'ethnographie, en plus de décrire des faits, des événements, et des expériences subjectives est obligée d'en passer par la description des lieux où se déroulent ces faits et expériences. Nous avons ainsi été invités, par la forme même du journal d'observation, à sémiotiser (c'est-à-dire mettre du sens en introduisant des distinctions par des signifiants) l'espace au départ informe et chaotique dont nous faisons l'expérience. C'est ainsi que nous avons cessé de nous perdre dans le service quand nous fûmes parvenu à le décrire dans nos mots, à nous l'approprier symboliquement pour nous le représenter³⁰². Cette nécessité de dire l'espace nous fit découvrir combien la psychiatrie d'urgence mettait en place un *usage* de l'espace qui contribuait au soin.

Enfin, mais cette remarque est un peu secondaire car moins théorique et plus politique, il semble que tout travail sur la psychiatrie doive s'interroger sur le rapport de celle-ci à l'espace et au territoire. Un indice de cela est la politique de sectorisation, organisation politique des soins propre à la psychiatrie, qui découpe le territoire d'une ville en lieux de soins différenciés et hiérarchisés. Volonté politique de quadriller le territoire du soin et de contrôler les patients de la psychiatrie, certes, mais aussi, encore une fois, nécessité d'accueillir (et de faire transiter) la détresse psychique dans des espaces qui ont du sens (des lieux, des territoires, donc) pour des sujets qui, en perdant le lien avec eux-mêmes ont aussi souvent perdu le sens d'un lien possible au collectif. La sectorisation permet de construire un *parcours* de soin au patient (avec des étapes successives, selon un sens déterminé) où seront associés et privilégiés, suivant le patient, différents lieux et territoires de l'accueil en psychiatrie (hospitalisation et ambulatoire ; ambulatoire et orientation vers une psychothérapie en cabinet privé ; médecin généraliste et cabinet privé d'un psychiatre ou psychologue ; etc.). La combinaison de lieux d'accueil distincts pour le soin psychique contribue à reconstruire la médiation, à restaurer l'identité des patients en leur offrant à la fois une reconnaissance singulière (en cabinet, par exemple, lorsqu'ils perlaborent sur leur histoire singulière) et collective (à l'hôpital ou dans ses rejets ambulatoires).

³⁰¹ Il s'agit vraiment de transit, terme qui évoque à la fois le caractère provisoire et intermédiaire de l'urgence. On a là une formule de l'articulation dialectique de l'espace et du temps telle qu'elle peut être à l'œuvre dans l'accueil des urgences psychiatriques.

³⁰² Il est possible, dans une première approche, de définir « topologie » selon l'étymologie et rappeler que le terme se décompose en « topos » et « logos » et qu'il signifie donc l'articulation de l'espace et du discours.

B. Les signifiants et les formules de l'urgence psychiatrique : une référence permanente à l'espace : recours, parcours, discours

C'est en relisant cursivement notre journal ethnographique que nous nous sommes aperçu de la récurrence de certains signifiants que nous employions pour désigner le rapport des patients à l'espace du service d'urgence. Notons que ces signifiants ne nous appartiennent pas exclusivement et sont aussi largement employés par l'institution hospitalière ou les médecins. Simplement, ils n'ont peut-être pas tout à fait le même signifié chez eux que chez nous.

Ces signifiants sont : *recours*, *parcours*, *discours*. Chacun d'eux fait référence à la fois à l'espace et à la question du sens (dans son acception de signification et/ou de direction). Voilà qui encourage encore à produire une analyse de la psychiatrie d'urgence en termes d'espace, en termes topologiques. Attention, ce ne sont pas les seuls signifiants qui caractérisent le phénomène que nous étudions, mais le fait qu'ils soient récurrents, nécessaires à la définition de l'urgence et qu'ils soient construits sur le même radical justifie qu'on les rassemble ici pour en donner une petite analyse.

Ces mots, le plus souvent, ne sont pas employés seuls que ce soit chez les acteurs du terrain ou dans la façon dont nous avons pu les mobiliser dans le journal d'observation. Nous allons voir, d'abord, ce que ces mots peuvent signifier étymologiquement pour ensuite comprendre le sens qu'ils prennent quand une extension spécifique leur est donnée dans nos descriptions ou dans l'usage qu'en font les soignants et l'institution hospitalière. Si ces mots renvoient à la question de l'espace, c'est qu'ils ont tous la même racine latine, *cursus*, qui signifie le chemin, l'itinéraire. Chaque préfixe indique alors une manière d'emprunter ou de marquer l'espace. Ainsi :

• **le par-cours** est le chemin qui fait émerger un espace (le « par- » indique la traversée ; il indique l'exploration de l'espace, de lieu en lieu, ici, puis là). A force de parcourir un espace, on peut s'y orienter car on l'a marqué de ses pas qui sont des repères dans ce qui se ressemble, dans ce qui, avant, ne montrait pas de différence. Ainsi, les « parcours de soin » correspondent au balisage, connu et suivi par chaque sujet en fonction de ses besoins³⁰³, dans la diversité des dispositifs de soin. L'urgence hospitalière correspond à la fin du parcours, quand le parcours ne mène nulle part (errance, autres institutions fermées ou non adaptées à la demande du patient), ou au début du parcours, quand on ne connaît aucun parcours (quand on n'a jamais eu affaire avec la psychiatrie, par exemple). Les services d'urgence fondent ainsi une orientation sur les examens avec les patients : il s'agit d'une route à suivre dans le maillage institutionnel thérapeutique.

• **Le dis-cours**, c'est la parole organisée, l'argumentation, le « dis- » exprimant la dispersion (métaphore spatiale signifiant « de part et d'autre » et instituant donc des places, des rapports, la fonction différentielle qui construit le sens). Dans la psychiatrie d'urgence, le terme connaît là aussi des extensions dont la plus fréquente est celle du « discours du patient ». Cela se réfère à la manière dont le sujet en détresse s'est engagé dans une parole pour rendre compte du trouble qui l'a amené aux urgences. Le psychiatre, qui met en œuvre son propre discours et celui de l'institution face au patient, tente de qualifier le discours de ce dernier selon de grandes catégories (discours psychotique, discours dépressif, etc.). Il s'agit de catégories flottantes à l'usage de l'institution (épidémiologie) et, aussi, de la décision du psychiatre. Elles sont volontairement flottantes pour la simple raison qu'il est impossible de réduire, dans le temps de l'urgence, un patient à une pathologie

univoque. En effet, l'urgence c'est d'abord accueillir un discours singulier, sans savoir préétabli, avant que le psychiatre en produise un sur le patient qui intégrera les mots du patient³⁰⁴.

- Le **re-cours**, le « re- » exprimant la répétition, c'est renouveler le chemin pour lui donner un nouveau sens, c'est renouveler le parcours. Ce terme concerne doublement la question de l'urgence psychiatrique en ce que les patients ont recours de façon *répétée* aux urgences (certains s'y rendent plusieurs fois par an) et cette répétition, si elle n'est pas due à la forme de la pathologie, renvoie à la nécessité d'élaborer *un nouveau parcours* de soin qui a échoué, comme un « retour à la case départ »³⁰⁵. Le recours est en quelque sorte une révision ou une relecture du chemin pour lui donner une fonction d'aide ou une dimension de demande. Ainsi, selon une perspective plus psychanalytique, la forme du recours peut s'interpréter comme une métaphore de la demande du sujet, c'est-à-dire comme mise en forme du désir qui insiste à vouloir être reconnu par l'Autre (le médecin, ici) et qui échoue toujours partiellement dans cette entreprise, ce qui oblige le sujet à la reformulation, à la répétition jusqu'à trouver une énonciation qui accepte la place du manque à dire³⁰⁶.

Parcours, discours et recours sont des signes de la présence centrale de la question de l'espace pour comprendre le phénomène de l'urgence psychiatrique. Comme toujours pour notre objet de recherche, ces trois éléments s'articulent entre eux et c'est la *modalité d'articulation* entre ces trois notions qui fonde la *spécificité de la rencontre* entre un sujet singulier en détresse psychique et l'institution hospitalière. Pour montrer cela de manière sommaire dans un premier temps, nous avons composé quelques formules avec ces trois signifiants qui nous semblent en mesure de décrire la psychiatrie d'urgence. Nous les énumérons ci-dessous de manière non exhaustive :

- Le parcours d'errance de certains patients est un parcours sans discours. Les patients en errance ont recours aux urgences pour trouver un sens à leur parcours.
- Le parcours de soin est une articulation du recours du patient au discours de l'hôpital
- Dans le recours des patients aux urgences, s'articulent le discours des patients et le discours de l'institution de manière à construire un parcours de soin
- Les patients qui suivent un parcours d'errance font des recours répétés aux urgences avant de trouver un parcours de soin stable, organisé et mis en sens par leur propre parole et le discours de l'institution
- Les patients ont recours à la psychiatrie d'urgence dans la mesure où ils sont porteurs d'une désorientation qui se traduit à la fois dans leur discours (considéré comme insensé) et dans leur relation à l'espace (errance, isolement) : en fait, ils ont perdu le sens (direction et signification) de leur vie.

C. L'approche topologique comme point théorique de rencontre possible entre sciences de l'information et de la communication, sémiotique, psychanalyse et anthropologie

En suivant nos raisonnements précédents, on peut dire que la topologie met des significations en rapport avec un espace. En ce sens, la topologie consiste à assigner des noms à un espace et donc à le représenter sous forme de lieux, c'est-à-dire en unités spatiales plus petites, distinguables entre elles, ce qui donne sens, différenciellement, à l'espace dans son ensemble. Construire une topologie d'un espace consiste alors à se donner les moyens de l'interpréter car il se divise en lieux signifiants. La topologie est ainsi le point de départ irréductible d'une sémiotique de l'espace. Pas de sémiotique sans

possibilité d'isoler des unités de sens. Cependant, cette topologie qu'on définit globalement comme une médiation entre espace et signification fait l'objet de travaux de plusieurs disciplines. Cela va donner à la notion d'autres dimensions qui nous intéressent. Ainsi, la psychanalyse lacanienne a fait un traitement tout particulier de la théorie topologique issue des mathématiques. Des anthropologies contemporaines, s'appuyant sur une définition plus géographique de la topologie, sont aussi en mesure d'enrichir la démarche théorique entreprise dans la thèse.

Nous allons tenter de voir comment ces apports théoriques sont en mesure d'éclairer la compréhension de notre terrain. Cela nous permettra d'élaborer un nouveau tableau de la médiation propre à la psychiatrie d'urgence qui articule les différentes dimensions (réelle, symbolique et imaginaire) de ses rapports à l'espace.

1. La topologie du sujet dans la psychanalyse lacanienne

Nous allons ici proposer une relecture de concepts lacaniens déjà évoqués mais en insistant à la fois sur la manière dont ils problématisent le rapport du sujet à l'espace et sur la manière dont le sujet lui-même peut, pour partie, être envisagé comme une structure topologique. Nous ne développerons ces concepts que dans l'unique mesure où nous les estimons applicables à la psychiatrie d'urgence.

Lacan, en homme curieux, n'a jamais rechigné à aller s'inspirer de connaissances et de savoirs déployés dans d'autres disciplines que la psychanalyse pour enrichir ses propres théories. Il doit beaucoup à la linguistique et au structuralisme, ce qui a été popularisé à travers son expression « *l'inconscient est structuré comme un langage* » à laquelle on réduit souvent sa théorie³⁰⁷. On sait moins cependant que Lacan était très intéressé par les mathématiques, ce qu'on constate pourtant régulièrement dans ses séminaires quand il établit ce qu'on appelle les « mathèmes » et quand il propose des considérations sur la structure du sujet à partir de la topologie, branche de géométrie. Les plus célèbres figures topologiques dont Lacan fait usage, en tant que métaphore pour désigner certains faits psychiques, sont la bande de Moebius et les tores.

En fait, la psychanalyse a toujours adopté une conception spatiale du sujet et du psychisme : on peut penser aux topiques de Freud où le psychisme est presque pensé comme un ensemble de territoires³⁰⁸, mais aussi à la théorie du stade du miroir chez Lacan qui institue le rapport à l'autre comme une distance qui permet le partage et l'identification (c'est l'espace de la communication) et éloigne en même temps (c'est le mur du langage)³⁰⁹.

Un travail en SIC sur l'accueil de la détresse psychique ne pouvait se passer de l'apport de la psychanalyse qui, chez Lacan, met au cœur de sa réflexion les questions du langage, de la communication et de l'espace comme primordiales dans la compréhension et la

³⁰⁷ Le séminaire sur l'angoisse marque un tournant dans la théorie lacanienne où il insistera alors davantage sur la catégorie du réel après avoir cru au primat de la fonction symbolique, certainement très influencé par les travaux de Claude-Lévi Strauss.

³⁰⁸ Avec le système inconscient/préconscient/conscient de la première topique puis la distinction entre ça/moi/surmoi dans la seconde topique

³⁰⁹ Ce que Freud introduit à partir de l'angoisse de castration. L'enfant est séparé de la mère par le père. Pour se consoler de l'absence de la mère qui semble désirer ailleurs, l'enfant règle son absence en symbolisant sa présence par des signifiants (à travers des jeux de disparition/apparition d'objets notamment, où des signifiants distincts marquent la présence/absence de l'objet en jeu qui vaut pour la mère : ce « valoir pour » entérine la perte de l'objet maternel : il y a désormais un espace, celui du symbolique, entre l'enfant et la mère). Voir FREUD, Sigmund. « Au delà du principe de plaisir » [1920]. In *Essais de psychanalyse* [1915-1923]. Petite Bibliothèque Payot, 1981. Pages 42-115.

représentation des faits psychiques. En somme, il y a une sorte de résonance théorique entre approche sémiotique de l'espace des services d'urgence et approche lacanienne du sujet psychique. Mais en quoi, précisément, l'approche lacanienne du sujet psychique permet-elle de justifier notre démarche de spatialisation de l'urgence psychiatrique ? On va le voir à travers trois points.

a. Le miroir comme expérience inaugurale de l'espace dans la construction du sujet psychique

Sans revenir sur l'explicitation du stade du miroir puisque nous l'avons fait dans la première partie de cette thèse, nous souhaitons ici insister sur le fait que ce concept lacanien est primordial pour entendre que toute forme de communication s'établit dans l'espace. La communication intersubjective est rendue possible à l'unique condition que je puisse m'identifier à l'autre (que je me représente comme semblable à moi) tout en faisant reconnaître ma singularité. En effet, pas de communication sans l'idée que je partage au moins un code – la langue – avec le partenaire de mon échange. Pas de situation de communication, non plus, qui ne me fasse faire l'expérience du manque à dire, limitant l'expression de mon désir, et me renvoyant à une distance irréductible qui me singularise de l'autre. Ainsi, la communication instaure à la fois un *espace commun* et une *distance*, la communication instaure donc une dialectique de l'espace qui nous est enseignée par l'expérience du miroir. En effet, lors du stade du miroir, le sujet fait l'expérience d'une sorte de dédoublement de son image, d'une division subjective, en fait, dont il fera l'expérience dans chaque situation de communication. Il y a l'image qu'il donne à l'autre, son identité symbolique, son moi, et l'expérience qu'il fait du décalage (de la distance) entre cette image renvoyée par le miroir (c'est-à-dire par l'Autre) et ce qu'il croit être dans l'expérience réelle qu'il fait de son désir et de ses pulsions. La dialectique du miroir est ainsi la même que celle de l'énoncé (forme limitée, close, dans la laquelle je me ramasse en parlant) et l'énonciation (la mise en œuvre de la parole, appuyée sur mon désir, ce que je voulais adresser à l'autre mais qui s'est perdu dans la chaîne signifiante). Dans l'expérience du miroir, comme dans le procès de l'énonciation, une forme, un signifiant, une représentation, viennent à la place d'une chose qu'ils désignent (l'expérience du corps, le désir, etc.). L'expérience du symbolique contraint d'en passer par une forme figée – comme l'image dans le miroir – pour se représenter. Toute représentation absentéise la chose qu'elle représente sous une forme, alors même que c'est cet échange de formes qui constitue l'espace de la communication et la possibilité du jeu de l'identification et de la distinction qui fonde lien à l'autre. Ainsi, c'est dans l'expérience de la distance à sa propre image qui est aussi support de la médiation avec l'autre que le sujet psychique se constitue. Cette dialectique clivante du sujet s'établit dans une logique de la distance, de l'étendue, en un mot de l'espace.

Il nous semble que, fondamentalement, les urgences psychiatriques correspondent à des situations dans lesquelles les sujets sont en difficulté avec l'accomplissement des exigences du miroir. Deux situations se présentent alors. Elles renvoient à une impossibilité de gérer la dialectique de la distance et de l'espace instaurées dans le miroir et donc à rendre impossible la communication. Ainsi, ou le sujet est aliéné à l'autre, dans l'identification absolue, dans une forme de collage aux exigences de l'autre qui signent la mort de son désir (ou l'impossibilité qu'il s'exprime). C'est ainsi que la psychiatrie aux urgences reçoit, par exemple, des sujets déprimés et suicidaires, abimés par les exigences de leurs situations professionnelles. Ils ne peuvent investir de manière singulière (et donc désirante) leur tâche parce qu'ils sont évalués, acculés à la performance, c'est-à-dire acculés aux injonctions de

l'Autre ressenties comme absolues³¹⁰. Ou le sujet exprime trop de singularité et le miroir se brise aussi puisqu'il n'est plus reconnu par les autres de la sociabilité : c'est le cas des sujets psychotiques en crise, aussi reçus aux urgences.

La prise en charge, aux urgences psychiatriques, va ainsi consister à restaurer, pour le sujet, la dialectique du miroir. En quelque sorte, en invitant le sujet à formuler une demande (« *qu'est-ce qui vous arrive pour vous retrouver aux urgences ?* »), les psychiatres imposent la réintroduction de l'expression du désir dans la dynamique du rapport à l'autre, c'est-à-dire dans un cadre contraint, celui de l'identification, du code. Nous verrons plus loin comment cela se joue pour le sujet qui transite entre différents lieux de communication lors de sa prise en charge. En oscillant entre des lieux où l'on parle de lui et des lieux où il parle de lui³¹¹, le patient refait l'expérience de la dialectique instaurée par le miroir où, tout en parlant, il est parlé par l'Autre (par le langage, en dernière analyse), c'est-à-dire divisé. La prise en charge psychiatrique consiste, pour le patient, à revenir à sa condition de sujet divisé.

b. Réel/symbolique/imaginaire : les trois « dit-mensions » de l'être parlant.

La démarche est ici la même que précédemment : on ne revient pas sur l'explicitation de ces trois catégories qui a déjà été faite dans la première partie de la thèse. Il s'agit juste de rappeler que le réel, le symbolique et l'imaginaire sont les trois instances dans lesquelles le sujet est projeté, *situé*, dès lors qu'il parle. C'est pour cela que Lacan les a nommé les « *dit-mensions* » de l'être parlant. Dès qu'on s'engage dans une situation de communication (dans un rapport à l'autre médiaté par le langage), on se situe dans une configuration spécifique qui noue le réel, le symbolique et l'imaginaire. Le sujet mesure (« *dimension* ») sa place singulière dans le monde à travers la manière dont il est situé dans les trois instances. Il s'installe dans une *position* psychique qui découle de la forme du nouage entre les trois instances. Lacan explique ainsi que le sujet psychotique est « *forclos* »³¹² de l'ordre symbolique. Non pas parce que ce sujet ne parle pas, mais parce qu'il a un usage des signifiants spécifiques qui ne lui permet pas d'entrevoir l'équivocité propre au langage et de construire le rapport à l'autre. Cela se lit très bien dans la manière dont la pensée du sujet psychotique ne se déplace pas « logiquement » de signifié en signifié, ce qu'un usage de la chaîne signifiante, dans la parole, essaierait de représenter dans l'à peu près comme chez les névrosés³¹³, mais de signifiant en signifiant à travers des coq-à-l'âne, des calembours, des progressions métonymiques (la sonorité d'un signifiant déclenchant l'apparition d'un autre signifiant à sonorité parente) qui sont la « logique » du langage. Le psychotique est hors du symbolique, parce que celui-ci signifie à sa place sans qu'il puisse s'y loger : les mots s'enchaînent les uns les autres selon une logique qui échappe au sujet, selon une logique que ne peut orienter le sujet. Ainsi, le psychotique supplée au défaut du symbolique

³¹⁰ Cela est très bien décrit par Nicole Aubert. Elle explique que les personnalités obsessionnelles sont en grande difficulté avec un monde du travail qui exige aujourd'hui des performances impossibles : « *la dépression atteint de manière prévalente ceux que le sens du devoir et travail parfaitement fait confrontent à une contradiction personnelle puissante entre deux injonctions devenues pour eux incompatibles, celle de satisfaire aux délais demandés, de plus en plus impossibles à tenir, et celle de fournir un travail dont la qualité réponde aux critères de leurs exigences intérieures* ». On voit comment l'évaluation qui aiguise les exigences du surmoi et les injonctions de performance qui amoindrissent le sentiment du travail bien fait peuvent plonger ces sujets dans des crises psychiques importantes, comme en ont témoigné les suicides à France Télécom, mais comme en témoignent moins tragiquement les recours à la psychiatrie d'urgence.

³¹¹ Avec la possibilité, dans le bureau protégé du psychiatre, d'en dire un peu plus sur son désir que dans l'espace public.

³¹² Cf. LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 3, Les psychoses* [1955-1956]. Seuil, 1981. Coll. « Champ Freudien ».

³¹³ A qui c'est cet « à peu près » – l'équivoque des signifiants – qui pose problème.

à signifier par le recours à l'imaginaire (le délire qui produit un discours sur le monde sans équivoque, qui ne contient qu'une vérité³¹⁴). Quand l'imaginaire ne suffit plus, le sujet, dans l'impossibilité du partage avec les partenaires de la communication, est plongé dans le réel, dans l'expérience continue et angoissante de l'irreprésentable. Etre dans le symbolique, c'est en effet s'accommoder de ce que les signifiants ne sont que des formes inadaptées, équivoques, mais dont l'équivocité est nécessaire pour laisser place à l'expression du désir, ce que n'est pas en mesure de faire le psychotique. Alors qu'en faisant ou en écoutant un jeu de mots, une métaphore, le psychotique se rend prisonnier d'un monde qui l'angoisse, le sujet névrosé y faufile son désir, c'est-à-dire une possibilité d'expressivité supplémentaire pour se faire entendre de l'autre.

Nous convenons que cela est un peu exposé rapidement, mais notre but ici est de montrer que l'existence du sujet se pense bien à l'intérieur d'instances spatialisées. Ainsi, de la même manière que l'espace du service d'urgence s'ordonne pour rétablir le miroir, il s'organise en une cartographie où l'on peut repérer des lieux où circulent le patient et dans lesquels le sujet peut manifester ce qui l'institue dans le réel, dans le symbolique et dans l'imaginaire. *Il y a comme une possibilité de projeter, de déposer, pour le sujet, sa spatialité psychique dans les lieux du service, en la fractionnant et la réarticulant, en la reformulant.* Nous verrons plus bas quels sont ces lieux, disons pour l'instant que le sujet amorce sa reconstruction, dans les différentes étapes de sa prise en charge, en réaménageant le rapport au réel de son existence³¹⁵, à la nécessité de son insertion dans le symbolique³¹⁶ et à la satisfaction possible mais mesurée à trouver dans l'imaginaire³¹⁷ pour soutenir son existence.

c. Les représentations topologiques de la structure du sujet : de la linéarité de la parole à la structure de l'inconscient

On a évoqué précédemment quelques développements de Lacan qui ont des aspects topologiques. Mais, dans son enseignement, Lacan a été plus loin en empruntant, pour ses démonstrations, un argumentaire topologique directement tiré des théories mathématiques. Sans entrer dans une précision extrême, il s'agit seulement ici de reconstituer la logique qui a présidé à l'appel des mathématiques dans la psychanalyse, ce que cela a pu apporter dans la compréhension et la représentation du sujet psychique.

La topologie va permettre à Lacan de montrer que ce qui constitue l'indice des faits psychiques dans la cure (la parole) qui s'inscrit dans la linéarité³¹⁸ (donc dans la succession, le temps), renvoie en fait à une structure (c'est-à-dire à une configuration, une position subjective, renvoyant ainsi à une problématique de l'espace). Nous supposons à partir de là qu'il est possible de continuer à développer notre hypothèse selon laquelle dans l'urgence, puisqu'il y a une invitation du sujet en détresse à parler, il s'agit de reconstruction

³¹⁴ C'est ainsi des paranoïaques construisent une version du monde qui finit par les persécuter. Ils sont dans l'impossibilité d'interroger l'autre et eux-mêmes en se faisant la réflexion que ce qui est dit n'est peut-être pas si consistant que cela et pourrait bien signifier autre chose.

³¹⁵ En acceptant et accueillant l'expression du réel, les psychiatres en montrent les limites au sujet : pensons à la décision qu'ils peuvent prendre de contenir un patient trop violent.

³¹⁶ Cela renvoie globalement aux offres de dialogue que trouve le patient.

³¹⁷ Cela peut renvoyer, parmi d'autres éléments, à la croyance que le sujet porte à la disparition de sa souffrance en sortant des urgences.

³¹⁸ Notons que la ligne elle-même est une représentation spatialisée du temps.

d'une position psychique, d'une reconstitution des rapports aux autres et à soi-même, une reconstruction qui se joue dans une problématique de l'espace.

Tout d'abord, tentons de définir ce qu'est la théorie topologique en mathématiques et, dans un second temps, à travers l'exemple de bande de Moëbius, montrons comment Lacan se l'est approprié.

Lacan a notamment développé cela dans un séminaire (1961-1962) qui n'est pas encore publié et qui s'intitule *l'identification*. On a accès à des commentaires de ce séminaire par Jacques-Alain Miller ou encore par Joël Dor dans son *Introduction à la lecture de Lacan*. Nous nous fierons aux commentaires de ce dernier même si de nombreux auteurs ont tenté de rendre compte de la topologie de Jacques Lacan. Dor rappelle d'abord le principe de la topologie en mathématique : elle « *permet de comprendre comment certaines orientations de surfaces mettent en évidence l'existence d'un champ intérieur qui est toujours homogène au champ extérieur, et réciproquement* »³¹⁹. La topologie repère aussi les surfaces et figures qui ont des propriétés qui ne varient pas (nombres de dimensions, nombre de bords, etc.) tandis qu'on les déforme (pliage, torsion). Autrement dit, la topologie repère des invariants (des structures) là où il y a du mouvement, du changement et des différences apparentes. En cela, elle est une théorie structuraliste dont on s'étonne peu qu'elle ait séduit Lacan.

Lacan est interpellé par ces propriétés mathématiques et va mener un raisonnement analogique qui identifie les figures topologiques telles qu'elles sont définies par les mathématiques et la logique du fonctionnement psychique. La bande de Moebius est certainement l'exemple le plus simple. Il s'agit, pour Lacan, d'un support métaphorique qui rend compte des rapports entre la parole et l'inconscient. Si on suit avec le doigt la bande de Moebius, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une surface à un seul bord (comme une feuille qui n'aurait qu'un recto). Cela représente le sujet qui parle : le sujet parle sans se rendre compte qu'un autre discours est sous-jacent à sa parole (le discours de l'inconscient). La parole est linéaire, les signifiants semblent se succéder logiquement les uns après les autres. Dans le dispositif de la cure, l'analyste introduit des coupures dans la parole du sujet pour lui faire entendre l'autre discours qui passe à travers sa parole (dans l'équivoque propre au langage qui est le lieu du frayage de l'inconscient dans la chaîne signifiante pour Lacan). Quand l'analyste relève une équivoque ou un lapsus, c'est comme s'il coupait, avec des ciseaux, dans le sens de la largeur, la bande de Moebius et la montrait au patient qui se rend compte que la surface, une fois coupée, est composée de deux bords, avec un recto et un verso ! Ainsi, ce qui s'inscrivait dans la linéarité et la succession temporelle est, d'un coup, inscrit dans une configuration spatiale dialectique qui donne à voir le rapport entre discours conscient et inconscient. Cela sans pour autant pouvoir voir le recto et le verso de la feuille en même temps... Joël Dor exprime ainsi ce que l'analogie de la bande Moebius met en relief de la logique du fonctionnement psychique et de celle de la cure :

« la bande de Moebius suggère de considérer la chaîne inconsciente comme l'envers de la chaîne consciente. En raison même de l'absence de discontinuité présentée par cette surface unilatère, nous comprenons aisément comment les rejets de l'inconscient viennent émerger dans le discours conscient qu'ils subvertissent, par exemple, en l'espèce de lapsus, oublis et mots d'esprit. [...] Par voie de conséquence, toute une conception originale du statut de l'interprétation et de l'acte analytique se dégage de cette conceptualisation topologique de l'inconscient. [...] Lacan arraisonne l'interprétation en lui

³¹⁹ Page 124 de DOR, Joël. *Introduction à la lecture de Lacan. 2, La structure du sujet* [1992]. Paris : Denoël, 2002. Coll. « L'espace analytique ».

conférant spécifiquement le statut de coupure portée sur cette bande de Moebius qui supporte la double inscription de la chaîne consciente et de la chaîne inconsciente »³²⁰.

Revenons à présent à l'urgence psychiatrique. Lors de la rencontre avec le psychiatre dans le cadre de l'urgence, il se produit pour le sujet l'équivalent d'une coupure de la bande de Moëbius : la logique du temps qui court et de la parole qui défile est renvoyée à un envers spatialisé qui indique au sujet une *position* psychique inconsciente dont la prise de conscience est pacificatrice. Elle est pacificatrice en ce qu'elle introduit un doute (« *en parlant, je ne savais pas que je disais aussi ceci et pourtant c'est bien moi, parce que je l'ai dit !* », peut se dire le patient), elle introduit une distanciation du sujet par rapport à son propre discours et, par suite, par rapport aux actes dont il fait état dans son discours et qui l'ont amené aux urgences.

Il ne faudrait pas pousser ce raisonnement analogique jusqu'à identifier principe de la cure analytique et accueil d'urgence en psychiatrie. D'autant que si les psychiatres et psychologues du pavillon N s'appuient sur un fonds théorique issu de la psychanalyse³²¹, ils ne mettent pas en œuvre une clinique proprement analytique, et encore moins lacanienne, par la simple raison que les conditions d'entretien ne le permettent pas (rencontre unique³²², contexte de crise) et que la demande des patients n'est pas de faire une analyse. Cependant, il reste que les *moments de l'urgence* et de la crise sont, pour le sujet, l'occasion *d'une rupture*, d'une *coupure*. L'urgence et la crise marquent un point d'achoppement et d'insupportable dans la vie du sujet que les psychiatres exploitent avec le patient au risque, sinon, qu'il soit à nouveau refoulé et suscite un nouveau recours. C'est en cela que, comme pour la bande de Moebius, une coupure révélatrice se produit pour le sujet dans l'urgence ; cette coupure est souvent mise en lumière par le psychiatre qui esquisse des désirs ou des schémas familiaux inconscients qui ont pu amener à la crise. La coupure est parfois proche de celle qu'on trouverait dans une cure analytique quand elle « tombe » sur un signifiant. Je renvoie ici aux *fragments cliniques 9 (Monsieur L.)* et *14 (Justine)* de mon journal ethnographique. Dans ces exemples, un lapsus vient rompre le cours linéaire ou circulaire de la parole : le lapsus de Monsieur L. lui donne une chance de ne pas répéter son geste en rendant compte d'un rapport particulier, chez lui, entre l'alcool et la mort. Le lapsus de la mère de Justine révèle le rapport ambivalent de la jeune fille à l'hôpital. D'un discours qui semble se répéter et tourner en rond, la prise en charge d'urgence en psychiatrie extrait des positions subjectives qui sont source de souffrance mais dont la prise de conscience peut permettre d'échapper à la répétition du symptôme ou du passage à l'acte. Il y a comme la conversion d'une linéarité ou d'une circularité répétitive sans point de repère (qui a amené aux urgences) vers une cartographie inconsciente du sujet, qu'il est invité à s'approprier, et depuis laquelle il est possible de s'orienter et de reconstruire du sens. C'est un déplacement d'une logique pathologique de la répétition vers une logique thérapeutique du sens, de l'orientation (le parcours de soin – appelé « orientation » aux urgences – est, comme on l'a dit, la tentative de faire correspondre la parole du patient aux possibilités institutionnelles).

2. Lieux anthropologiques et non-lieux

³²⁰ *Ibid.* pp193-194. Lacan développe cela notamment dans « Radiophonie », in *Scilicet*, n°2/3, Paris, Seuil, 1970

³²¹ Voir *observation 4* du journal

³²² Cela n'est pas toujours vrai puisque des patients reviennent souvent aux urgences et les psychiatres s'arrangent pour essayer de les revoir lors de leur nouveau recours ce qui introduit une forme de continuité du soin (voir *observations 2 et 15*, notamment)

Nous poursuivons notre argumentaire visant à lire la psychiatrie d'urgence en termes topologiques. Nous allons maintenant cheminer avec l'anthropologie de Marc Augé. Alors que la psychanalyse explore les rapports de la subjectivité et du psychisme avec un Autre qui renvoie essentiellement au langage, l'anthropologie donne une autre consistance à cet Autre en l'ancrant davantage dans la sociabilité et, ici, pour Augé, dans la sociabilité en tant qu'elle peut s'incarner dans l'espace ou pas.

Dans son ouvrage, *Non-lieux*³²³, Marc Augé tente de définir les rapports que les sujets de la société contemporaine (qu'il appelle le « monde surmoderne ») entretiennent avec l'espace dans lequel ils vivent. Pour cela, il forge deux notions qu'il construit à partir de l'anthropologie classique (Mauss et Durkheim) et à partir de recherches plus contemporaines comme celles de Michel de Certeau telles qu'elles sont développées dans la partie « Pratiques d'espaces » de *L'invention du quotidien*³²⁴. Ces notions sont celles de « lieu anthropologique » et de « non-lieu » dont il indique qu'elles ne sont jamais identifiables dans la réalité en tant que formes pures. Cela nous intéresse particulièrement en ce que nous pensons que les services d'urgence tiennent à la fois du lieu et du non-lieu. Mais avant d'arriver à cette conclusion, il faut en passer par une étape de définition.

La notion de lieu anthropologique, pour Marc Augé, renvoie, dans la tradition ethnologique qui va de Mauss à Claude Lévi-Strauss, à celle de « *culture localisée dans le temps et dans l'espace* ». Le lieu anthropologique, c'est celui où les sujets qui y vivent trouvent à s'y identifier (« lieu de naissance »), à y établir des relations durables (sociabilité) et à y rattacher une histoire collective. Augé écrit ainsi :

« nous réservons le terme de lieu anthropologique à cette construction concrète et symbolique de l'espace qui ne saurait à elle seule rendre compte des vicissitudes et des contradictions de la vie sociale mais à laquelle se réfère tous ceux à qui elle assigne une place, si modeste soit-elle. Le lieu anthropologique est principe de sens pour ceux qui l'habitent »³²⁵.

Autrement dit, le lieu anthropologique fait partie de l'espace symbolisé, chargé de sens, à partir duquel il est possible de définir son appartenance et de reconnaître comme semblables les autres qui y circulent ou y habitent.

Cette définition du lieu anthropologique peut apparaître très générale (et on aurait alors peut-être du mal à la distinguer d'autres notions comme celle de territoire ou d'espace public) mais elle est suffisante car elle sert à définir, en creux, ce que serait un non-lieu, ce type d'organisation et de rapport à l'espace qui se multiplie, pour Marc Augé, dans la société d'aujourd'hui. L'auteur indique ainsi que « *si un lieu peut se définir comme identitaire, relationnel et historique, un espace qui ne peut se définir ni comme identitaire, ni comme relationnel, ni comme historique définira un non-lieu* »³²⁶. La définition devient alors plus intéressante, peut-être parce qu'elle est effrayante : il existerait des espaces (nombreux) dans la société où il serait devenu impossible d'y inscrire une histoire, une identité, des relations !

L'anthropologue donne alors des exemples de non-lieux de notre société : il s'agit de lieux où se déplacent des individus solitaires et auxquels il est impossible de s'identifier,

³²³ AUGÉ, Marc. *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Seuil, 1992. Coll. « La librairie du XXI^e siècle ».

³²⁴ DE CERTEAU, Michel. *L'invention du quotidien. Tome 1, Arts de faire* [1990]. Gallimard, 2004. Coll. « Folio/Esais ».

³²⁵ Augé, p.68

³²⁶ Ibid., p.100

de s'imaginer une appartenance (supermarchés, chaîne d'hôtels, camps de réfugiés, autoroutes, TGV, aéroports, etc.). Il s'agit, on le voit, essentiellement d'espaces de transits, mais il peut s'agir aussi d'institutions comme l'hôpital d'aujourd'hui où l'on naît et où l'on meurt et qui font du « lieu de naissance » et du « lieu de mort » des notions creuses dans la mesure où, dans ces espaces qui accueillent des moments capitaux de l'existence, règne une grande indistinction, un grand anonymat. Pour Augé, le tourisme crée aussi aujourd'hui des non-lieux en ce que les guides ou les publicités touristiques mettent systématiquement en avant la capacité du voyageur à être contemplatif (renvoyant donc au voyageur l'image de lui-même plutôt que l'identité et les caractéristiques qui distinguent le lieu d'un autre à voir, à visiter : quel que soit le lieu, c'est l'image du voyageur contemplatif qui compte et cela produit des non-lieux par l'hyper-individualisation de l'existence). Pour Augé, l'expérience du non-lieu renvoie le sujet à lui-même au lieu de faire référence, comme dans le lieu anthropologique, à une identité collective, à une appartenance, à une histoire partagée. Le non-lieu exprime l'absence de médiation où plus rien ne permet d'établir un rapport solide et durable entre singularité et appartenance. Ce qui caractérise ainsi les non-lieux, c'est un amoindrissement de la dimension relationnelle que l'on trouve, en revanche, dans les lieux anthropologiques. Augé indique par exemple qu'on ne se parle pas dans les supermarchés et que l'on est seulement identifié, de façon éphémère, à la sortie, par sa carte de crédit... Ce qui l'amène à conclure : « *comme les lieux anthropologiques créent du social organique, les non-lieux créent de la contractualité solitaire* »³²⁷. En somme, entre les lieux et les non-lieux définis par Augé, la médiation singulier/collectif a changé de nature dans la mesure où certains espaces ne portent plus les signes qui permettent de construire l'appartenance par delà la vie singulière de chacun.

A partir de là, comment poursuivre notre approche topologique de l'urgence psychiatrique ? Peut-on préciser notre approche en situant les services d'urgence dans le modèle de Marc Augé ? Qu'est-ce que les distinctions opérées par Augé entre lieux et non-lieux nous permettent de déduire sur l'urgence ?

On pourrait formuler une hypothèse en ces termes : *les services d'urgence sont à la fois l'emblème (ambivalent) du monde des non-lieux et d'un lieu anthropologique fort.*

En effet, d'un côté, les urgences ce sont typiquement le monde des non-lieux : c'est ce que manifestent, ce que portent les recours : les urgences reçoivent des sujets dont la situation de précarité, de détresse psychosociale, renvoie à des existences où le lien social est fragile dans des espaces urbains difficiles. Les services d'urgences sont aussi un espace de passage incessant, d'indifférenciation, où les sujets sont souvent réduits à leurs symptômes pour être orientés vers des services de l'hôpital qui, plutôt que de prendre en charge la globalité de la détresse du patient, dans ses aspects psychiques, somatiques et sociaux, se chargeront du segment de corps malade du patient, contribuant à le désubjectiver, à l'identifier à n'importe quel autre patient.

Mais, d'un autre côté, et puisque le lieu anthropologique et le non-lieu ne sont pas des formes pures, les services d'urgence sont *aussi* un lieu anthropologique fort, notamment dans les logiques qui régissent l'accueil de psychiatrie. Nous renvoyons ici à notre journal d'observation où nous rendons compte, à plusieurs reprises, des logiques d'accueil différenciées entre somaticiens et psychiatres. C'est en effet une personne globale que reçoit le psychiatre où, par le biais de la parole, est questionné et élaboré le sens de la détresse du patient à l'intérieur de son histoire, dans les coordonnées de son identité sur ses versants aussi bien singulier que collectif. L'hôpital se mue alors en un lieu différent où la médecine s'appuie sur la *relation* thérapeutique, où l'institution, via le psychiatre et la

³²⁷ Ibid., p.119

construction d'un parcours de soin, produit une reconnaissance de la détresse du patient qui aboutit à redonner une place au sujet dans le collectif. Or, relation et production du sens d'une place dans le collectif sont des caractéristiques, pour Augé, du lieu anthropologique. Dans une formulation ramassée, disons que les services d'urgences sont des non-lieux qui cherchent à respatialiser le sujet.

Ainsi, le modèle topologique de Marc Augé présente un grand intérêt à être intégré à l'interprétation de l'accueil de la détresse dans les services d'urgences. En effet, Marc Augé, en distinguant lieux et non-lieux propose, en fait, une ligne de partage qui permet de différencier et de trier des *phénomènes pluriels* qui se produisent aux urgences. Les services d'urgence hospitaliers sont un symbole du monde contemporain : en cela, ils s'inscrivent à plusieurs titres dans la définition des non-lieux. Mais en même temps que les urgences incarnent le fait que les hôpitaux deviennent des non-lieux (où l'on passe, où, pour des raisons de politique budgétaire, l'on est réduit à un symptôme, où la dimension relationnelle de la médecine a tendance à s'effacer), certaines modalités d'accueil (en psychiatrie notamment) restituent à l'hôpital sa qualité de lieu anthropologique³²⁸, montrant que les urgences sont aussi des places de résistance et de questionnement des logiques hospitalières globales. A ce propos, cette phrase de Marc Augé à la fin de son ouvrage peut qualifier les recours aux urgences psychiatriques : « *Le retour au lieu est le recours de celui qui fréquente les non-lieux* »³²⁹. Une étude menée en 2005³³⁰ sur les recours à un service d'urgence d'un hôpital psychiatrique rendait ainsi compte de la fréquentation chronique³³¹ des urgences de la part de certains patients qui, perdus dans la précarité des non-lieux de leur errance sociale ou psychique, éprouvaient la nécessité de retrouver ponctuellement quelques repères dans le cadre familial du service d'urgence qui fait office, pour eux, de lieu anthropologique. Le plus souvent sans être hospitalisés, ces patients psychotiques chroniques viennent boire un café et échanger quelques phrases avec un psychiatre ou un infirmier le temps d'exprimer un désir de lien et d'éprouver la possibilité d'une reconnaissance sociale. Ils investissent toute l'ambivalence des urgences : à la fois lieu de passage qui en fait un non-lieu et temps d'arrêt dans l'errance qui rend possible une reconnaissance sociale, lieu dans lequel le patient finit par avoir une histoire et qui en fait un lieu anthropologique³³².

Michel de Certeau avait déjà forgé la notion de non-lieu, en renvoyant le lieu à la notion de stabilité (« *une configuration instantanée de position* »³³³) et le non-lieu à l'espace que l'on traverse sans lui donner de signification (quand le lieu est « *mué en passage* »³³⁴). Chez de Certeau, la thématique du passage semble connotée de manière moins négative que chez Augé. En effet, la marche, pratique singulière de l'espace, est comparée à l'énonciation et donc à une forme de créativité : « *L'acte de marcher est au système urbain ce que*

³²⁸ La dimension anthropologique de la relation thérapeutique est développée dans le chapitre suivant, à l'aide du concept d'efficacité symbolique de Lévi-Strauss.

³²⁹ Augé, op.cit., p.134.

³³⁰ THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.

³³¹ C'est-à-dire ayant des recours répétés aux urgences, plusieurs fois par an : on est bien dans la figure du retour comme recours évoquée par Augé.

³³² Cf. *observation 14 et fragment clinique 3*.

³³³ *L'invention du quotidien*, op.cit., p.173

³³⁴ *Ibid.*, p.156

l'énonciation est à la langue »³³⁵. Cette formule est en mesure d'enrichir notre approche topologique de l'accueil d'urgence en psychiatrie où il se noue, en effet, un rapport entre énonciation et espace.

L'enjeu de l'accueil de la détresse psychique est, pour le sujet en crise, de transformer l'aspect de non-lieu du service d'urgence en un lieu où il est possible de se retrouver, en un point de repère à partir duquel retrouver la bonne direction, un point à partir duquel dessiner un parcours. Dans un premier temps, au moment de la crise, le sujet en détresse trouve dans le chaos apparent des urgences une possibilité de s'identifier, de projeter sa souffrance. La prise en charge consiste alors à mettre des repères dans cet espace, à le transformer en lieu signifiant. En donnant la parole au patient, le psychiatre l'invite à donner sa version de l'urgence : *vous savez où vous êtes ? racontez-moi ce qui vous amène aux urgences ?* : telles sont les phrases qui inaugurent toujours la prise de contact des psychiatres avec leur patients, en invitant à *une énonciation singulière sur un lieu* dont on ne donne pas de définition a priori, sauf qu'il est un espace du collectif. A la manière du marcheur de Michel de Certeau qui donne sa version singulière de la ville en y déambulant au hasard et en produisant du même coup un discours singulier (parfois insu) sur cet espace déjà organisé par les urbanistes, le patient des urgences, transitant dans le service à travers différents lieux de communication et rencontrant différents interlocuteurs mis à sa disposition par le collectif, construit la spécificité de sa demande envers l'hôpital : énonciation singulière à destination d'une institution qui préfigure le sens de son parcours de soin ou de son parcours social à la sortie du service d'urgence.

III. Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique : l'élaboration d'une topologie à partir d'une topographie communicationnelle du service.

Il nous faut ici rassembler de manière synthétique plusieurs éléments évoqués depuis le début de cette thèse pour engager la description et l'articulation de ce que nous avons nommé les « lieux de communication » de l'urgence psychiatrique. Suite à des constats issus de notre expérience de terrain et après quelques élaborations théoriques, nous pensons pouvoir affirmer que :

- La psychiatrie d'urgence est traversée par des phénomènes d'information, de communication et de représentation (Partie I, chapitre 2)
- La psychiatrie d'urgence ne peut se réduire à une problématique exclusive de la temporalité et du temps court, au risque d'éluder ce qui se joue en termes de rencontre et, plus généralement, d'espace, dans le phénomène. En fait, la sortie du temps court de l'urgence – la nécessaire dilatation du temps pour rétablir l'échange avec un sujet en crise psychique – se réalise dans une dialectisation du temps de la prise en charge d'urgence avec l'espace du service d'urgence.
- Il est ainsi possible de spatialiser la psychiatrie d'urgence en saisissant le phénomène d'accueil institutionnel de la détresse psychique sous un angle topologique. On s'aperçoit alors qu'à l'organisation ou à la désorganisation psychique du sujet correspond une organisation ou une désorganisation spatiale du service d'urgence.

Partant de ces considérations qui donnent de l'importance aux dimensions communicationnelle et spatiale de la psychiatrie d'urgence, nous proposons donc d'élaborer

³³⁵ Ibid., p.148

maintenant une *topographie communicationnelle* du service. Cette topographie, grille de lecture, parmi d'autres, de notre objet de recherche, consiste à distinguer des lieux dans l'espace du service d'urgence à partir des faits de communication qui s'y déroulent. Plus exactement, c'est le critère de la communication qui nous permettra de désigner certains lieux puisque des lieux seront définis par l'absence de communication dans l'espace qu'ils recouvrent, désignent. Notons que cette opération qui consiste à fragmenter un espace en unité signifiante plus petite (en lieux) est bien une démarche topologique.

Une fois cette topographie dressée, nous montrerons comment le sujet en crise psychique, en se déplaçant, *linéairement* ou par *oscillation* dans l'espace ainsi constitué, parvient à reconstruire la médiation qui s'était rompue et avait suscité le recours aux urgences psychiatriques. Précisons enfin que la structuration de l'espace du service d'urgence que nous proposons ne correspond pas nécessairement à celle qui est opérée par l'institution elle-même. Nous nous prémunissons ainsi de faire une analyse de la psychiatrie d'urgence qui s'apparente trop au discours de l'administration hospitalière.

Nous avons construit plusieurs grilles de lecture, mais les unes ne sont pas exclusives des autres : une même portion d'espace peut être concernée par différentes grilles de lecture, sauf que les lieux concernés n'auront pas exactement la même dénomination selon l'une ou l'autre grille. Si nous cherchons à faire varier les grilles de lecture, c'est pour mieux éclairer la compréhension de notre terrain, puisque le « maillage » d'une grille peut laisser des points aveugles que l'autre mettra en revanche en évidence. Le dénominateur commun reste la question de la communication (déclinée parfois à travers celle de l'information ou du sens).

La première grille de lecture de l'espace du service se fonde sur le critère du *degré d'élaboration du sens*. Bien sûr, c'est un abus de langage de dire cela car, à proprement parler, le sens ne se mesure pas quantitativement. Pourtant, force est de constater qu'entre, d'une part, le moment de la crise où le monde est insensé pour le sujet et où ce même sujet a un comportement insensé pour son entourage ou le collectif et, d'autre part, l'issue de la prise en charge psychiatrique où le sujet a pu situer sa souffrance ou son symptôme dans une interprétation possible, on est déjà passé d'une *absence* de sens à une activité d'*interprétation* (qui est supposition de sens). C'est cela que nous voulons signifier quand nous parlons de « degrés d'élaboration du sens ». Selon cette grille, nous pouvons distinguer une série de lieux du service d'urgence à travers lesquels transite et fait étape le sujet et où le sens est de plus en plus élaboré, où il s'édifie de manière de plus en plus consistante. A la chronologie de la prise en charge, correspond une élaboration incrémentale du sens qui suit la ligne du temps qui passe. On voit ici comment se dialectisent temps, espace et sens : tandis que le temps de la prise en charge avance, le patient chemine de lieu en lieu et ce qui ne signifiait rien prend peu à peu des formes interprétables. C'est exactement ce que nous disait plus haut Dina Joubrel quand elle envisageait des temps d'accueil successifs du patient, avec des interlocuteurs différents, dans les lieux différents du service³³⁷, pour des élaborations symboliques de la crise de plus en plus précises. Au pavillon N, sans que cela ne soit aussi organisé qu'à Rennes, le même mécanisme se produit : on le constate tout au long de notre journal ethnographique, plus précisément aux *observations 2 et 18*. En fait, nous distinguons cinq étapes, cinq lieux distincts. Nous les énumérerons dans un ordre qui

³³⁶ Nous articulerons ainsi la problématique de la communication à la topologie.

³³⁷ Dina Joubrel tient à dire que dans son service d'accueil des urgences, on entre, on chemine et on en sort sans revenir sur ses pas.

va du lieu où il y a le moins de sens, à celui où le travail d'interprétation du symptôme et de la souffrance est le plus élaboré :

- Le lieu de la crise : l'absence de sens et de communication.

Le lieu de la crise ne se situe pas, à proprement parler, dans le service d'urgence : il s'agit plutôt du domicile de la personne, de son lieu de travail, de la rue. Un événement s'est produit qui a laissé l'entourage sans possibilité de l'interpréter et cela a justifié le recours aux urgences. Ou alors, le patient éprouve une angoisse sans qu'il puisse en trouver la signification et il vient aux urgences. Dans tous les cas, la communication est en crise : ni le patient, ni son entourage n'ont les mots pour dire ce qui se passe. Dans le service d'urgence, le lieu de la crise, là où la communication est absente, où le sens est suspendu, est le box de contention. Un patient trop agité, violent ou délirant est contenu physiquement ou chimiquement le temps que la crise s'apaise et que les gestes puissent laisser la place à la parole.

- La borne d'accueil et la rencontre avec l'infirmier d'accueil et d'orientation : la première demande.

Ici, dans ce lieu, le patient s'inscrit administrativement et présente le motif de son recours à un infirmier. L'échange est souvent bref : l'infirmier prend rapidement en note la symptomatologie et indique au patient un délai d'attente avant sa prise en charge. Si le patient n'est ici pas franchement éclairé sur le sens de son symptôme, on lui remet cependant un petit bracelet en carton qui l'identifie, qui lui donne un statut, celui de patient, de malade, de pris en charge. Une première forme de reconnaissance de la souffrance s'établit, ce qui contribue déjà à donner au patient *le sens de sa présence* aux urgences.

- La salle d'attente et l'identification spéculaire avec les autres patients : le transfert sur l'institution.

Nous avons déjà évoqué assez longuement la question de l'attente. Ici, l'attente est définie par un lieu, la salle d'attente, où des échanges se produisent, notamment entre patients. Les patients en attente parlent entre eux, les patients en attente parlent avec les patients déjà hospitalisés : l'échange des uns et des autres sur leur expérience de la souffrance et de l'urgence constitue cette fois une première mise en sens du symptôme ou de l'événement qui a suscité le recours. L'expérience du réel de la souffrance est en partie réductible au récit de l'expérience d'un autre patient, ce qui le rend symbolisable et lui donne une dimension sémiotique. La machine à café ou la zone fumeur à l'extérieur du service constituent des lieux importants d'élaboration préalables à la rencontre avec les médecins³³⁸. De plus, l'identification avec les patients déjà hospitalisés qui peuvent déambuler dans la zone d'attente permet aux patients pas encore pris en charge de construire une sorte de transfert sur l'institution, c'est-à-dire une perception imaginaire de ce que l'hôpital et ses médecins peuvent lui apporter dans le soulagement et la reconnaissance de sa souffrance.

- La rencontre avec le somaticien : une première expression du symptôme.

L'observation 2 montre que même si le patient présente des troubles psychiatriques, il est d'abord vu par un médecin somaticien (sauf en cas de trouble à l'ordre public). C'est

³³⁸ Cela a été montré par deux médecins, François Danet et Corinne Veck, qui ont travaillé au pavillon N. Voir VECK, Corinne. *L'Organisation groupale spontanée : étude des rôles et des fonctionnements des liens groupaux inter- et intra-subjectifs au sein d'un service d'urgence de l'hôpital général*. Thèse de doctorat : Université Claude Bernard Lyon 1, Juin 2002 et DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158.

important car une rencontre directe avec la psychiatrie peut parfois effrayer et il est parfois plus simple pour le patient d'exprimer dans un premier temps un symptôme, par voies détournées, à partir de ce qu'il produit dans le corps. Le lieu de la rencontre avec le somaticien se fait au chevet du lit du patient. Contrairement à la psychiatrie, dans la médecine générale, le médecin tente souvent d'expliquer son symptôme au patient (même s'il le fait souvent dans un jargon non adapté). Ainsi, dans le lieu de l'entretien avec le médecin, le patient a pu élaborer une expression un peu étoffée de son symptôme tout en obtenant une réponse sur celui-ci, une interprétation qui lui vient d'un autre, le médecin.

La rencontre avec le psychiatre : une première interprétation du symptôme, en plusieurs temps.

Nous avons plus haut expliqué, dans nos propos sur la temporalité, en quoi consistaient les étapes de la prise en charge psychiatrique. Faisons ici une remarque supplémentaire : selon notre critère de l'élaboration du sens, la rencontre dans les lieux des entretiens psychiatriques marque un point d'acmé puisque ce n'est plus seulement le médecin qui fournit une interprétation du trouble, mais le patient lui-même qui essaie de construire, *a posteriori*, le sens de la crise qui l'a submergé. Aussi, suite à cette rencontre, le patient part avec une orientation vers un lieu de soin (hôpital psychiatrique, CMP, psychiatre libéral, etc...). Or, qu'est-ce qu'une orientation sinon l'indication d'un sens ?

On le voit, à part pour le lieu de la crise, tous ces lieux peuvent être qualifiés de lieux de communication. Le lieu de la crise se formule quant à lui en creux selon le critère de la communication, comme absence de communication. A mesure que la prise en charge du patient progresse, l'échange communicationnel devient plus central dans le soin. Au départ, l'échange sert à retirer des informations sur le patient, puis les échanges sont informels, puis le symptôme s'exprime à un médecin somaticien supposé savoir, puis, lors de la rencontre avec le psychiatre, l'échange, la relation thérapeutique en tant qu'elle se structure par la communication, devient le soin lui-même puisque l'outil thérapeutique du psychiatre est la parole (le travail à partir de la parole du patient). Notons aussi que de la même manière que le patient faisait un usage des temporalités offertes par l'institution, il fait un usage spécifique des lieux mis à disposition par celle-ci en y déployant des formes de communication différenciées qui sont autant de moyens de faire émerger du sens autour de ce qui n'en avait pas au moment de la crise psychique.

Notre deuxième grille de lecture est celle qui distingue les lieux du service d'urgence *en fonction du type de communication qui d'y déroule*, à savoir soit une communication *intersubjective*, soit une communication que nous avons qualifiée de « *plurielle* ». Nous allons voir que les lieux évoqués précédemment se retrouvent classés d'une autre manière dans cette nouvelle grille de compréhension de l'espace du service d'urgence.

Auparavant, précisons un peu notre grille. Les lieux de communication intersubjective qualifient tous les lieux où le patient est amené à parler de lui face à un autre sujet. On vient de voir précédemment qu'ils étaient divers et qu'ils ne concernent pas seulement les entretiens médicaux. En fait, les entretiens médicaux sont un peu particuliers car si le patient s'adresse bien à un autre sujet, le médecin représente aussi, d'une certaine manière, l'institution. Ainsi, quand il s'adresse au psychiatre, le sujet cherche à faire reconnaître son désir (ce qui se partage mal dans le collectif) *à un autre sujet* mais il cherche aussi à faire reconnaître sa souffrance *à un représentant du collectif*. On observe très bien cela aux urgences où les patients ont deux registres de discours face aux psychiatres : d'une part, le patient fait part de mouvements psychiques intimes (angoisse, difficultés sentimentales, désir de mort, addiction, etc.) et, d'autre part, il peut tenir un discours revendicatif vis-à-vis de

l'institution (c'est-à-dire dire vis-à-vis de la société) en évoquant une situation sociale difficile qui pourrait être résolue par le psychiatre et l'hôpital. Ainsi le cas de ce clochard qui dit son angoisse pour des affaires très personnelles (deuil) mais qui « cherche un toit » (*fragment clinique 11*), ainsi ce patient qui a des désirs de mort, qui présente un tableau un peu paranoïaque et qui présente ses fiches de paye à la psychiatre pour trouver un appartement, comme si l'hôpital était une agence immobilière (*observation 3*) ! Ainsi cette patiente qui a recours aux urgences pour une tentative de suicide et qui se rend mécontente de l'entretien qu'elle a avec la psychiatre qui serait « comme un juge » (*observation 10*) montrant bien la part d'identité institutionnelle mise dans le médecin. Les exemples sont nombreux dans notre journal. A côté de ces lieux de communication intersubjective, il y a ce que nous avons nommé les lieux de communication plurielle : ce sont tous ces lieux dans lesquels on parle du patient, où l'on produit une information sur le patient. Dans ces lieux (réunions cliniques, dossier médical informatisé, presse, etc.) un récit est produit autour du patient qui contribue à lui donner une place symbolique dans le collectif.

Lieux de communication intersubjective et lieux de communication plurielle correspondent ainsi à deux types de lieux où se différencient les modalités énonciatives de mise en discours du symptôme et de la détresse.

Lieux de communication intersubjective (Le sujet est invité à parler de lui)	Lieux de communication plurielle (<i>On parle du sujet</i> : une information est construite autour du patient)
- lieux de communication informels entre patients : machine à café, zone fumeur, salle d'attente - entretien avec les infirmiers - entretien avec les médecins somaticiens - entretien avec les psychiatres	- D.M.U (interface informatisée où figure le dossier du patient) - presse locale - réunions cliniques / « criées » - rencontre avec les familles - investigations par téléphone sur le passé thérapeutique et institutionnel du patient

Nous devons commenter ce tableau pour y introduire du mouvement. Si notre première grille distinguait des lieux dans lesquels les patients se déplaçaient de manière linéaire et progressive, ici la dynamique qui articule les lieux entre eux serait plutôt celle de l'*oscillation*. En fait les modalités de présence du patient dans ces lieux sont à distinguer : dans les uns, le patient y est en tant que sujet énonçant et, dans les autres, il y est en tant que sujet énoncé. Dans les deux cas cependant, il est question de la production d'un récit : dans les lieux de communication intersubjective, le patient tente de se saisir dans un récit qu'il produit sur lui-même (c'est le paradigme de la cure psychothérapique) ; dans les lieux de communication plurielle, un représentant de l'institution construit un récit sur le patient et contribue ainsi à lui offrir une reconnaissance collective, au moins dans l'institution médicale, là où elle avait peut-être été suspendue du fait de la crise psychique (pensons, notamment, aux sujets psychotiques). Comme le montre notre journal ethnographique dans son ensemble, la prise en charge d'urgence consiste en une oscillation, en un va-et-vient, entre ces deux modalités de récits qui contribuent à reconstruire la médiation, c'est-à-dire à élaborer une formule³³⁹ (précaire, temporaire : on est dans la fugacité de l'urgence) qui

³³⁹ Il s'agit bien d'une formule et non pas de la formule : en psychiatrie, il n'y a pas de soin universel : chaque sujet trouve sa formule, jamais définitive, qui puisse articuler son désir au symbolique. Ce qui est universel, c'est la nécessité de trouver cette formule, pour exister à la fois singulièrement et parmi les autres. La crise psychique signale un silence à l'endroit de cette formule à reformuler sans cesse. Souvent, la crise psychique survient quand le sujet est, précisément, devant une exigence de réécriture de cette formule : par exemple, un deuil ou la perte d'un emploi nécessitera, pour le sujet, de revoir les modalités d'investissement de son désir dans le champ de l'autre (personne aimée) ou des autres (travail).

rende compte d'une articulation possible entre *l'expression d'une singularité* par un sujet et la *reconnaissance d'une subjectivité* par le collectif.

Ce qui est particulièrement intéressant dans la psychiatrie d'urgence, par rapport à une prise en charge psychothérapique classique, c'est que la formule est élaborée à la fois séparément et conjointement entre le sujet et l'institution. C'est en cela que nous parlons d'oscillation. Si l'on se représente un pendule qui oscille, le bout du pendule est tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Mais cette oscillation, son rythme, son envergure dépend d'un point unique à partir duquel on tient le pendule, point à partir duquel on détermine les positions du bout du pendule. Dans la psychiatrie d'urgence, les lieux où l'on parle du patient et les lieux où il parle de lui ne sont pas les mêmes, mais ce qui se dit dans les uns dépend de ce qui se dit dans les autres. *L'observation 2* montre bien comment la prise en charge psychiatrique passe, alternativement, par un recueil de la parole du patient puis par une construction d'information sur le patient à partir de cette parole. Le psychiatre « enquête » ainsi sur le patient (auprès de la famille, auprès d'institutions auxquelles a eu à faire le patient) à partir de ce que celui-ci lui a dit lors du premier contact. Ce qui est ainsi construit comme récit sur le patient incluant sa parole et des informations annexes à son propos constitue un matériel signifiant, à l'usage du psychiatre, pour retourner voir le patient et dialoguer à nouveau avec lui. En somme, la prise en charge d'urgences est constituée de récits entrecroisés. Même mieux : il s'agit d'un même récit qui s'élabore, dans des lieux différents, par oscillation, à la fois par le patient et le médecin, au sujet du patient. Cela se voit de manière très nette dans le dossier médical d'urgence (D.M.U.)³⁴⁰ dans lequel on observe des éléments rédigés qui manifestent une forme d'intertextualité entre le « texte » du patient (sa parole est parfois retranscrite à la lettre, au moins au discours indirect libre, voire indirect ou même direct) et celui du psychiatre. La formule de la médiation dont nous parlions plus haut pourrait correspondre à ce « texte » spécifique, écrit à plusieurs mains, entre patient, psychiatre et informateurs annexes (familles, institutions, police, etc.).

Attardons-nous quelques instants encore sur le DMU. Pour des raisons explicitées à *l'observation 5*, nous n'avons pas pu récupérer les textes rédigés dans le DMU. Cependant, nous avons assisté, à plusieurs reprises, à cette rédaction en train de se faire, dont nous pouvions lire le contenu sans problème. Nous décrivons tout cela aux *observations 5, 8 et 18* du journal auquel nous renvoyons pour mieux saisir les considérations suivantes.

Si le DMU est le lieu de construction du récit intertextuel que nous évoquons, il a aussi, à notre avis, d'autres fonctions. Cette interface informatisée constitue d'abord un outil de gestion administrative de l'hôpital qui a, en temps réel, le nombre et le type d'actes effectués. Ensuite, il a une utilité pour la médecine légale puisqu'il permet, par exemple, de contrôler les durées des contentions, de connaître l'heure précise d'un entretien pour un patient gardé à vue ou hospitalisé d'office, etc. Enfin, il constitue une mémoire du service en inscrivant les patients dans l'histoire institutionnelle (quand sont-ils venus ?, pourquoi ?, combien de fois sont-ils revenus ? quel psychiatre avaient-ils rencontré ?; quelle solution avait-on envisagé pour eux lors des recours précédents ?, etc.). De ce point de vue, l'intertextualité du récit de la prise en charge s'enrichit d'une historicisation de la parole du patient (ce qu'il a déjà dit est mis en perspective avec ce qu'il dit lors du nouveau recours) et une historicisation du discours de l'institution sur ce même patient. Ainsi, le DMU a une véritable fonction de médiation en ce qu'il est un outil symbolique qui enserme toute nouvelle crise dans un discours déjà-là. Grâce au DMU, les psychiatres peuvent choisir de voir des patients qu'ils

³⁴⁰ Il s'agit du dossier médical informatisé du patient qui est complété par tous les soignants à mesure qu'ils rencontrent le patient. Il existe plusieurs moyens de le compléter : en cochant des cases, en rédigeant dans des parties consacrées à cela. On peut ne pas rédiger, mais on ne peut pas ne pas cocher (pour dire qu'on a pratiqué un acte médical, fait une prescription, etc.)

ont déjà vus aux urgences lors de recours précédents, assurant une forme de continuité de la prise en charge, ceci n'est pas négligeable dans la prise en charge de la crise qui, pour prendre sens et s'apaiser, doit d'abord pouvoir se mettre en série avec d'autres événements.

Notons enfin que les psychiatres et les psychologues n'ont pas tout à fait le même usage du DMU. Nous décrivons cela à *l'observation 5*. Les psychologues ont un récit plus exclusivement clinique que les psychiatres. Ces derniers articulent les considérations cliniques avec des éléments institutionnels, plus politiques, au sens où il est très souvent indiqué la manière dont le patient a construit des liens avec le collectif sous différentes formes (avec le service d'urgence, mais aussi avec d'autres institutions médico-sociales ou sociales). Dans les chapitres suivants, nous approfondirons ces réflexions sur l'articulation entre clinique et politique en nous dotant de concepts supplémentaires issus, notamment, de l'anthropologie (efficacité symbolique, signifiant flottant).

Il y a d'autres lieux que le DMU où se produisent le même type de phénomènes que nous venons de décrire. Il y a notamment les réunions cliniques dans lesquelles on parle des patients pour statuer, à plusieurs, sur leur orientation. Ces réunions intègrent plus ou moins la parole du patient en fonction de qui compose l'assemblée. Moins il y a de psychiatres, moins la parole du patient est intégrée au discours qui le concerne pour décider de son orientation (voir les *observations 6 et 20* notamment où nous montrons comment lors de ces réunions le discours des patients n'est pas pris à la lettre mais subverti et raillé par les somaticiens quand ils sont les plus nombreux). La presse locale est aussi un lieu de représentation de ce discours sur les patients : ici, la parole des patients de la psychiatrie n'est jamais prise en compte (voir notre étude de corpus en annexe).

En guise de synthèse sur ce que nous apprend cette lecture de la psychiatrie d'urgence en termes d'oscillation entre lieux de communication intersubjective et plurielle, nous pouvons dire que si l'urgence psychiatrique signale une crise de la communication, la prise en charge d'urgence déclenche sa reprise par des moyens divers et articulés. Pour le patient, comme pour l'institution, il s'agit de replacer le symptôme dans le symbolique : le premier le fait en produisant un récit de sa souffrance à destination de l'autre : il rétablit les conditions du miroir ; la seconde situe la crise dans un récit déjà à sa disposition et/ou qu'elle construit aussi à partir d'informations nouvelles sur le patient. On pourrait dire que le patient se *construit* une place dans le symbolique tandis que l'institution lui en *assigne* une. C'est la rencontre entre le *désir de lien* affirmé par le patient dans l'adresse à l'autre lors de la communication intersubjective et la proposition d'une *assignation symbolique* dans la communication plurielle produite par l'institution sur le patient que réside la réussite de la prise en charge.

La dernière grille de lecture est celle qui distingue les lieux de l'urgence en fonction de la tripartition lacanienne : *réel, symbolique, imaginaire*. Le tableau ci-dessous fait écho à celui que nous avons construit pour rendre compte des différentes temporalités de l'urgence. Celui-ci propose une représentation synthétique de nos développements topologiques à travers la tripartition lacanienne qui nous sert à montrer la fonction de médiation de l'urgence.

	Réel (non-lieu)	Imaginaire (lieu fantasmé)	Symbolique (lieu anthropologique)
Du côté du patient	- box de contention (absence de communication)	- hôpital comme espace salvateur protégé / décalé de l'espace public - salle d'attente - usage des lieux de rencontre comme scène pour théâtraliser la souffrance	- usage des lieux institués par l'hôpital dans le service d'urgence - lieux de rencontre informels entre patients (machine à café) - lieux de l'entretien avec le psychiatre
Du côté de l'institution et/ou du soignant	- sentiment du chaos dans le service (espace désorganisé et déstructuré)	- Cour des Miracles (conception imaginaire de l'espace du service pour refouler ses aspects réel) - hôpital comme espace autorisant le pouvoir médical (support imaginaire pour les décisions de médecine légale)	- territorialisation de l'espace du service - Dossier médical informatisé ; lieux de communication plurielle - lieux de l'entretien avec le patient

Il s'agit d'une autre façon de lire l'espace du service d'urgence. On y retrouve des lieux déjà décrits plus haut, mais ils sont organisés selon une autre logique. Le tableau apporte en fait un croisement des deux grilles précédentes. La dernière colonne représente ce que nous venons de développer sur les lieux de communication intersubjective et plurielle. Il s'agit en effet de lieux qui se caractérisent par le retour du symbolique : les pointillés expriment l'idée qu'il s'agit d'espaces où se rencontrent patients et soignants et où s'entrecroisent leurs paroles et discours. La lecture en ligne, du réel vers le symbolique rend compte de ce que nous affirmons sur l'élaboration progressive du sens. Nous voyons que ce qui apparaît comme lieux réels (c'est-à-dire sans structure ni signification associées) sont différents pour le patient et le soignant. En effet, le réel, c'est ce qui ne se partage pas. Ainsi si le box de contention est un lieu qui a du sens pour le soignant (fonction thérapeutique, sécuritaire), c'est un lieu impossible à faire signifier pour le patient (il y est attaché contre son gré). On constate enfin comment l'hôpital s'institue comme lieu imaginaire à la fois pour le soignant et le patient, mais dans des versions divergentes. Ce tableau sera ultérieurement enrichi, à la suite de la progression théorique de la thèse.

Chapitre 2 : Efficacité symbolique et logiques de soin à l'hôpital : une approche orientée par l'anthropologie

« Dans la mesure où le registre du rapport médical à la santé se modifie, où cette sorte de pouvoir généralisé qu'est le pouvoir de la science, donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat, nous voyons se dessiner l'originalité d'une dimension que

j'appelle la demande. C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale »

Jacques Lacan, in *Conférence et débat au Collège de médecine de la Salpêtrière*, 1966

Nous souhaitons ici donner une large part à l'anthropologie – notamment à la notion d'*efficacité symbolique* telle qu'elle a été forgée par Claude Lévi-Strauss³⁴¹ – parce qu'elle nous semble en mesure d'apporter une contribution supplémentaire et nécessaire à l'interprétation de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication. En fait, il va s'agir d'approfondir nos développements sur les aspects symboliques de la psychiatrie d'urgence, alors que, jusqu'ici, c'est avant tout la psychanalyse, articulée à des considérations de sémiotique de l'espace du service d'urgence, qui nous a permis de rendre compte de la relation thérapeutique telle qu'elle s'institue lors de l'accueil de la détresse psychiques aux urgences.

La psychanalyse constitue sans doute le cœur de notre approche théorique de la psychiatrie d'urgence, mais elle montre parfois des limites dès lors qu'il s'agit de considérer l'incidence, sur la relation thérapeutique, des dimensions institutionnelles et politiques de la psychiatrie d'urgence. On a montré que la psychanalyse de Freud et de Lacan ne rejettent pas la question du politique, mais la réduisent au fait que le sujet est divisé par une structure, celle du langage, qui fait référence à l'existence de chacun dans le collectif. Le politique y est ainsi peu entrevu comme l'ensemble des normes qui organisent la sociabilité et l'appartenance, et encore moins sous l'angle du *pouvoir* politique³⁴². Mais cela est bien compréhensible : Lacan et Freud sont avant tout des cliniciens qui cherchent d'abord, à partir de la situation intersubjective de la cure, à comprendre les logiques singulières, les logiques du cas, avant de s'interroger sur les logiques du politique qui n'interviennent, pour eux, qu'à un second degré dans la vie du sujet³⁴³. Le psychanalyste, au fond, ne s'interroge sur le politique qu'à la mesure de ce que cela éclaire de la logique d'un cas dans sa singularité – sur la manière, par exemple, dont un symptôme s'articule sur un signifiant pris dans le social, comme celui de « performance », comme on l'a vu précédemment. De même, la théorie psychanalytique, parce qu'elle appuie ses développements sur la clinique qui se déploie à partir du dispositif du divan, s'interroge peu, dans la théorie, sur les aspects institutionnels du soin³⁴⁴, sur ce que le dispositif institutionnel implique dans le soin. L'hôpital a des spécificités et des contraintes telles qu'on ne peut directement transposer le modèle de la cure analytique sur les entretiens de psychiatrie aux urgences même si l'exercice qui consiste à trouver des similitudes aux deux phénomènes a pu se montrer heuristique dans les pages précédentes de cette thèse.

³⁴¹ « L'efficacité symbolique ». In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Chapitre X. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ». Pages 213-234.

³⁴² La question de la loi est bien présente dans la théorie et la clinique psychanalytiques mais peut-être manque-t-il une réflexion plus approfondie sur la question de l'identité collective qui n'est pas pensée comme aussi structurante, pour la psychanalyse, que celle de l'identité singulière, fondée sur le désir.

³⁴³ Ou alors, si le politique est pris en compte, c'est au titre de structures immuables qui régissent l'organisation collective comme, par exemple, le complexe d'Œdipe.

³⁴⁴ Ainsi, alors que les psychanalystes lacaniens de l'Ecole de la Cause Freudienne se sont enthousiasmés de la clinique très articulée au social et au politique menée dans les CPCT (Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement), leur chef de file, Jacques-Alain Miller a souhaité rappeler que la formation des analystes à la clinique analytique devait continuer à s'appuyer sur la « *psychanalyse pure* ».

Mais alors, pourquoi choisir l'anthropologie de la relation médicale³⁴⁵ pour suppléer à cette sorte de manque théorique de la psychanalyse ? D'une part, c'est qu'elle prend en compte les dimensions institutionnelles et politiques du soin. D'autre part, c'est qu'elle est pleinement articulable, pensons-nous, à la théorie psychanalytique. Il s'agit en effet pour nous de garder la cohérence épistémologique de notre propos pour continuer d'articuler, le plus finement possible, ce qui, dans la psychiatrie d'urgence, relève du psychique, de la communication, de l'institution et du politique. Notre propos sera donc double. Il est épistémologique d'abord : nous nous interrogerons sur les conditions d'intégration de la notion d'efficacité symbolique à une approche de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication. Il est heuristique ensuite : nous montrerons ce que le concept d'efficacité symbolique éclaire des logiques de soin très différenciées qui s'observent aux urgences de l'hôpital. Nous nous apercevrons du caractère précieux de la notion en ce qu'elle distingue, *sans les opposer*, les logiques de soin chez les médecins somaticiens et les psychiatres : au final, nous serons ainsi en mesure de penser les services d'urgence comme un lieu de tensions qui actualise des tendances propres à l'hôpital contemporain, partagé entre la promotion d'une médecine qui s'appuierait sur une pensée biomédicale et la nécessité de conserver à la médecine sa dimension proprement anthropologique et communicationnelle, c'est-à-dire sa dimension de médiation en tant qu'elle contribue souvent, aux urgences, au (re)nouage du contrat social.

Avant cela, un mot encore sur le choix de la psychanalyse et de l'anthropologie comme champs théoriques pour l'approche de la psychiatrie d'urgence que nous souhaitons construire. Car, au fond, la sociologie et la science politique ne nous donnent-elles pas aussi des clés précieuses pour entrevoir le rapport entre la clinique et le politique ? L'anthropologie, qui fonde ses développements sur des observations des sociétés traditionnelles, ne nous fournit-elle pas des clés de lecture trop éloignées de notre terrain ? En fait, en expliquant pourquoi nous n'investissons pas la sociologie ni la science politique nous pouvons dire comment nous lisons la question problématique de l'efficacité contenue dans la notion d'efficacité symbolique.

En fondant nos réflexions théoriques sur la psychanalyse et sur l'anthropologie, nous affirmons une posture ferme vis-à-vis de la question des effets de la parole. Cela est très important dans la mesure où le soin, aux urgences psychiatriques, est inauguré et institué par la parole et la communication. Quand nous parlons de l'efficacité symbolique comme d'une logique située au cœur de la relation thérapeutique dans l'urgence psychiatrique, nous en faisons la lecture la plus exigeante possible, c'est-à-dire au plus près du texte de Lévi-Strauss. Quand il parle d'*efficacité* de la parole et du récit mythique sur la parturiente en souffrance, il désigne une opération *strictement* symbolique qui consiste à provoquer un effet de symboles sur d'autres symboles à travers une opération de type métaphorique, ou à la manière du mécanisme d'un pendule de Newton. Le chaman propose à la parturiente une métaphore³⁴⁶ de son mal, c'est-à-dire une *structure* linguistique qui lui permet de réordonner, dans une trame symbolique connue et reconnue, les manifestations de son corps qu'elles percevaient jusque là comme des signes dépourvus de signification.

Ainsi, il ne faut pas se laisser berner par le terme d'efficacité qui est au fond peut-être un peu mal choisi par Lévi-Strauss quant à ce qu'il cherche à désigner. Il ne s'agit pas d'efficacité de la parole au sens où l'entendent les théories des effets directs de la communication ou encore les théories de la performativité du langage. Le recours à

³⁴⁵ En fait, nous allons nous limiter aux théories développées par C. Lévi-Strauss, F. Laplantine et D. le Breton.

³⁴⁶ On peut d'ores et déjà pressentir l'articulation possible avec la psychanalyse puisque Lacan considère le symptôme comme une solution de compromis, de type métaphorique, pour régler un conflit psychique.

l'anthropologie signale ainsi notre place singulière dans les sciences de l'information et de la communication. Pour nous, les processus de communication ne peuvent être interprétés selon des schémas causalistes dans lesquels on considère que telle parole ou tel discours auraient tels effets. Or, c'est parfois une tendance qu'on trouve dans la sociologie ou la science politique attachées au repérage des *stratégies* de communication ou aux *effets* du discours dans le réel, sur les individus ou sur les groupes. De telles perspectives théoriques sont vite insatisfaisantes pour comprendre ce qui se joue dans la rencontre entre psychiatres et patients aux urgences. Bien sûr, quand le psychiatre prononce une hospitalisation sous contrainte, nous sommes dans un cas de performatif puisque la parole prononcée et écrite change *immédiatement* le cours de la vie et le statut du patient. C'est un cas où les mots ont un pouvoir. Cependant, on est bien plus souvent aux urgences psychiatriques dans des cas qui se situent hors du performatif, notamment quand on considère la relation thérapeutique. En effet, il ne suffit pas que le psychiatre parle pour que le patient soit « guéri » immédiatement de son symptôme. Bien souvent, le patient repart avec son symptôme³⁴⁷, mais la rencontre avec le psychiatre a eu un effet apaisant pour le patient puisqu'elle a permis l'élaboration d'un sens. Ce simple constat sur la nature de l'effet thérapeutique, suggère qu'il faille entrevoir un autre rapport, autre que celui de cause à effet, entre parole et soin. L'efficacité symbolique, mise en œuvre par la parole, réintroduit une médiation possible entre le malade et son symptôme, ce qui n'est pas la même chose que de dire que la parole du psychiatre a un effet direct sur le symptôme du malade³⁴⁸.

La notion d'efficacité symbolique nous permet ainsi d'entrevoir l'existence d'effets de la parole hors du performatif, de la stratégie et de l'interactionnisme. Elle permet d'éviter de prêter un pouvoir exorbitant à la parole des psychiatres, ce qui a souvent été le cas dans des études sur la psychiatrie, comme par exemple celles de Goffman³⁴⁹ qui ne correspondent plus à la réalité institutionnelle contemporaine. En ce sens, l'efficacité symbolique désigne peut-être la réponse à ce que nous désignons plus haut comme une spécificité des recours aux urgences hospitalières : l'attente de signification plutôt que celle de l'action médicale. En une formule ramassée peut-être pourrions-nous dire que les recours aux urgences psychiatriques expriment une *attente de l'efficacité symbolique*.

Au passage, on constatera qu'on fait ici un pas de plus concernant cette question primordiale de l'attente que nous avons déjà traitée dans nos développements sur la temporalité de l'urgence. Ici, l'*attente* de signification renvoie chez le sujet qui l'exprime à un *manque* de signification, soit à un *désir* qu'il soit comblé par l'autre, si l'on suit la logique lacanienne qui dialectise manque et désir. Au fond, le dispositif de l'urgence, qui suscite *toujours* une attente, est là pour *garantir* le manque, c'est-à-dire pour inviter le sujet à formuler une *demande* qui fonde le désir de communiquer susceptible de réinsérer le sujet en crise dans le champ du symbolique et de l'échange. Tant qu'on attend quelque chose de l'institution, tant qu'elle fonde et garantit le manque, elle participe à la construction et

³⁴⁷ Si la médecine somatique peut, par une action sur le corps, faire disparaître un symptôme, la psychiatrie ne peut le faire dans le temps de l'urgence : un désir mort ou un délire ne s'apaisent pas en un instant. Pourtant, la rencontre avec le psychiatre aura pu permettre au sujet d'entrevoir un sens à l'événement malheureux qui l'affecte.

³⁴⁸ C'est toute la différence entre la nature des rapports institués par la cause et ceux institués par le sens.

³⁴⁹ GOFFMAN, Ervin. *Asiles. Etude sur la condition des malades mentaux*. Minuit, 1968. Coll. « Le sens commun ». Goffman dresse parfois un portrait de la psychiatrie comme toute puissante, ce que la théorie interactionniste permet en effet de montrer. C'est aussi pour nous distancier de ces conceptions que nous nous sommes distanciés de la sociologie, même si nous convenons qu'il est toujours possible de faire un autre usage des concepts du fait même de la réalité différente à laquelle il chercheraient à s'appliquer. Il reste que la fonction attribuée à la parole dans l'interactionnisme ne nous semble pas pouvoir rendre compte de la place qu'elle occupe dans l'accueil de psychiatrie.

à la pérennisation du lien social qui s'appuie, en premier lieu, sur l'échange intersubjectif comme unité minimale et structurante de la sociabilité.

Si la psychanalyse, en tant que pratique, s'inscrit dans cette attente de signification, l'efficacité symbolique, en tant que phénomène, quand elle se produit aux urgences, est aussi réponse à cette demande de signification, mais avec la spécificité, par rapport à la cure analytique, de s'adosser au politique. Il s'agit maintenant de voir à quelles conditions se produit l'efficacité symbolique aux urgences, ce qui implique de continuer à définir la notion, ses conditions d'applicabilité et de la mettre à jour puisqu'elle concerne avant tout, chez Lévi-Strauss, les sociétés dites « traditionnelles » (ce qui nous évitera d'assimiler trop vite médecine contemporaine et magie).

I. Apport de la notion d'efficacité symbolique à une approche de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication

A. Usages et application de la notion forgée par Claude Lévi-Strauss à la psychiatrie d'urgence

A mesure que nous allons définir l'efficacité symbolique à partir du texte de Claude Lévi-Strauss, nous envisagerons ce que la notion apporte à la compréhension de la psychiatrie d'urgence. De façon à ne pas paraphraser le texte, nous proposons une lecture sélective sur des points cruciaux de celui-ci.

1. La psychiatrie d'urgence envisagée comme intermédiaire entre cure analytique et cure chamanique

Ce qui nous a d'abord interpellé dans le texte de Lévi-Strauss, c'est la comparaison qu'il établit entre cure chamanique et cure psychanalytique : « *En fait, la cure chamanique semble être un exact équivalent de la cure psychanalytique, mais avec une inversion de tous les termes* »³⁵⁰. Mais comme le dit Lévi-Strauss, le « *parallélisme n'exclut pas des différences* »³⁵¹. Or, c'est précisément du fait de cette ressemblance et de cette différence à la fois que nous pouvons placer la psychiatrie d'urgence à mi-chemin entre psychanalyse et chamanisme. En quelque sorte, c'est dans l'espace laissé par la différence entre les deux que se situerait, s'intercalerait, la psychiatrie d'urgence. La relation thérapeutique qui s'établit lors des entretiens de psychiatrie aux urgences n'est ainsi ni tout à fait assimilable à ce qui se produit sur un divan, ni tout à fait à ce qui se produit dans l'épisode de guérison de la parturiente racontée par Lévi-Strauss. La psychiatrie d'urgence tient des deux modèles sans s'y réduire. Elle tient du chamanisme en ce que le soin est adossé à une référence à l'institution et au politique, mais elle ne s'y réduit pas cependant car le patient est invité, comme on l'a vu, à parler de lui aux urgences et pas seulement à écouter le médecin et ses interprétations. Inversement, la psychiatrie d'urgence tient du modèle psychanalytique en ce que le patient est amené, par la parole, à rendre compte singulièrement de son malheur en le replaçant – pour lui donner du sens – dans son histoire personnelle, mais elle ne s'y réduit pas car le patient doit parvenir à articuler la version subjective de sa souffrance à des

³⁵⁰ « L'efficacité symbolique ». In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ». Pages 213-234. Chapitre X, p. 228.

³⁵¹ Ibid., p.228

possibilités institutionnelles offertes par le psychiatre représentant de l'hôpital (proposition de prise en charge, de parcours institutionnels ambulatoires, etc.).

Pour éclaircir cela, nous proposons de mettre en perspective le texte de Lévi-Strauss avec un petit texte que Lacan prononça lors d'une conférence au Collège philosophique en 1952³⁵². Grâce à ces textes, on voit bien la valeur et le statut respectifs du mythe dans le chamanisme et dans la psychanalyse. Dans le premier, le mythe est social, prononcé par le chaman pour la malade au nom de la société, dans le second, il est individuel, produit par le névrosé comme voile et organisateur des conflits psychiques par l'imaginaire.

Dans l'épisode de chamanisme décrit par Lévi-Strauss, il est question d'une femme qui vit un accouchement difficile. Elle est plongée dans d'atroces souffrances et l'enfant tarde à naître, ce qui justifie le recours au chaman. Celui-ci va provoquer l'allègement des souffrances puis l'accouchement par une opération symbolique qui consiste à raconter un mythe auprès de la malade et devant un auditoire constitué de membres de la société dans laquelle il officie. Lévi-Strauss explique que le mythe est une métaphore de ce qui arrive à la parturiente : il est une transposition symbolique, terme à terme, des souffrances qu'éprouvent la parturiente. De plus, le chaman met en place un récit censé rendre compte de tout le processus de la reproduction, depuis le moment du coït à la délivrance de la naissance. Mais à ces événements de corps (coït, grossesse, délivrance) sont *substitués* des signifiants qui sont les protagonistes du récit donnée par le chaman : il s'agit d'esprits en lutte dans le corps de la patiente, dont la patiente ressent douloureusement le combat dont l'issue sera la délivrance. Le chaman s'investit en effet dans le combat, à titre symbolique aussi, pour orienter l'issue de la lutte qui se joue dans le théâtre du corps de la patiente. Lévi-Strauss constate ainsi « *une oscillation de plus en plus rapide entre les thèmes mythiques et les thèmes physiologiques, comme s'il s'agissait d'abolir, dans l'esprit de la malade, la distinction qui les sépare, et de rendre impossible la différenciation de leur attributs respectifs* »³⁵³. Le rôle du chaman est ainsi de renvoyer le corps à du symbolique pour ensuite produire des opérations d'ordre symbolique sur le corps symbolisé. La patiente peut alors ordonner ses souffrances dans le champ du sens : à la substitution succède un déplacement possible³⁵⁴ : « *la technique du récit vise donc à restituer une expérience réelle, où le mythe se borne à substituer les protagonistes* »³⁵⁵. L'événement de corps n'est plus angoissant car il est référé à un équivalent symbolique, à un signifiant désormais, situable dans un récit qui a la particularité, nous dit Lévi-Strauss, d'être reconnu par la société dans laquelle se trouve la malade. La patiente *socialise* ainsi son trouble :

« La cure consisterait donc à rendre pensable une situation donnée d'abord en termes affectifs : et acceptables pour l'esprit des douleurs que le corps se refuse à tolérer. Que la mythologie du chaman ne corresponde pas à une réalité objective n'a pas d'importance : la malade y croit, elle est membre d'une société

³⁵² LACAN, Jacques. *Le mythe individuel du névrosé : poésie et vérité dans la névrose* [1952]. Seuil, 2007. Coll. « Champ Freudien ». Cela se situe trois ans après la parution du texte de Lévi-Strauss.

³⁵³ « L'efficacité symbolique » [1949]. In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora », p. 221

³⁵⁴ Notons que substitution et déplacement sont les deux procédés repérés par Freud, dès *L'interprétation des rêves*, comme régissant les formations de l'inconscient. Lacan, enrichi par la linguistique, les qualifia de métaphore et de métonymie. Lévi-Strauss est donc très pertinent quand il affirme qu'il y a matière à comparaison entre chamanisme et psychanalyse.

³⁵⁵ « L'efficacité symbolique » [1949]. In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora », p.223

qui y croit. (...) Ce qu'elle n'accepte pas, ce sont les douleurs incohérentes et arbitraires, qui, elles, constituent un élément étranger à son système, mais que, par l'appel au mythe, le chaman va replacer dans un ensemble où tout se tient. (...) Le chaman fournit à sa malade un langage, dans lequel peuvent s'exprimer immédiatement des états informulés et informulables autrement »³⁵⁶.

Insistons encore ici sur le fait que l'efficacité symbolique consiste en un effet de symboles sur des symboles : ce n'est que parce que il y a eu transposition d'un événement de corps non symbolisé vers du symbolique (un mythe déjà-là assez plastique pour s'adapter au cas de la patiente) que cet effet est possible à la fois pour le chaman et la patiente. Le chaman, après avoir symbolisé le corps en un théâtre peut y jouer la pièce qu'il veut mais n'agit pas directement sur le corps de la malade. C'est la patiente, accédant désormais à une représentation de son corps, qui peut organiser cette représentation, par déplacements signifiants, pour rendre plus acceptable sa douleur et pour permettre l'accouchement, deux événements de corps qui ont désormais du sens. Ce qui délivre la patiente, c'est que le langage dans lequel elle donne une place symbolique à son trouble est fourni et validé par la société qui l'entoure : son trouble ne l'isole plus du collectif. C'est en ce sens que l'efficacité symbolique dévoile ce que la clinique a de politique.

On voit comment cette notion d'efficacité symbolique permet de comprendre comment s'articulent la singularité et la sociabilité dans la relation thérapeutique. Cela est d'une importance capitale pour saisir ce qui se joue dans les processus de communication qui structurent les entretiens de psychiatrie aux urgences. Dans le discours qu'ils adressent au patient, les psychiatres portent toujours avec eux une représentation de la société, au moins un imaginaire de l'hôpital. On pourrait dire que l'institution hospitalière, maniée en tant qu'image pour les psychiatres face aux patients, constituent déjà une réserve de sens à l'intention de ces derniers pour qu'ils y logent leur souffrance (en adoptant, par exemple, le statut de malade que donne l'hôpital dès qu'on y entre). Le problème, c'est que les médecins, notamment les somaticiens, proposent aux patients un discours très technique qui est sans signification pour eux, donc pas susceptible d'être un espace sémiotique capable de produire des équivalences, des substitutions à l'expérience du symptôme. Il nous semble qu'en 1949 Lévi-Strauss en avait déjà l'intuition en montrant que l'efficacité symbolique pouvait se vérifier dans la psychanalyse mais certainement pas dans la médecine moderne, ou avec difficulté :

« (...) la relation entre microbe et maladie est extérieure à l'esprit du patient, c'est une relation de cause à effet ; tandis que la relation entre monstre et maladie est intérieure à ce même esprit, conscient ou inconscient : c'est une relation de symbole à chose symbolisée ou, pour employer le vocabulaire des linguistes, de signifiant à signifié »³⁵⁷.

Cette remarque est capitale et nous reviendrons largement sur elle puisque on y perçoit la tension propre aujourd'hui aux urgences hospitalières qui sépare – sans vraiment opposer, on le verra – ce qui est de l'ordre de la science (recherche des causes organiques) et ce qui est de l'ordre de la signification dans la médecine. Aux urgences, cohabitent une médecine relationnelle et une médecine technicienne. Nous aurons à préciser les modalités de cette cohabitation qui signaleront encore le lien entre clinique et politique. Nous pensons en effet que dans la forme de la clinique menée à l'hôpital se manifeste une manière de construire le contrat social.

³⁵⁶ *Ibid.*, p.226

³⁵⁷ *Ibid.*, p.226

Avant d'illustrer cela à partir de notre expérience ethnographique, attardons-nous un peu sur le texte de Lacan qui essaie de dire la place du mythe dans la perspective psychanalytique. Ce qui est intéressant, c'est que le mythe y a une fonction comparable à ce qu'en dit Lévi-Strauss qui est de suppléer, par l'imaginaire, à quelque chose d'informulable pour le rendre acceptable. A ce titre, une formule de Lacan est très proche de celle de Lévi-Strauss que nous avons citée plus haut. Lacan commente un épisode de la vie de Goethe où celui-ci cherche à séduire une jeune femme, Frédérique Brion, alors qu'il ressent, depuis une histoire ancienne, un interdit à mettre en œuvre toute entreprise amoureuse. Il s'agit d'un conflit psychique qui met en tension un désir et un interdit. Ainsi, quand Goethe se rend au village de la jeune fille, il développe une sorte de symptôme puisqu'il ne peut s'empêcher de se déguiser. Il brave ainsi son interdit d'aller courtiser la jeune femme en se cachant derrière un masque. Mais en même temps, nous dit Lacan, il accomplit quelque chose de la séduction puisque, déguisé, Goethe est comme un oiseau en parade. Lacan explique alors que Goethe ne manque pas d'une imagination, qui frise parfois le délire, pour justifier (et se justifier à lui-même) qu'il se déguise. Le déguisement permet au jeune Goethe de ne pas être confronté à ce qui l'effraie tout en s'expliquant quand même par un mythe les bizarreries de ce qu'il fait. Lacan explique que le propre de la névrose est de mettre un mythe à la place de ce qui ne peut pas se dire : « *Goethe a eu conscience qu'il avait le droit d'organiser et d'harmoniser ses souvenirs avec des fictions qui en comblent les lacunes, qu'il n'avait sans doute pas le pouvoir de combler autrement* »³⁵⁸. On retrouve bien ici le propos de Lévi-Strauss : le mythe est une fiction mais il constitue une trame imaginaire instituante qui ordonne ce qui ne peut se formuler autrement (passage au symbolique). Il est un langage articulé où situer le signifiant seul (sans signifié) de l'angoisse issue du conflit psychique.

Le parallélisme avec le texte sur l'efficacité symbolique se poursuit quand Lacan insiste sur la fonction de *substitution* du mythe. Goethe remplace son inavouable angoisse de la rencontre amoureuse – liée à une parole entendue lorsqu'il était plus jeune et qui lui promettait une malédiction s'il touchait aux lèvres d'une femme – par les fictions autour du déguisement qui empêchent la rencontre effective :

« Loin que le désenchantement, le désensorcellement de la malédiction originelle se soit produit après que Goethe eut osé franchir la barrière, on s'aperçoit au contraire par toutes sortes de formes substitutives (...) que ses craintes ont toujours été croissantes à l'égard de cet amour. »³⁵⁹.

Pour Lacan, la construction du mythe individuel par le névrosé sert la névrose, en quelque sorte, car il occupe dans l'économie de la névrose une fonction qui est celle de l'arbitrage entre désir et interdit :

« (...) toute la cérémonie de sa dérobade [de Goethe] apparaît en vérité non seulement comme un jeu, mais beaucoup plus profondément comme une précaution, et se range dans le registre de ce que j'appelais tout à l'heure le dédoublement de la fonction personnelle du sujet dans les formations mythiques du névrosé »³⁶⁰.

Précisions que Lacan ne cherche pas à dire qu'il faudrait, dans la psychanalyse, faire tomber les constructions mythiques du névrosé. Au contraire, il s'agit de conserver cette fonction

³⁵⁸ LACAN, Jacques. *Le mythe individuel du névrosé : poésie et vérité dans la névrose* [1952]. Seuil, 2007. Coll. « Champ Freudien », p.41

³⁵⁹ *Ibid.*, p.42

³⁶⁰ *Ibid.*, p.42

essentielle du mythe dans l'économie psychique mais faire qu'il puisse se déplacer, en termes signifiants, pour que l'histoire que se raconte le sujet pour donner du sens à ses conflits psychiques soit moins source d'inhibitions. Contrairement au comportementalisme, la psychanalyse ne cherche pas à effacer le symptôme, mais bien plutôt à en comprendre la logique (signifiante, métaphorique) et la fonction psychique pour le sujet qui doit savoir y lire le discours inconscient qui le traverse. Les psychanalystes nous apprennent ainsi que faire disparaître le symptôme, c'est bien souvent mettre le réel à ciel ouvert et provoquer un retour de l'angoisse.

Malgré ces similitudes, il y a pourtant des différences essentielles que nous pouvons entrevoir entre chamanisme et psychanalyse. D'abord, on pourrait se dire que la cure psychanalytique concerne le psychisme alors que la cure chamanique cherche à résoudre un problème somatique. Mais ce serait faire fausse route que d'établir cette distinction car, d'une part, il arrive souvent qu'un conflit psychique se traduise dans le corps (dans les cas de conversion hystérique, par exemple) et, d'autre part, dans la cure chamanique, la souffrance corporelle diminue grâce à une opération symbolique dont Lévi-Strauss affirme qu'elle se produit dans « *l'esprit* » de la malade avant de se traduire et d'avoir un effet somatique.

Les points de divergence entre les deux modèles de cure résident dans deux autres points. Le premier est que dans le cas de la psychanalyse, le mythe dont il est question est individuel, c'est-à-dire qu'il vaut pour le cas et le cas seul ; dans le cas de la cure chamanique, le mythe est social et vaut pour la parturiente mais aussi pour tous les membres de la communauté. C'est ce que résume Lévi-Strauss : « *Dans un cas, c'est un mythe individuel que le malade construit à l'aide d'éléments tirés de son passé ; dans l'autre, c'est un mythe social, que le malade reçoit de l'extérieur et qui ne correspond pas à un état personnel ancien* »³⁶¹. Dans cette citation, Lévi-Strauss ajoute la seconde différence qui est que dans l'analyse, le producteur du mythe est le patient et que dans le chamanisme, le chaman est l'*orateur* du mythe. Dans un cas, c'est le sujet qui parle, dans l'autre, c'est le chaman. Le chaman ne produit pas à proprement parler le mythe, il propose un récit qui cimentent le social. Ce récit, en tant que mythe, a la particularité d'être assez malléable pour accueillir des identifications de la part de la malade. Il est à la fois assez rigide pour parler à tous, tout en étant assez souple pour pouvoir correspondre aux souffrances de la malade et être susceptible de les symboliser. En fait, on pourrait faire l'hypothèse que le chaman, comme orateur d'un mythe social, joue un rôle qu'on identifierait comme celui du coryphée dans la tragédie antique. Nous testerons cette hypothèse dans le chapitre suivant.

Sans doute y a-t-il une autre divergence encore entre chamanisme et psychanalyse qui est la question du temps. Cela est primordial à considérer dans la perspective de l'analogie avec l'urgence. La parole chamanique s'exprime dans le temps court du présent de la souffrance, tandis que la parole analytique s'inscrit dans un temps long, celui de la cure. On retrouve ici la dialectique entre temps court et temps long qui traverse la psychiatrie d'urgence.

Nous avons donc là deux pôles intéressants pour interpréter la nature de la relation thérapeutique telle qu'elle se manifeste dans les entretiens de psychiatrie aux urgences. Comme nous l'annonçons plus haut, nous pensons que la clinique de la psychiatrie d'urgence se situe à mi-chemin entre cure chamanique et cure psychanalytique, si l'on prend le critère de l'identité du locuteur (sujet ou soignant) et celui du temps (dialectique entre présent et longue durée). Nous proposons une illustration à partir de deux cas que nous avons déjà évoqués.

³⁶¹ LÉVI-STRAUSS, Claude. « L'efficacité symbolique » [1949]. In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958].

Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora », p. 228

Dans la prise en charge de Monsieur C. (*fragment clinique 10*), la relation thérapeutique s'est nouée d'abord sur le modèle psychanalytique avant de se rapprocher du modèle chamanique. En effet, tout le début de la prise en charge invite Monsieur C. et ses parents à replacer la crise délirante du patient dans la mythologie familiale. Malgré le temps court de l'urgence, le récit du patient et celui de ses parents laissent apparaître une histoire hautement singulière que la psychiatre écoute avec attention, en intervenant peu, pour repérer les conflits psychiques à l'œuvre dans la crise de Monsieur C. On apprend ainsi la relation fusionnelle, presque œdipienne, du fils avec la mère, la relation du patient avec sa grand-mère, morte au domicile familial, la place d'une autre femme, la tante du patient, qui lui aurait permis de « *tout comprendre de ses origines* », enfin une défaillance de la figure du père qui inquiète le patient. Dans le deuxième temps de la prise en charge, la psychiatre va cette fois prendre la parole et parler au nom de la société, comme dans le modèle chamanique, en proposant des solutions au patient. En vérité, et nous avons vérifié cela quasiment systématiquement lors de nos observations, la psychiatre va présenter ce qu'une hospitalisation, quand elle est nécessaire, ou une solution en ambulatoire, sont susceptibles d'apporter au patient. C'est un discours dans lequel le psychiatre, représentant de l'institution hospitalière, propose une place au sujet souffrant. Il s'agit d'intégrer le patient en détresse dans des parcours de soin qui lui donnent un statut et où il puisse être reconnu et entendu par la société, en s'extrayant de ce qui le fait apparaître comme fou, comme dans le cas de Monsieur C. En d'autres termes, et pour reprendre ce que nous disions sur la cure chamanique, il s'agit de socialiser le trouble du patient. C'est en cela que la clinique aux urgences a une dimension politique car elle ne se contente pas de recueillir un mythe personnel ou une mythologie familiale qui singularisent le sujet à l'extrême et qui, comme tels, ne sont pas acceptables pour la société, mais elle tente de faire correspondre les coordonnées de ce mythe à ce qu'autorise le collectif (à une sorte de mythe social³⁶²). Ainsi, Monsieur C. sera hospitalisé à la demande d'un tiers. Ce tiers sera son père, ce qui permet de répondre à la mythologie familiale du père défaillant en redonnant un rôle à celui-ci, tout en s'accordant aux formes que peuvent prendre, aujourd'hui, l'accueil et la reconnaissance de la folie, dans une sorte de mythe social où s'organise, pour tous, le rapport entre la folie et la société.

Dans le cas de Monsieur A (*fragment clinique 11*), il ne s'agit pas de folie, mais d'errance. En déployant son histoire singulière, encore une fois organisée sous forme de mythe individuel – solitude et errance engendrées par des marginalisations successives du patient et renforcées par la mort récente de sa mère –, le patient demande à la psychiatre de lui « *trouver une maison* », ce qui serait susceptible, selon lui, de répondre à sa détresse. Attentive au discours du patient, la psychiatre lui répond, en activant, en quelque sorte, un mythe social sur l'hôpital, qu'elle n'est pas assistante sociale, mais qu'elle peut lui proposer une hospitalisation en psychiatrie qui est faite pour les sujets en détresse psychique comme Monsieur A. et qui présenterait le bénéfice secondaire de lui offrir temporairement un toit... Là encore, on voit comment on se situe entre modèle de la psychanalyse et modèle chamanique, puisque la solution envisagée pour le patient est un *compromis* entre la réalisation du mythe individuel, entre la nécessité d'être au plus près de la logique subjective du patient, et la possibilité qu'il s'intègre dans des schémas institutionnels préétablis dont

³⁶² On pourra reprocher à cette démarche que nous inspire Lévi-Strauss de ne pas bien distinguer le symbolique et l'imaginaire. En fait, peut-être que pour l'anthropologie, cette distinction n'a pas vraiment de sens ; nous y reviendrons ultérieurement.

le psychiatre se fait le porte-parole³⁶³ en mythifiant toujours plus ou moins l'hôpital comme institution salvatrice et politique.

L'efficacité symbolique comporte encore d'autres spécificités qui sont utiles à la compréhension et à l'analyse de la psychiatrie d'urgence. C'est ce que nous allons voir maintenant.

2. Au cœur des urgences et de l'efficacité symbolique : l'articulation des ordres biologique, psychique et politique

Si nous avons été autant intéressé par la notion d'efficacité symbolique, c'est parce qu'elle donne une vision de la relation thérapeutique et du soin qui prend en compte, en les embrassant en même temps, les aspects biologiques, psychiques et sociaux de la souffrance. Or, il arrive très souvent aux urgences du pavillon N que les patients présentent des pathologies aux formes multiples qui affectent chacun de ces ordres. En effet, la précarité qui caractérise les patients des urgences s'établit sur plusieurs plans : celui du corps, celui du psychisme et celui de la sociabilité. L'exemple extrême serait celui du clochard décrit par Patrick Declerck dans son ouvrage mémorable, *Les Naufragés*³⁶⁴, mais nous en avons aussi dans notre journal. Madame G. (*observation 7*) fait ainsi partie de ces patientes précaires en tout sens : elle a un pied gonflé qui peut inquiéter sur le plan somatique, elle est toxicomane et elle se clochardise. Le cas d'Hector, évoqué dans le chapitre précédent, entre aussi dans cette catégorie de patients où l'on s'aperçoit que son trouble *psychique* (paranoïa), qui l'isole *socialement*, a été présenté aux urgences à partir d'une plainte *somatique* (maux de l'appareil digestif).

Les exemples sont multiples qui suggèrent qu'aux urgences, les patients viennent témoigner d'une souffrance qui a des résonances sur plusieurs versants. C'est cette observation qui nous amène à penser que *les recours aux urgences expriment une attente de l'efficacité symbolique*. La suite de notre propos consistera ainsi à se demander si l'hôpital contemporain est mesure d'apporter une réponse à cette attente. Ce constat concerne évidemment les urgences médicales et psychiatriques puisque, dans le cas des urgences chirurgicales, le spectacle du corps blessé fait office de demande. Le patient n'a pas besoin de dire ce qui l'amène, il n'est pas en demeure de devoir justifier son recours. Du sang qui coule appelle automatiquement une opération de suture. Au pavillon N, en revanche, lors de la rencontre avec l'infirmier d'accueil, le patient doit donner une formulation de ses symptômes qui, souvent, sont une énigme pour lui, une source d'angoisse, le témoignage inquiet d'une précarité à plusieurs visages. Il s'agit parfois d'une douleur diffuse qui témoigne d'une souffrance qui va au-delà de la manifestation somatique du symptôme. Ainsi, Hector a mal à l'estomac pour dire qu'il est déprimé et se sent dans l'isolement social. Mme G. présente son entorse comme argument premier de son recours mais cherche une forme d'asile aux urgences, exprime un désir de lien, exige une place dans la sociabilité. Comme dans le cas de la parturiente et du chaman, la prise en charge attendue par le patient est celle qui consistera à donner une réponse et une cohérence, dans un même discours, aux ramifications biologiques, psychiques et sociales de la souffrance :

« l'efficacité symbolique consisterait précisément dans cette « propriété inductrice » que posséderaient, les unes par rapport aux autres, des structures formellement homologues pouvant s'édifier, avec des matériaux différents,

³⁶³ Tout comme le chaman énonce un mythe valable pour tous mais qu'il rend malléable au gré des caractéristiques des souffrances des malades.

³⁶⁴ DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche ».

aux différents étages du vivant : processus organique, psychisme inconscient, pensée réfléchie »³⁶⁵.

Nous pourrions ici ajouter un quatrième terme à l'énumération de Lévi-Strauss, celui de l'appartenance ou de la sociabilité puisque lui-même évoquait le fait que l'efficacité symbolique consiste aussi en une socialisation ou en une humanisation du trouble en tant qu'il peut s'expliquer par un mythe valable pour tous³⁶⁶.

Au fond, l'efficacité symbolique serait la forme que revêt la relation thérapeutique quand elle permet de rassembler et de mettre en cohérence, par la parole et la communication, les différentes facettes de la souffrance des sujets, à l'opposé de la logique techniciste de la médecine qui cherche, quasiment dans un schéma inverse, à segmenter la souffrance en dysfonctionnements organiques, comme si le sujet humain se réduisait à un corps-automate à « réparer ». Une telle vision revient à oublier que, pour chaque sujet, même son corps, pourtant constitué de chair, a une dimension symbolique. Comme le montre Lacan, depuis le stade du miroir, le sujet humain dispose d'une représentation de son corps comme unité, comme support de son identité. Ainsi, toute affection corporelle, aussi simple que la douleur, interroge l'identité du sujet et son rapport à l'autre. En effet, le regard de l'autre (une autre version du miroir) constitue mon corps en tant que support de mon identité que je lui donne à voir. Dans la rencontre au hasard dans l'espace public, c'est bien mon corps qui constitue, pour l'autre, le premier support de mon identité. C'est ainsi que si la souffrance a une dimension intime, impartageable, elle a toujours *aussi* une dimension sociale voire politique. Quand je souffre d'une rage de dents, je n'ai pas les mots pour dire ma douleur, je suis contraint de gémir, crier ou me taire. Je vis une expérience réelle. Mais, dans le même temps, je ne peux m'empêcher de penser que ceux qui ne vivent pas ma douleur sont les plus heureux des hommes et qu'ils l'ignorent. Cet exemple trivial indique bien comment le lien social est interrogé dans la douleur, sans doute parce que cette douleur, cette chair qui se rebelle, vient faire un trou dans la gangue symbolique qui m'a été originellement donné par l'Autre, qui organise la perception de mon corps et que je dois maintenant reconfigurer pour intégrer cette manifestation réelle inquiétante, angoissante. Aux urgences, les demandes dites « poly-pathologiques », comme celles que nous avons évoquées, sont traversées par cette inquiétude globale : c'est en cela qu'il nous semble que l'efficacité symbolique est en mesure d'être la réponse adéquate. Les psychiatres semblent parfois les seuls soignants à même de mettre cette réponse en œuvre en acceptant une lecture multifocale du symptôme. Notons que les psychiatres ont cette particularité d'avoir été formés, dans leur cursus, à la fois à la médecine somatique et à la clinique psychiatrique. Au fond, leur parcours les amène à opérer une synthèse entre logique biomédicale et logique psychopathologique dans la construction de leur regard clinique. La synthèse peut alors avoir plusieurs visages. Quand la logique biomédicale l'a « emporté », la psychiatrie prend le visage de la neurobiologie : le symptôme psychique est appréhendé comme un dysfonctionnement neuronal. Quand c'est la logique psychopathologique qui l'a « emporté », la psychiatrie prend un autre visage, elle est susceptible de mettre en œuvre l'efficacité symbolique en percevant des correspondances psychiques aux événements du corps (psychosomatique).

David Le Breton, dans son approche anthropologique de la douleur, montre bien cette double dimension à la fois intime et sociale de la douleur. Au fond, « douleur » est un terme qui qualifie assez bien les recours aux urgences en ce qu'il peut désigner un affect

³⁶⁵ LEVI-STRAUSS, Claude, « L'efficacité Symbolique », *op. cit.*

³⁶⁶ L'accouchement difficile n'est que la manifestation du combat entre des esprits qui appartiennent aux représentations du monde de la société à laquelle appartient la parturiente.

qui concerne le corps ou le psychisme et, surtout, parce qu'il est assez flottant, flou, et que les urgences hospitalières ont précisément pour fonction institutionnelle de recevoir les demandes dites « non-programmées », c'est-à-dire celle qui nécessitent une interprétation ou un décryptage avant d'être orientées vers les services de spécialités. Ce qui amène un patient aux urgences médicales et psychiatriques, c'est la douleur, une douleur, qui n'est pas supportable parce qu'elle fait souffrir et/ou angoisse. On sort du service d'urgence dès lors que la douleur a disparu pour laisser place à la nomination précise d'un symptôme. Or, c'est ce passage entre douleur et nomination que nous nous proposons d'observer ici. C'est en effet dans ce chemin que trouve à s'intercaler, ou pas, l'efficacité symbolique qui fera que la nomination du symptôme aura eu un effet de soulagement pour le patient – comme quand le chaman dit le mythe, nomme la douleur par le mythe – et ne sera pas seulement une objectivation de la souffrance à l'unique usage de l'institution hospitalière pour tarifier un acte ou décider d'une orientation vers tel ou tel service.

Le Breton explique bien que certains patients entrent en conflit avec les médecins quand ceux-ci se refusent à reconnaître leur douleur et s'occupent seulement à nommer la maladie pour eux-mêmes, comme si le patient n'était pas concerné :

« Dans l'expérience médicale, le patient est parfois le gêneur qui empêche le tranquille tête-à-tête avec la maladie ou la lésion. (...) Le monopole médical de dire la vérité ou l'illusion du mal est un motif de conflit avec le malade sidéré de l'indifférence du praticien envers son ressenti et de la mise en doute de sa parole »³⁶⁷.

La revendication du patient relatée par Le Breton nous semble être ce que nous avons perçu de l'attente de l'efficacité symbolique aux urgences : le patient cherche à être inclus, lors de l'accueil de sa souffrance, dans le système symbolique du médecin. Le patient attend de partager des références communes avec celui-ci. En effet, selon ce que nous montre l'efficacité symbolique, c'est ce partage qui peut permettre au patient de faire reconnaître sa souffrance, plutôt qu'il continue à se sentir isolé dans l'expérience du présent de celle-ci. Dans le chamanisme, la parturiente et le chaman partagent une représentation commune du corps et de la maladie, ce qui n'est pas le cas dans l'exemple de l'auscultation *silencieuse* mise en œuvre par la médecine contemporaine. Aussi, ce que dit Le Breton, c'est qu'il y a dans la demande au médecin toujours un au-delà du symptôme qui problématise ce symptôme psychiquement et politiquement (en ce qu'il est une interrogation du contrat social, le signe d'un mal-être dans le collectif). C'est ainsi que l'auteur précise sa pensée : « *La douleur communique une information, non seulement sur l'état physique ou moral de l'individu, mais aussi sur l'état de ses relations avec les autres, et surtout avec les autres intériorisés à la manière d'une histoire enfouie* »³⁶⁸. Il nous semble trouver dans ces mots une métaphore assez juste de ce qui peut désigner les recours aux urgences médicales et psychiatriques. Le Breton pointe bien les trois dimensions de la prise en charge : somatique, psychique et politique. Son propos a aussi le mérite d'inscrire la relation thérapeutique dans la communication en faisant de la douleur une *information* qui s'interprète sur *plusieurs plans*, ce qui continue d'inscrire nos élaborations théoriques dans le champ des SIC : tenter de repérer les moments où se produit l'efficacité symbolique dans la relation thérapeutique, c'est nécessairement envisager le soin en termes de communication ; c'est accepter que le soin s'effectue dans et par la communication. C'est encore ce que nous confirme Le Breton : « *Toute douleur engage une mise en cause du rapport au monde de l'individu. (...)*

³⁶⁷ LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié, 1995, p.53

³⁶⁸ Ibid., p.55

*Jamais purement physiologique, elle relève d'une symbolique. Elle est éprouvée et évaluée, intégrée en termes de signification et de valeur »*³⁶⁹. Cela témoigne de la possibilité d'une rencontre heureuse entre sémiotique et anthropologie sur laquelle nous reviendrons plus loin car elle fait une des spécificités de notre thèse qui, cherchant à observer la place du sens et de la communication dans la relation soignante aux urgences, se propose de dévoiler les tensions qui traversent l'hôpital contemporain en montrant que les orientations cliniques sont aussi des choix politiques.

3. Les conditions d'applicabilité de l'efficacité symbolique : comprendre le retour incessant des patients aux urgences comme des cas d'échec ou d'attente de l'efficacité symbolique

Jusqu'ici, nous avons montré qu'il était possible de produire des analogies entre le modèle de la cure chamanique et les formes que peuvent prendre la relation thérapeutique ou les demandes aux urgences. Nous avons fait l'hypothèse selon laquelle la psychiatrie d'urgence *tend*, sans s'y identifier complètement, vers un modèle clinique *proche* du chamanisme. En cela, le soin psychiatrique, aux urgences, consiste, *en partie*, à mettre en œuvre l'efficacité symbolique ou, en tous cas, *une forme* d'efficacité symbolique. Les demandes, quant à elles, sont, *en partie*, des cas d'attente de l'efficacité symbolique.

Les termes que nous avons soulignés sont là pour indiquer que la psychiatrie d'urgence tend asymptotiquement vers le modèle de la cure chamanique, sans jamais s'y réduire. Ainsi, pour filer la métaphore de la courbe asymptotique, disons que toutes les situations d'urgence ne se ressemblent pas et que, par conséquent, certaines situations permettent la mise en œuvre de l'efficacité symbolique tandis que d'autres ne l'autorisent pas et qu'encore d'autres n'y parviennent que partiellement. C'est que, comme toute notion d'efficacité, la notion d'efficacité symbolique est soumise à des conditions d'applicabilité, de fonctionnement. Elle ne « réussit » pas à tous les coups, précisément parce qu'elle s'institue dans le champ du symbolique, du sens, et pas de la cause³⁷⁰. Plusieurs facteurs, de plusieurs ordres, interviennent ainsi pour concourir à une possible mise en œuvre de l'efficacité symbolique.

En réfléchissant aux conditions d'applicabilité de la notion d'efficacité symbolique, nous souhaitons montrer quel usage nous souhaitons en faire. L'usage abusif et simpliste de la notion serait de se contenter d'une identification totale de notre phénomène avec celui expliqué par Lévi-Strauss. En fait, c'est la *parenté* du chamanisme avec la psychiatrie d'urgence et, en même temps, l'*irréductibilité* de l'un à l'autre, qui nous permettent d'entrevoir l'usage heuristique qu'on peut faire de l'efficacité symbolique. La notion doit nous servir d'instrument de mesure, en quelque sorte. Quand, dans notre expérience ethnographique de l'urgence, nous sommes-nous approché d'un cas d'efficacité symbolique ? Pourquoi ? Pourquoi, lors de cet entretien-là, l'efficacité symbolique n'a-t-elle pu être que partiellement mise en œuvre ? Quelle forme clinique a-t-elle été privilégiée, dans cette situation-là, pour s'éloigner d'une possibilité de mettre en œuvre l'efficacité symbolique ? Ces questions, en faisant de l'efficacité symbolique un horizon à atteindre, en quelque sorte, permettent de mesurer en quoi le soin a correspondu, suivant les cas, à la mise en œuvre d'une médiation et/ou d'un acte technique. Il y a en effet des situations, aux urgences, où tout le soin *est* la relation thérapeutique (en tant que relation

³⁶⁹ Ibid., p.13-14

³⁷⁰ Où les mêmes causes produisent les mêmes effets. Dans le champ du sens, c'est la logique de l'interprétation qui est à l'œuvre, où rien n'est jamais assuré.

de communication), d'autres où tout le soin est un acte technique et d'autres encore, sans doute les plus nombreuses, où le geste technique s'*accompagne*, simultanément ou de manière séquencée, de la construction d'une relation médecin/patient qui contribue, en elle-même, à l'allègement de la souffrance du patient. Ainsi, notre usage de la notion d'efficacité symbolique est d'abord méthodologique puisqu'elle est une des grilles de lecture, parmi d'autres, avec lesquelles nous souhaitons revenir sur notre expérience ethnographique pour l'analyser. Cette notion, à terme, nous permettra de penser la ligne de partage entre deux logiques d'accueil de la détresse à l'hôpital, qui privilégient l'une l'efficacité technique, l'autre l'efficacité symbolique. Essayons, pour l'instant, d'énoncer les conditions d'applicabilité de la notion d'efficacité symbolique en règle générale et, en particulier, au cas de l'urgence médicale et psychiatrique telle que nous en avons fait l'expérience.

Le cas de la parturiente nous enseigne que l'efficacité symbolique fonctionne dans des conditions très précises que l'on ne peut retrouver que partiellement dans l'accueil des situations d'urgence à l'hôpital.

Mais avant d'observer ces conditions, nous devons formuler une remarque importante sans quoi nous courons le risque que tomber dans un piège théorique : à vouloir chercher des formes d'efficacité symbolique dans l'urgence, nous n'affirmons pas que la médecine moderne ne serait qu'une forme de magie. Cela reviendrait à appliquer une notion sans prendre en compte le terrain spécifique – les sociétés traditionnelles – dans lequel elle a été élaborée. Notre logique est de retrouver, pourquoi pas, des traits de la magie, mais sûrement pas de dire que l'urgence psychiatrique est un cas de magie. C'est même le constat de la nécessité de mettre à jour la notion d'efficacité symbolique qui nous permettra de produire des interprétations intéressantes. Ainsi, si l'on peut dire aisément, en s'appuyant sur l'anthropologie médicale, que toute affection somatique a des résonances dans le psychisme et l'existence sociale du sujet, cela n'autorise pas à dire, en interprétant hâtivement cette proposition, que le soin doit s'effectuer seulement dans le registre symbolique. On oublierait la dualité du corps fait de matière, de chair, de pulsions et de symboles (puisque'il est, aussi, une image, une représentation de soi). Ainsi, dans la perspective où tout ne serait que symbole, le médecin ne traiterait qu'une partie de la souffrance, c'est-à-dire ce qui « fait trou » dans le sens, pour le sujet, à partir de la manifestation inconnue qui se produit dans son corps. Une telle proposition pourrait aboutir à affirmer, en la lisant à l'envers, que toutes les affections sont psychosomatiques ou que tous les patients sont des malades imaginaires. Il y a pourtant des maladies qui viennent agresser l'organisme de l'extérieur (microbes, virus, etc.), ou qui sont endogènes mais physiologiques (cancer), qui mettent le malade en danger de mort et pour lesquelles la biomédecine est la plus adaptée, même si l'élaboration de la signification de son mal par le patient, à l'aide du médecin, est essentielle. On comprend à travers cet exemple combien la notion d'efficacité symbolique est donc à manier avec précaution, la première étant de comprendre quel type de souffrance elle tend à faire disparaître, et dans quel contexte précis.

Avant d'énumérer les conditions d'applicabilité de l'efficacité symbolique, apportons encore une précision à notre démarche méthodologique. On pourrait se dire : à quoi bon s'intéresser à l'efficacité symbolique, qui problématise tant le rapport du sujet humain à son corps, alors que l'urgence psychiatrique renvoie au psychisme ? D'abord, on l'a vu, l'efficacité symbolique s'intéresse au corps, mais en tant que ce qui arrive à ce corps est passé au tamis de l'interprétation : dans le discours de l'institution, dans les élaborations psychiques du sujet. Ensuite, la psychanalyse nous enseigne que le corps est toujours présent dans le psychisme, même si c'est en tant que place vide, ce que Lacan appelle le réel. Les formations de l'inconscient sont des manières de traiter le fait que le langage a

produit, dès notre naissance, une morsure sur le corps. Le langage est ce qui nous sépare de l'objet, ce qui introduit une distance, une incomplétude, une impossibilité à être satisfait par l'objet : c'est, sous forme paradigmatique pour la psychanalyse, l'appel à la mère qui vient à la place du manque de l'objet sein. Aussi, Lacan nous apprend que l'angoisse est « *l'affect qui ne trompe pas* » et qui suscite bien des formations psychiques. Le sujet se défend de l'angoisse, qui est un événement de corps « *désarrimé* » du signifiant³⁷¹, par des formations substitutives comme la phobie³⁷². Ainsi, le psychisme répond par du symbolique (la peur du cheval comme métaphore de l'angoisse de castration du Petit Hans) à ce qui est de l'ordre de l'affect, donc du corps qui subsiste voilé ou comme trou dans le symbolique. Enfin, notre dernier argument concerne les propriétés de notre terrain qui est un service d'urgence mixte : médicale et psychiatrique, où les problèmes du corps et les problèmes du psychisme sont accueillis, dans le début de la prise en charge, indifféremment, puis de manière enchevêtrée, ce qui fait bien penser à l'enchevêtrement entre corps et psychisme de l'efficacité symbolique.

On peut désormais dire à quoi est susceptible de s'appliquer l'efficacité symbolique et à quelles conditions.

La première condition est sans doute celle qui concerne la nature du symptôme. Selon nos raisonnements précédents, il *peut* y avoir mise en œuvre de l'efficacité symbolique si le soin s'attache à la guérison d'un symptôme généré par le malade lui-même. C'est ici que l'on rejoint la psychanalyse et c'est aussi dans cette mesure que certains patients des urgences relèvent de ce type de clinique qui se joue dans le transfert avec le médecin, dans la rencontre, la relation instaurée avec celui-ci.

L'efficacité symbolique intervient aussi et est susceptible de fonctionner pour tout ce qui, dans la pathologie, fait figure d'événement réel, de trou dans le sens, pour le sujet. Nous reviendrons sur ce point en analysant la manière dont Augé qualifie la maladie comme « *forme élémentaire de l'événement* ». Cela concerne spécifiquement les urgences car ce qui justifie le recours à ce type de service, ce n'est pas une connaissance, par le sujet, de la gravité de la pathologie qui l'atteint, mais bien plutôt le fait que le sujet ignore ce qui lui arrive. Le recours aux urgences, pour le patient, s'origine dans un non-sens et un non-savoir. Alors que les médecins attendent que des patients arrivent avec des affections graves, les patients ne sont pas en mesure d'arriver avec un « *je sais que c'est grave* », mais arrivent cependant toujours avec un « *je ne sais pas ce que c'est* ». Du fait de ce décalage, les urgentistes ont souvent le sentiment de faire de la « *bobologie* » : cette dévalorisation des recours des patients signifie que l'attente d'efficacité symbolique des patients n'est pas entendue puisque les soignants sont dans l'attente, de leur côté, de la mise en œuvre d'une médecine technique de pointe qui ne répond évidemment pas dans le champ du sens. Mais même pour un infarctus, pathologie susceptible de déclencher une action soignante technique, le patient est en attente de l'efficacité symbolique tout simplement parce qu'il cherchera à saisir le sens énigmatique de cet événement de corps qui a fait surgir la question de la mort. Un tel événement n'est pas sans reconfigurer la vie du sujet, son rapport au passé, à l'avenir, etc. Tout événement de corps institue une précarité psychique, voire sociale pour certaines pathologies. Les patients attendant aussi de la médecine qu'elle aide à répondre à la demande d'inscription de l'événement malheureux dans un tissu de sens.

³⁷¹ LACAN, Jacques. *Le séminaire*. Livre 10, *L'angoisse* [1962-1963]. Seuil, 2004. Coll. « Champ Freudien » : « [l'affect] est désarrimé, il s'en va à la dérive. On le trouve déplacé, fou, inversé, métabolisé, mais il n'est pas refoulé. Ce qui est refoulé, ce sont les signifiants qui l'amarrent », p.23.

³⁷² Cela est illustré chez Freud dans le cas du Petit Hans et repris dans « Inhibition, symptôme et angoisse ». In FREUD, Sigmund. *Œuvres complètes. Psychanalyse*. Tome 17, 1923-1925. PUF, 1992. Pages 203-286.

Enfin la dernière condition, et pas des moindres, pour que l'efficacité symbolique se réalise, est la nécessité, dans le soin, d'une référence au collectif ou à l'institution qui donne une dimension politique à la clinique. C'est sans doute cet aspect là qui fait le plus défaut à la mise en œuvre de l'efficacité symbolique dans notre société. Cependant, nous pensons que c'est à l'hôpital, et en particulier dans les services d'urgence, que cela est encore possible parce que l'institution, en tant qu'image et représentation, est fort présente dans le soin. Les urgences sont sans doute le lieu de l'hôpital où le politique s'exprime le plus manifestement. D'abord, les urgences sont le lieu de l'hôpital qui donne sur la rue, sur l'espace public, c'est donc souvent un lieu à travers lequel on se représente ce qu'est le soin à l'hôpital. On pourrait dire que les urgences sont la figure de proue ou encore une vitrine de l'hôpital. Ensuite, on le verra dans un chapitre ultérieur, les services d'urgence peuvent être conçus comme une scène de théâtre, de théâtre tragique, où se jouent, du côté des patients, les attentes vis-à-vis de l'institution hospitalière. Les acteurs seraient les médecins et les psychiatres auraient la fonction de coryphées. A travers ces mises en scènes se joue une mythification de l'hôpital ; or, Lévi-Strauss nous disait bien qu'une des conditions de réalisation de l'efficacité symbolique résidait dans cette possibilité du chaman d'être porteur d'un discours mythique sur le social. Enfin, les urgences sont un lieu où la référence au politique est très présente par les décisions de médecine légale qui s'y prennent certes à l'abri dans le bureau du psychiatre, mais qui sont données à voir, en fait, par la présence de représentants d'institutions multiples comme des policiers, des pompiers, des acteurs sociaux.

Ainsi, pour que l'efficacité symbolique fonctionne, il faut que soient réunies ces trois conditions : une forme de symptôme, une forme de clinique, et une référence au politique dans la clinique. Aux urgences, notamment dans l'intervention psychiatrique, ces conditions peuvent être réunies, pourtant, on observe de nombreux cas d'échecs³⁷³ – ou plutôt d'absence de mise en œuvre – de l'efficacité symbolique. Comment les expliquer ? Quelles conclusions tirer de ce constat pour mieux comprendre ce qui se déploie en termes de communication et en termes politiques dans la psychiatrie d'urgence ?

David Le Breton propose une première explication au fait que l'efficacité symbolique trouve de moins en moins, dans notre société, la possibilité de s'inscrire dans le soin. C'est au titre de ce mouvement d'évaporation que nous avons fait référence aux travaux de Lévi-Strauss dans cette thèse. En discutant, à partir de maintenant, de l'absence ou de la rareté de l'efficacité symbolique dans le soin, nous pourrions construire une analyse *critique*, à la fois communicationnelle et politique, de la psychiatrie d'urgence.

Au fond, David Le Breton souligne que c'est la précarité de la relation du sujet au collectif qui rend aujourd'hui difficile l'intégration du sens et du rapport à l'autre dans le soin. En se référant à ce qui existe dans les sociétés traditionnelles pour les comparer à la nôtre, Le Breton indique que dans celles-là « *les conceptions culturelles qui disent la réalité physique de la personne font la même matière de la chair de l'homme et de la chair du monde. Il y a une sorte de porosité de la personne au monde qui l'entoure, contrairement à l'individu occidental, clos dans son sentiment d'identité, bien délimité dans son corps* »³⁷⁴. Notre corps

³⁷³ On peut mesurer ces « échecs » ou insatisfactions de l'attente de l'efficacité symbolique par plusieurs éléments dont le principal est sans doute le retour récurrent de certains patients aux urgences. Si, souvent, ces patients reviennent en exprimant un symptôme différent de celui qu'ils avaient présenté la fois précédente, l'attention au récit qu'ils font de leur souffrance montre la constance du discours de désir de reconnaissance par le collectif dont le symptôme n'est qu'un appui métaphorique ou métonymique. C'est pour cela qu'il peut être déplacé ou remplacé à l'infini.

³⁷⁴ LE BRETON, David. « Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique ». In *Diogène*. 1991, n°153. Paris : Gallimard, p. 97

ne nous relie plus au monde et, par suite, au social, il est devenu la représentation qui nous en isole, qui nous individualise. De son côté, la médecine contemporaine construit le corps comme une matière expérimentale, comme un objet de recherche segmenté, contribuant à l'exclusion du corps d'un univers de sens partageable par le médecin et le patient de la même manière, même si le médecin dispose d'un savoir supplémentaire. Cela se passe différemment dans le champ de la psychiatrie car si le psychiatre dispose d'un jargon propre à sa discipline, en situation clinique, il s'efforce d'écouter la parole du patient et d'échanger, autant que possible, dans cette langue qui installe, comme le dit si poétiquement Lacan, la possibilité d'une « *fraternité discrète* »³⁷⁵ entre médecin et patient. Ce n'est qu'au titre de ce sentiment de fraternité, qui est une version du transfert articulé, en quelque sorte, au collectif – au fait qu'on partage quelque chose dans le symbolique – que l'efficacité symbolique trouve à siéger dans le soin aux urgences. Cette forme de lien social entre patient et médecin, qui s'appuie au moins sur l'illusion d'une compréhension mutuelle, donne à la clinique un caractère fondamentalement politique.

Au fond, on pourrait presque faire une lecture de l'état de notre contrat social à travers l'observation de la relation médecin / patient telle qu'elle s'instaure aujourd'hui aux urgences, c'est-à-dire, telle qu'elle s'instaure dans un moment où un sujet fait l'épreuve, de manière cruciale, de sa vulnérabilité et de sa précarité fondamentales. L'expérience de cette précarité renvoie le sujet à l'impérieuse nécessité du lien à l'autre, de la présence de l'autre, à la nécessité du collectif, mais il s'aperçoit d'un manque à cet endroit quand l'attente de reconnaissance, l'attente d'efficacité symbolique, qu'il nourrit à l'égard du médecin se solde par une technicisation du rapport au symptôme qui, fatalement, n'est pas en mesure d'intégrer sa parole. Cette expérience du patient d'être extrait, en tant que sujet parlant, de son symptôme, est un signe inquiétant de notre modernité : comme beaucoup d'autres versions du lien social, le lien thérapeutique est menacé de perdre, précisément, sa dimension sociale et politique au profit d'une dimension technique. Pensons, par exemple, aux usages contemporains du droit ou des nouvelles technologies qui technicisent le lien social au lieu de mettre en œuvre sa dimension politique de construction de l'identité collective³⁷⁶, du sentiment d'appartenance.

Ainsi, aux urgences, les patients arrivent avec un désir de lien qui est parfois, assez souvent, insatisfait. L'envers de ce désir de lien est un manque de sociabilité, la preuve d'un défaut dans le contrat social, en quelque sorte. C'est en cela que nous estimons que les urgences médicales et psychiatrique sont une sorte de laboratoire politique : dans un recours aux urgences, il y a urgence à redonner au sujet une place dans le collectif ou alors, autre façon de considérer le problème, tout aussi politique, il y a urgence à réélaborer une formule du contrat social qui ne convient plus à tous ces sujets qui affluent de plus en plus massivement aux urgences. Il faut élaborer une nouvelle formule du contrat social pour que ces sujets précaires refassent l'expérience du sentiment d'appartenance.

C'est donc à partir de la question de l'efficacité symbolique que nous voudrions alimenter la validité de cette hypothèse. En effet, si, dans le cas de la parturiente, l'efficacité symbolique fonctionne, c'est qu'est vérifiée la condition selon laquelle le mythe prononcé par le chaman doit valoir pour le collectif *et* pour le sujet en détresse. Si des sujets

³⁷⁵ LACAN, Jacques. « L'agressivité en psychanalyse » [1948], in *Écrits*. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien », p. 124.

³⁷⁶ Nous nous référons ici aux propos de Philippe Breton dans *l'Utopie de la communication* où l'auteur montre bien comment les nouvelles technologies ont pu nous faire oublier la fonction de contractualisation du conflit du droit. Mais on peut sans doute aller plus loin en faisant l'hypothèse que, quand on observe le mouvement de judiciarisation de la société, le droit, aujourd'hui, devient un instrument technique qui cherche à satisfaire l'intérêt individuel plutôt qu'à incarner, à chaque fois qu'il est actualisé dans une affaire, l'existence du collectif et du lien social.

reviennent de manière incessante aux urgences, avec un symptôme qui se déplace dans ses manifestations mais reste constant dans son contenu latent – qui est un désir de reconnaissance, une attente de signification du malheur –, c'est que le discours que leur propose l'institution pour leur donner une place, une réponse symbolique – en leur octroyant le statut de malade, par exemple – n'est pas susceptible de fournir des signifiants assez pertinents pour garantir l'expérience du sentiment d'appartenance. Lévi-Strauss nous dit que « *dans la cure chamanique, le médecin fournit le mythe, et la malade accomplit les opérations* ». Disons que parfois, aux urgences, les médecins fournissent un mythe (celui de la médecine scientifique, par exemple) qui ne permet pas aux patients d'accomplir les opérations signifiantes nécessaires pour se loger dans ce discours. Il n'y a pas d'équivalent possible entre l'énoncé scientifique d'une pathologie et l'expérience réelle du patient. Le patient et le médecin ne partagent pas la même langue. Ainsi, lors des recours aux urgences, les patients viennent interroger la langue de l'institution comme non susceptible de porter des significations. En cela, ils ont une exigence de reformulation du contrat social : il est en effet impossible que l'institution, censée porter une représentation pérenne du collectif, ne délivre pas un langage susceptible de construire la sociabilité. C'est en cela que nous disons que les services d'urgence sont un laboratoire politique, un lieu de contestation politique dont la manifestation passe par des symptômes qui font énigme pour l'institution dont on attend qu'elle les dénoue. A l'inverse du modèle chamanique, l'urgence hospitalière est aujourd'hui à la peine quand il s'agit de socialiser les troubles. Nous verrons plus bas, à travers quelques exemples de notre expérience ethnographique, comment la psychiatrie aux urgences parvient, justement, à relever le défi de la socialisation du trouble. Cette réflexion sur le langage de l'institution articulé au politique fait de l'urgence psychiatrique un objet précieux pour les sciences de l'information et de la communication.

Il y a une dernière condition au fonctionnement de l'efficacité symbolique dont nous n'avons pas parlé, c'est la liberté du sujet. Cela est important à évoquer dans la mesure où, aux urgences, il existe beaucoup de recours qui ne sont pas volontaires. L'efficacité symbolique aura d'autant plus de difficulté à se mettre en œuvre si le patient ne s'estime pas souffrant ni malade. Cela arrive souvent dans les cas de crise psychotiques – dont le cas de Monsieur C. est un exemple – où le patient est amené de force aux urgences. Le patient ne comprend pas pourquoi on l'amène à l'hôpital et se refuse à parler à un médecin. Le transfert sur le médecin et sur l'institution, dont nous avons parlé comme une condition *sine qua non* de mise en œuvre de l'efficacité symbolique, ne se réalise pas. Dans ces cas extrêmes d'impossibilité d'approche du symptôme par l'instauration de la relation thérapeutique, le soin, même pour la psychiatrie, s'extrait du symbolique pour s'appuyer sur des moyens réels mis à disposition que sont, d'une part la contention physique du patient et, d'autre part, les décisions de médecine légale (hospitalisation sous contrainte). Ainsi, pour poursuivre nos réflexions politiques sur la psychiatrie d'urgence, on peut dire que quand la psychiatrie met en œuvre un soin réel et non plus symbolique, elle rend compte du lieu où se situent la limite extrême de la sociabilité. Le contrat social n'est plus simplement heurté, appelé à se redéfinir ; le service d'urgence psychiatrique n'est plus un laboratoire politique où s'élaborent, pour les patients, des manières d'articuler leur désir de lien, leur manque de sociabilité, à des possibilités institutionnelles, même de manière précaire. Dans les cas extrêmes que nous évoquons, le sujet psychotique en crise incarne l'altérité absolue. Il met en œuvre un questionnement si violent de la norme sociale en termes de comportement et de discours que même le spécialiste de l'accueil du non-sens qu'est le psychiatre est contraint à la mise à l'écart de ce sujet pour, sans doute, que, lui-même, puisse préserver son identité, sa place et sa fonction dans le collectif.

Rassurons-nous cependant suite à ce tableau car la psychiatrie a largement changé de visage ces quarante dernières années. Ces fous qui ne sont pas en mesure d'avoir un moindre rapport à l'institution ni d'inventer un lien possible au psychiatre sont en fait peu nombreux. Il n'est pas rare qu'on puisse entendre un désir de lien dans le discours du fou aux urgences et que, d'une certaine manière, l'efficacité symbolique fonctionne. L'époque où le fou était enfermé à vie en hôpital psychiatrique ou totalement errant dans l'espace public est en effet sans doute révolue. La politique de sectorisation psychiatrique qui a permis de déplacer le soin psychiatrique dans la ville, au plus près de la vie quotidienne des patients, a sans doute contribué à donner aux patients à la fois plus de confiance dans l'institution – considérée comme moins punitive et autoritaire – et, en même temps, une meilleure connaissance de leur pathologie. Ces deux éléments – transfert sur l'institution et connaissance du symptôme comme production singulière – contribuent à rendre possible l'efficacité symbolique, soit un soin qui puisse avoir ses effets par la relation thérapeutique au-delà de la médication souvent nécessaire.

En fait, le discours et le comportement du fou s'avèrent souvent inacceptables pour la société lors d'une décompensation psychotique inaugurale, quand le sujet n'est connu d'aucun service de psychiatrie et ne connaît pas sa pathologie. Dans beaucoup d'autres cas, des patients psychotiques, sentant l'imminence d'une crise, recourent aux urgences pour trouver une voie d'hospitalisation rapide qui est une demande volontaire, une demande d'asile en quelque sorte, qui survient avant qu'ils aient à faire l'épreuve de l'exclusion dans ses modalités réelles et violentes (qui, dans ces rares occasions, peut rappeler les descriptions foucaaldiennes ou goffmaniennes de l'usage punitif de la psychiatrie).

Nous avons rencontré peu de psychotiques en crise au pavillon N, mais nous avons pu constater comment, si le psychiatre sait l'écouter, le discours du fou exprime aussi parfois un désir de lien, même si le sujet a été emmené de force aux urgences. Le cas de *l'observation 1* est sans doute le plus intéressant de ce point de vue. Albert³⁷⁷, en garde à vue, est amené au pavillon N par la police qui souhaite avoir un avis psychiatrique concernant ce sujet (le commissaire le soupçonne de « jouer au fou »). Alors qu'il est très agité avec les policiers, Albert se détend dès que le psychiatre demande qu'on lui enlève les menottes. En revêtant ainsi le statut de patient, Albert s'allonge sur son lit, ce qu'il refusait de faire auparavant et adresse quelques mots au psychiatre. Sa parole est hors-sens mais Albert y glisse deux signifiants qu'il répète avec récurrence : le psychiatre y entend le nom d'un service d'un hôpital psychiatrique lyonnais et le nom d'un médecin qui travaille dans ce service ! Le psychiatre donne alors une valeur de demande à ces propos insensés : il socialise le trouble du patient en l'intégrant dans le tissu institutionnel capable de l'accueillir. Une correspondance, qui apaise d'emblée le patient, est établie entre sa parole et le discours construit par l'hôpital psychiatrique qui nomme, avec des noms de fleur, pour le cas présent, ses unités de soin. Le nom de fleur qu'Albert prononçait sans cesse et qui le faisait passer pour fou, prend place dans un discours qui appartient au social mais qui n'était pas repéré par la police. Albert réintègrera son service de psychiatrie d'où il avait fugué, sans heurt ni violence³⁷⁸, parce qu'une opération symbolique, minime, précaire, a pu avoir lieu entre le psychiatre et lui-même.

³⁷⁷ Prénom fictif employé pour la commodité de la rédaction.

³⁷⁸ Albert se fera tout de même contenir, mais avec son accord : la contention est en effet une manière, quand elle est acceptée (voir demandée) par les patients psychotiques d'apaiser leur angoisse qui, chez les schizophrènes notamment, se traduit par un sentiment de morcellement du corps (auquel répond la contention, rassembleuse, dans ce cas, et en aucun cas punitive). Voir : *Santé mentale*. n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse, mars 2004

Nous renvoyons aussi au cas de Monsieur D. (*fragment clinique 3*). Ce patient a tout pour susciter son exclusion puisqu'il cumule un profil de délinquant avec une psychose schizophrénique. Il a été amené au service par la police car il trouble l'ordre public et présente un comportement étrange. Encore une fois, le psychiatre que j'accompagne, qui connaît le patient, va prendre au pied de la lettre sa demande. Celui-ci exige de « retrouver [son] Vinatier »³⁷⁹. On voit encore comment le patient, en se saisissant d'un signifiant qui appartient à l'institution, va éviter une hospitalisation trop violente et sera libéré de la police. Il va socialiser son trouble. On découvrira que Monsieur D. est en fugue de l'hôpital où il est hospitalisé sous contrainte. Le fait d'avoir le psychiatre comme interlocuteur pouvant entendre un désir de lien qui dépasse les faits sociaux décrits par la police a pu permettre au patient de formuler une demande pour qu'on lui donne, d'emblée, une place institutionnelle, plutôt que de le renvoyer à l'altérité absolue qu'il semblait manifester.

4. Contribution de la notion à une approche de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication

Nous souhaitons ici brièvement synthétiser l'apport de la notion d'efficacité symbolique dans la construction de notre approche de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication.

La remarque la plus essentielle est sans doute que cette notion ouvre une possibilité d'étude de la psychiatrie qui dégage celle-ci de tous les préjugés dont elle est imprégnée depuis un certain nombre d'études des années 70 qui la concevaient comme punitive. Rapprocher la psychiatrie d'urgence de l'efficacité symbolique est une posture théorique qui permet de l'alléger du pouvoir exorbitant qu'on lui prête pour considérer ce qu'elle déploie et construit dans le champ du symbolique. Il s'agit, alors, de se donner la possibilité d'observer la relation thérapeutique aux urgences psychiatriques comme mettant en œuvre des faits et des processus de communication qui permettent d'articuler, comme on l'a vu, la parole singulière au discours institutionnel. Sans cette approche par le symbolique et la communication, on ne se donnerait pas la possibilité de voir l'urgence psychiatrique comme une structure de médiation, comme un « laboratoire politique » ainsi que nous avons osé la qualifier. Une approche de la psychiatrie d'urgence en SIC, grâce à l'apport de l'anthropologie, permet d'envisager des rapports nouveaux entre la clinique et le politique. Si, dans les approches traditionnelles (d'inspiration foucauldienne ou goffmanienne) de la psychiatrie, la clinique est politique en tant qu'elle est instrument de pouvoir, dans notre approche, en revanche, la clinique est politique en ce qu'elle contribue, dans certaines conditions, à la structuration et à l'interrogation du contrat social, à l'élaboration de la médiation singulier / collectif. De plus, l'apport fondamental d'une approche en SIC est de pouvoir se rendre sensible et attentif à une construction de cette médiation au cas par cas, via l'observation de la mise en place de processus de signification : l'exemple, ci-dessus, de la transformation du signifiant de fleur en signifiant institutionnel, rend bien compte de l'opportunité de recréer du lien social là où il semblait perdu à jamais. L'intervention clinique, qui réinterprète le signifiant à travers un regard institutionnel, est ici politique car elle parie sur la possibilité d'une place du patient dans le collectif à partir d'une place de sa parole dans le discours institutionnel.

Au-delà, sur un plan épistémologique plus général, la rencontre de l'anthropologie et des sciences de l'information et de la communication, via la notion d'efficacité symbolique, nous semble féconde. En effet, l'exemple d'application heureuse qu'on peut en faire pour l'analyse de la relation thérapeutique aux urgences psychiatriques indique que les SIC

³⁷⁹ Le Vinatier est un grand hôpital psychiatrique lyonnais.

peuvent se saisir d'objets dont elles refoulent la possibilité qu'ils appartiennent à leur champ d'étude : nous pensons au manque et à l'énonciation dans la communication. L'efficacité symbolique est bien le processus social, qui se produit dans le *présent de l'énonciation*, et qui consiste à apporter, à un sujet, *un signifiant qui lui manque* pour faire l'expérience symbolique de son identité et de sa place dans le collectif. La recherche que nous proposons consiste ainsi à inviter les SIC à étudier les situations de communication qui donnent à voir la place du manque dans la communication, ce qui revient, *in fine*, à s'interroger sur la place du désir et de la catégorie du réel dans l'étude des faits de communication. Au fond, trop de travaux en SIC, en se limitant à l'étude des discours et des énoncés, c'est-à-dire de formes « mortes » de la communication, s'interdisent d'introduire la dimension vivante – et originaire, en somme – de la communication, à savoir l'expérience de l'énonciation et du manque. Les SIC ont sans doute besoin de se donner les outils (issus d'approches anthropologiques et cliniques) qui rappellent que, derrière tout énoncé ou tout discours, un sujet a parlé. C'est cela qui a d'ailleurs fondé notre démarche méthodologique qui a consisté en une *expérience* des situations de communication propres à la psychiatrie d'urgence, plutôt qu'à l'étude des discours des acteurs ou des sujets que nous aurions désincarnés en les extrayant de leur situation d'énonciation. Dans notre expérience ethnographique, nous avons engagé notre corps et notre psychisme comme instances propres à révéler ce qui, dans la communication, est engagé de manière vivante et ne rabatte pas les SIC à une façon, parmi d'autres, de faire de l'analyse du discours en étudiant des formes mortes qui refoulent la place du désir dans la communication. Communiquer, ce n'est pas simplement produire du texte.

B. Ce que la notion de Lévi-Strauss laisse dans l'ombre : la différence entre pouvoir de guérir et pouvoir médical.

Il va s'agir ici d'opérer quelques petits décalages par rapport à la notion d'efficacité symbolique, de manière à la rendre plus adaptée encore à l'analyse de la psychiatrie d'urgence. En fait, il s'agit de constats sur quelques insuffisances de la notion développée par Lévi-Strauss qui nous amèneront, en creux, à donner de nouvelles spécificités de la psychiatrie d'urgence. Il y a notamment toute une réflexion à poursuivre sur les aspects politiques de la clinique aux urgences qui se situe dans une sorte d'intermédiaire entre ce que dit Lévi-Strauss sur la nécessité de la référence au politique dans le soin et les développements foucauldien sur le pouvoir psychiatrique. Pour le premier, le politique se manifeste par la croyance mythique en un appareillage symbolique proposé par le chaman – le politique, c'est le sentiment d'appartenance qui fonde le pouvoir de guérir –, pour Foucault, le soin est un pouvoir sur les corps et c'est en cela qu'il est politique. Aux urgences psychiatriques, se manifeste un pouvoir de guérir au sens de Lévi-Strauss, nous l'avons montré, mais qui est éliidé, érodé, par le poids de l'organisation politique du soin (politiques de santé publique). Il y a donc une incidence du pouvoir politique sur la clinique qui est à éclairer mais dans une vision sans doute moins radicale que celle qui est évoquée par Foucault. Ce constat nous amènera à dire que les services d'urgences sont un espace où se manifestent des formes de pouvoir *en même temps* qu'ils sont un espace de médiation. L'essentiel de notre travail dans cette thèse consiste à éclairer davantage la dimension de médiation de l'urgence puisque la dimension de pouvoir des institutions médicales sur les sujets a déjà largement été approchée dans des travaux antérieurs.

1. Une distinction floue entre symbolique et imaginaire chez Lévi-Strauss

Si la notion de Lévi-Strauss est très séduisante et heuristique, on peut en signaler une petite imperfection, à notre sens, quant à la possibilité d'éclairer le phénomène de la psychiatrie d'urgence sur la question du politique. On pourrait formuler la question ainsi : si, pour enrichir notre approche psychanalytique, Lévi-Strauss nous aiguille sur la nécessité d'inclure la question politique dans l'analyse de relation thérapeutique aux urgences, de quelle dimension du politique parle-t-il vraiment ? Le politique se rabat-il totalement sur l'institutionnel et le mythique, comme semble l'affirmer Lévi-Strauss ? L'institutionnel et le mythique sont-ils véritablement différenciés, chez Lévi-Strauss, dans le rôle qu'ils jouent dans le soin ? Par conséquent, Lévi-Strauss nous aide-t-il à différencier le symbolique et l'imaginaire dans la relation thérapeutique ? Qu'est-ce qui, chez l'anthropologue, différencie les aspects réels, symboliques et imaginaires du politique tel que celui-ci est à l'œuvre dans le soin ?

Nous ne cherchons pas à invalider le texte de Lévi-Strauss en lui-même, car il s'applique très bien à l'objet qu'il étudie, le chamanisme, nous cherchons à en apercevoir les éventuels flottements conceptuels dès lors qu'on cherche à l'appliquer à l'urgence psychiatrique. En effet, notre démarche consiste à bien distinguer, pour mieux les articuler ensuite, les dimensions symbolique, imaginaire et réelle de la psychiatrie d'urgence³⁸⁰. Or, de ce point de vue, la réflexion de Lévi-Strauss a des limites, d'où notre volonté de l'enrichir et la questionner pour mieux approcher notre phénomène.

Ce qui n'est pas très clair dans les propos de l'anthropologue, c'est dans quel rapport se situe l'efficacité symbolique : s'agit-il d'une remédiation entre réel et symbolique, entre symbolique et imaginaire, entre réel et imaginaire ou entre les trois instances ? La question est difficile à trancher car, précisément, symbolique et imaginaire n'y sont pas différenciés. Plutôt, la distinction entre les deux instances n'a peut-être pas de sens ou de raison d'être pour l'anthropologue. Aussi, la dimension du réel n'est pas clairement introduite, sinon à travers la question de l'informulable de la souffrance du corps. Or, une définition du réel se fonde aussi sur une possibilité de distinguer clairement symbolique et imaginaire. Dans la cure chamanique, il pourrait apparaître que l'efficacité symbolique consiste en une symbolisation du réel, à une mise en sens d'un événement de corps qui était sans signification avant l'intervention du chaman. D'un autre côté, l'intervention du chaman semble se dérouler dans l'imaginaire puisque la parturiente reconstruit une *image* cohérente de son corps à partir d'un récit du chaman. Autrement dit, il ne s'agit pas, comme dans l'expérience psychanalytique, de faire l'expérience, pour l'accepter, du manque à être qui passe par le manque à dire, consubstantiel au fait que le sujet existe dans le langage. Le discours du chaman n'est ainsi pas tant une réintroduction à la logique symbolique³⁸¹ que l'invitation à accéder à une vérité univoque qui explique la souffrance singulière comme le monde. S'il s'agissait vraiment d'une opération symbolique, la vérité n'aurait pas la même valeur. Dans le champ du symbolique, en effet, il n'y a que de l'équivoque. Il ne s'agit pas de demander à Lévi-Strauss d'être Lacan, mais de saisir, du fait du manque de ces distinctions, la valeur du politique dans la relation de soin.

En fait, comme le symbolique et l'imaginaire sont difficilement distingués chez Lévi-Strauss, cela le conduit à ne pas pouvoir distinguer ce qui, dans l'intervention du politique dans la relation de soin, est de l'ordre de l'institutionnel comme support de médiation

³⁸⁰ C'est la logique de la 3^e partie de cette thèse, qui cherche à démontrer que la psychiatrie d'urgence est une structure de médiation où s'articulent, selon des modalités particulières que nous éclairons peu à peu, les dimensions réelles, symboliques et imaginaires du phénomène.

³⁸¹ Logique symbolique qui est tout de même à l'œuvre dans l'expérience chamanique puisque le propre de la cure chamanique est bien de proposer un signifiant *manquant*.

(symbolique) et ce qui est de l'ordre de l'idéologie (imaginaire) comme support de pouvoir. Or, dans la psychiatrie d'urgence, si la relation thérapeutique met bien en œuvre l'efficacité symbolique, si elle reconstruit la médiation, elle est aussi orientée par l'idéologie des nouvelles politiques de santé publique. C'est cela que nous allons maintenant tenter d'observer. Nous allons voir dans quelle mesure une forme d'idéologie contemporaine du soin est susceptible de mettre un frein aux tentatives de soin par le symbolique et la communication.

2. Pouvoir de guérir et organisation politique du soin aujourd'hui : une autre dimension du politique et son incidence sur la relation thérapeutique

La différence fondamentale entre les sociétés traditionnelles et la nôtre est que, dans les premières, le chaman est toute la médecine, c'est « *l'homme-médecine* »³⁸², alors que dans la seconde, la médecine est organisée à grande échelle, par le pouvoir politique, via les politiques de santé publique : le médecin est pris dans des représentations du soin qui ne lui appartiennent plus totalement, qui lui échappent, ou alors il est un rouage de l'organisation collective de la médecine. Dans nos sociétés, il y a notamment des modes de légitimation politique de certaines formes cliniques qui privilégieront certains médecins plutôt que d'autres : ainsi les spécialistes face aux généralistes, les spécialistes face aux urgentistes, les somaticiens face aux psychiatres. Nous souhaitons considérer les implications de cela sur l'accueil de la détresse psychique aux urgences de l'hôpital. Pour nous épauler dans ce travail, nous nous appuyons notamment sur les travaux de Didier Fassin, ce qui nous permettra de rester dans le champ de l'anthropologie que nous avons choisi d'investir tout en approfondissant, en la mettant à jour, la question du pouvoir de guérir.

Le plus grand intérêt, pour nous, de la réflexion de Fassin, est de montrer que dans notre société, le pouvoir de guérir est à interroger à partir de la colonisation de la clinique par l'économique. C'est précisément du fait de l'introduction des questions économiques dans le soin que la perspective de l'anthropologie médicale est à renouveler. Elle ne perd pas de sa pertinence, nous indique Fassin, pour comprendre la relation de soin, mais elle porte un regard trop étroit sur le médical suite aux mutations contemporaines du champ de la médecine :

« lorsque les anthropologues se sont intéressés à la maladie ou à la médecine, ils les ont abordées essentiellement sous un angle culturel et cognitif, et lorsqu'ils ont porté leur attention sur les pouvoirs que met en œuvre l'interprétation du mal, ils se sont généralement restreints au monde traditionnel de la sorcellerie et de la divination »³⁸³.

Or, aujourd'hui, la mise en œuvre de l'interprétation du mal est orientée par le pouvoir politique, à travers des formes plus ou moins visibles. Aux urgences, la forme la plus visible s'observe sans doute à travers le registre informatique dont nous avons déjà abondamment parlé et qui, alors qu'il est un espace de partage d'informations entre soignants sur le patient, propose une mise en forme de cette information très spécifique telle qu'elle puisse être traduite en données économétriques (en actes médicaux, tarifés). L'information sur le patient a donc un équivalent économétrique (une indication de coût) pour l'administration hospitalière. L'approche anthropologique traditionnelle de la médecine est donc insuffisante

³⁸² « Esquisse d'une théorie générale de la magie ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll.

« Quadrige ».

³⁸³ FASSIN, Didier. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. PUF, 1996. Coll. « *Sociologie d'aujourd'hui* », p.14

car, si elle constate bien qu'il y a des procédés d'interprétation du mal, que la médecine est toujours une affaire de sens, elle se rend aveugle, du fait de ses outils d'analyse (paradigme de la magie), sur le fait que l'interprétation prend place dans un champ de la santé aujourd'hui fortement « économicisé ». Aujourd'hui, l'inscription du pouvoir dans la médecine se fait de manière insidieuse, via l'économie. D'une certaine manière, Michel Foucault avait déjà repéré ce procédé quand il indiquait, dans son *Histoire de la folie*, la fonction économique de l'enferment à l'hôpital général où les indigents étaient une variable d'ajustement qu'on réintroduisait ou qu'on extrayait du circuit économique pour réguler la production et les prix. Aujourd'hui, ce n'est plus le sujet en lui-même qui est une valeur économique, mais son symptôme et l'acte thérapeutique qu'il suscite. Pour Fassin, du fait de ces procédés, la relation thérapeutique est toujours-déjà dans le politique :

« Les soins que prodiguent un guérisseur ou un médecin appartiennent à la sphère privée, pourtant l'intervention de l'Organisation mondiale de la santé pour réglementer les médecines traditionnelles ou le contrôle exercé sur les prescriptions médicales par les pouvoirs publics font entrer le colloque singulier entre soignant et soigné dans le domaine politique »³⁸⁴.

On saisit bien le décalage qu'opère ici Fassin par rapport à l'anthropologie médicale classique : le politique n'est plus impliqué dans la relation entre médecin et patient en tant que référence à l'appartenance, mais en tant que pouvoir.

En un mot, l'économie de la santé a pris le pas sur le sens de la maladie. Comme l'observe d'ailleurs Fassin, nos sociétés sont plus intéressées par la *santé* que par la *maladie*. Il analyse ce glissement sémantique qui nous renseigne encore sur le processus de d'économicisation du champ de la médecine qui doit nous interpeller dès lors qu'on s'interroge, comme dans cette thèse, sur les rapports entre la clinique et le politique :

« Ce n'est pas l'opposition entre santé, valeur positive, et maladie catégorie négative, qui est en cause ici, c'est l'englobement des représentations et des pratiques à l'égard de la maladie dans un processus de production (de soins, de bien médicaux, de dispositifs de protection sociale, etc.) et de consommation (de consultations, de médicaments, de prestation sociale, etc.). La santé est bien plus et autre chose que l'avers d'une réalité dont la maladie serait l'envers »³⁸⁵.

Dans ces conditions, le Ministère de la Santé n'est pas seulement celui qui est censé garantir l'accès aux soins de manière équitable sur le territoire et égalitaire entre les citoyens aux niveaux de vie différents pour les protéger de la maladie, il est aussi le garant d'une économie de la santé, c'est-à-dire d'une possibilité de faire de la santé une source de revenus pour la nation, d'où la métaphore de la production et de la consommation employée par Fassin. Le Ministère de la Santé est ainsi engagé, de manière plus ou moins informelle, auprès des laboratoires et on comprend pourquoi certaines formes cliniques qui privilégient la médication sont encouragées par rapport à d'autres fondées sur les aspects relationnels de la médecine. Cela concerne évidemment de près la psychiatrie, partagée entre approche psychodynamique (fondées sur la parole et le transfert) et approche neurobiologique et/ou comportementale de la pathologie. Aussi, la rentabilité et la performance des soins sont observées de près par les autorités de santé qui cherchent à faire des économies et à limiter les coûts de l'assurance maladie : en psychiatrie, la biomédecine est plus « rentable et performante » en ce qu'elle améliore les temps d'hospitalisation. Le problème, c'est qu'on

³⁸⁴ *Ibid.*, p.17

³⁸⁵ *Ibid.*, p.38

estime qu'une forme clinique est performante quand elle a permis de faire disparaître, le plus vite possible, un symptôme. En fait, c'est seulement la manifestation d'un symptôme qu'on endort, par le médicament, et ce n'est pas la pathologie proprement dite qu'on traite en ce qu'elle renvoie, par exemple, à des conflits psychiques qui seront toujours susceptibles, s'ils ne sont pas traités, de faire ressurgir un symptôme sous une autre forme.

François Danet nous expose une autre logique de la médecine hospitalière qui nous permet de comprendre que d'autres enjeux politiques interviennent dans la construction de la relation thérapeutique aux urgences. Il s'agit ici de la formation des médecins et des logiques de légitimation des postes et des métiers dans le champ hospitalo-universitaire. Danet donne des pistes pour saisir l'influence de la construction des identités professionnelles influe sur l'allure de la clinique.

Dans sa thèse sur la « *quête de professionnalisation de la médecine d'urgence* », François Danet nous dresse un portrait des urgentistes assez inquiétant où l'on comprend que ceux-ci sont très dévalorisés dans le champ hospitalo-universitaire qui a plutôt tendance à consacrer les médecins hyperspécialisés. On voit d'ailleurs comment l'organisation universitaire de la médecine en spécialités médicales, centrées sur un organe, fait écho, de manière « heureuse », du point de vue administratif, aux enjeux économiques de la tarification des actes médicaux qui présentent une préférence pour les lectures monopathologiques de la souffrance. Un des modes de défense des urgentistes contre cette dévalorisation, parmi d'autres, a été de faire reconnaître la médecine d'urgence comme une spécialité. On peut, depuis 2004, nous explique Danet, passer un diplôme de spécialiste de médecine d'urgence. Cependant, ce titre est très dévalorisé car il est accessible, un peu en forme de lot de consolation, aux étudiants en médecine qui ont connu un échec à l'internat, au même titre que le cursus de médecine générale. Cette spécialité ne représente pas non plus une section du CNU : il n'y a donc pas de professeurs en médecine d'urgence et les médecins-chefs des services d'urgence sont alors des spécialistes d'autres disciplines consacrées par l'université. Ce décalage disciplinaire entre les chefs de service et les médecins qui travaillent dans ces services contribue à empêcher une véritable constitution d'une discipline propre à la médecine d'urgence. Danet précise ainsi que les manuels de médecine d'urgence sont rédigés par des spécialistes et non des urgentistes. Ces ouvrages ont pour propos principal de distinguer les « vraies » des « fausses » urgences, du point de vue d'une spécialité médicale donnée, ce qui contribue à dévaloriser implicitement le savoir et le savoir-faire des urgentistes qui n'auraient pas cette compétence, même du fait de leur expérience.

Danet nous indique ainsi que si les urgentistes font l'objet d'une reconnaissance sociale assez solide, quoique nuancée, du côté de la population, ils pâtissent en revanche d'une forme de rejet de la part de leurs collègues spécialistes :

« Alors que les postes de praticiens hospitaliers dans les services hospitaliers de spécialité constituent l'aboutissement de trajectoires professionnelles continues, les médecins des services d'urgence accèdent à des postes de titulaires après des trajectoires chaotiques, le plus souvent un insuccès au concours de l'internat et une déception de n'avoir pas pu devenir pédiatre, réanimateur, anesthésiste ou chirurgien »³⁸⁶.

Autrement dit, les urgentistes se sentent être des médecins dégradés au regard des processus de légitimation en vigueur dans le champ hospitalo-universitaire, et cela a

³⁸⁶ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006, p*

évidemment des conséquences sur la clinique. Les observations de Danet sont assez sidérantes à ce propos :

« Les médecins spécialistes portent un regard très sévère sur les médecins urgentistes (...). Leur discours assimile ces médecins aux « daubes » et aux « merdes » que sont leurs patients, ce qui crée un clivage entre la médecine hospitalière de spécialité du côté de la culture et la médecine d'urgence du côté de la nature »³⁸⁷.

Ce qui est ici particulièrement intéressant pour nous, c'est que ce clivage qu'observe Danet, où le médecin est dévalorisé par le patient qu'il traite, comme par contamination, nous l'avons nous-mêmes observé dans le rapport qu'entretiennent les urgentistes somaticiens envers les psychiatres. Tout se passe comme si la dévalorisation dont était victimes les urgentistes somaticiens dans le champ hospitalo-universitaire se transférait, pour qu'ils puissent s'en défendre, vers les psychiatres. Cela est assez cocasse car les psychiatres sont des spécialistes ! Mais on sait qu'il s'agit d'une spécialité peu choisie par les internes. Les psychiatres, aux urgences, se retrouvent alors dans une situation où ils sont peu légitimés par le médical et où ils pâtissent, en plus, d'une représentation sociale négative dans la population³⁸⁸. Les patients qui se retrouvent pris en charge par la psychiatrie aux urgences sont donc en fait les patients les plus résiduels de la médecine, par rapport aux attentes nosographiques en vigueur à l'hôpital, renforcées par les exigences de rentabilité économiques évoquées par Fassin : « l'afflux d'utilisateurs dont les problèmes se situent hors du cadre strict de la médecine, induit chez les urgentistes une marginalisation »³⁸⁹, nous dit Danet. Cette marginalisation est d'autant plus grande chez les psychiatres urgentistes qui sont les marginaux des marginaux, parce que leurs patients sont les marginaux des marginaux...

En croisant les réflexions de Fassin avec celles de Danet, nous arrivons à la conclusion que nous souhaitons formuler sur la psychiatrie d'urgence. Il s'agit de reconsidérer les conditions d'applicabilité de l'efficacité symbolique envisagées plus haut à la lumière des développements précédents, pour à nouveau appliquer cela à la psychiatrie d'urgence et dégager de nouvelles interprétations la concernant.

Comme l'affirme Lévi-Strauss, une des conditions pour que l'efficacité symbolique fonctionne est que le thérapeute soit reconnu, sur un mode imaginaire, par la société dans laquelle il exerce³⁹⁰ : c'est ce qui fonde son pouvoir de guérir. C'est aussi ce que dit la psychanalyse en estimant que le transfert, comme supposition imaginaire de savoir de l'analyste sur la souffrance, est indispensable aux effets thérapeutiques. Dans la cure chamanique, le transfert s'appuie sur des croyances collectives ; dans la psychanalyse, il se fonde sur un imaginaire singulier du patient au sujet de l'analyste. Or, comment envisager cette condition aujourd'hui dès lors qu'il existe des processus de légitimation et de discrédit

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 438

³⁸⁸ Pour s'apercevoir de cela, nous renvoyons à notre analyse de corpus de presse, en annexe

³⁸⁹ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006, p.435

³⁹⁰ Cela est plus clair dans l'article qui, dans *Anthropologie structurale*, précède celui que nous avons commenté. Cf. « Le sorcier et sa magie ». In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ». Pages 191-211. Lévi-Strauss y explique que la magie est un phénomène de consensus : le malade et la société réunie lors des cures chamaniques croient au fait que le chaman puisse dialoguer avec les esprits qui organisent le monde de la société donnée. C'est une des formes de ce que nous évoquions plus haut de la nécessité que le chaman soit le médiateur entre la malade et sa souffrance en mobilisant un discours et un langage mythique, identifiable par tous et porteur de sens.

de certains médecins et de certaines formes cliniques ? En fait, on se retrouve face à une sorte d'alternative qu'on peut schématiser de la sorte :

- D'un côté, le pouvoir politique – représenté par les autorités de santé – légitime les médecins efficaces selon ses propres critères (rentabilité et performance économique de la médecine), mais alors les médecins sont contraints de faire des concessions sur l'aspect relationnel de leur pratique. Aux urgences, cela concerne plutôt les médecins somaticiens. Peu de place est laissée à l'élaboration de la signification de son symptôme par le patient. En effet, il s'agit là de communication et de parole qui ne sont pas transformables aisément en données économétriques. Il est impossible de mesurer la rentabilité de la parole sur la modification d'un symptôme alors qu'il est facile de convertir en termes de temps l'effet de tel antidépresseur sur la disparition des idées de mort. On peut alors faire des projections sur les temps d'hospitalisation, sur les lits qui seront disponibles pour « optimiser » les capacités d'accueil. Le problème d'une telle perspective, c'est qu'elle ignore le temps psychique du sujet. C'est une médecine « pour tous » qui se dessine, et non plus une médecine fondée sur la clinique, c'est-à-dire celle du cas par cas, celle qui chemine au chevet du patient, au plus près de la singularité d'un cas.
- D'un autre côté, des psychiatres tendent plutôt à investir une logique symbolique du soin, en travaillant avec la parole, mais ils sont moins valorisés par les logiques actuelles de la santé publique, par l'idéologie contemporaine de la performance (avec des patients qui exigent des résultats immédiats³⁹¹ et ne comprennent pas que les psychiatres suggèrent un soin sur le long terme³⁹²) et par les logiques de légitimation des carrières et des métiers à l'œuvre dans le champ hospitalo-universitaire.

Nous proposons de lire cette alternative à la lumière de l'efficacité symbolique. Nous remarquons alors que, dans chacun des cas pris isolément, au moins une des conditions d'applicabilité de l'efficacité symbolique qui pourrait garantir son fonctionnement est manquante. Dans le premier cas, c'est l'abord symbolique de la maladie qui est évacué. Dans le second cas, même si les psychiatres travaillent avec la parole, leur position d'acteurs dévalorisés, délégitimés, les empêche de bénéficier du consensus social nécessaire à la réalisation de l'efficacité symbolique. En le formulant de manière psychanalytique, nous pourrions dire que les conditions du transfert ne sont pas réunies.

Cela dit, il faut nuancer cette grille de lecture qui exprime deux pôles extrêmes. Notre expérience ethnographique rend compte de situations cliniques où le « dosage » entre les deux positions que nous venons de décrire est beaucoup plus subtil que le tout ou rien. Cela dépend à la fois du soignant et du patient.

De manière à ne pas stigmatiser la médecine somatique aux urgences et à bien comprendre sa posture, nous renvoyons au témoignage de Basile (*observation 21*), un médecin urgentiste généraliste qui exprime sa difficulté à accueillir, chez les patients, ce qui va au-delà de ce qu'il appelle « *la simple intervention de la médecine* ». On voit bien comment la parole du patient, quand elle se déploie trop, angoisse les médecins somaticiens. Ce n'est pas tant qu'ils refusent de mettre en œuvre une médecine qui s'appuie sur le symbolique, mais plutôt qu'ils sont à la peine, du fait des contraintes organisationnelles et de la pression institutionnelle, quand il s'agit d'écouter ce que dit le patient de sa vie. La contextualisation du symptôme dans une parole qui appartient au patient est en effet difficilement réductible dans le vocabulaire et les attentes propres de la médecine somatique et scientifique. Le problème se pose, pour Basile, dans les termes suivants : comment accueillir la pathologie sous ses aspects psychiques, somatiques et sociaux,

alors que l'institution demande d'orienter les patients vers des services de spécialités avec des pathologies hypercaractérisées ? Les médecins sont contraints de mettre en œuvre des mécanismes de défense, sans doute inconscients, pour ne pas entendre ce qui parle au-delà du symptôme observable par les outils techniques de la médecine. Sans ces mécanismes de défense, c'est l'angoisse : l'angoisse du patient face à son symptôme, le trou dans le sens que produit le symptôme, renvoie à un trou dans le savoir, lui aussi générateur d'angoisse, pour le médecin. Le médecin, qui ne peut répondre totalement à la demande de signification du patient, est interrogé dans son identité en se posant une question de la sorte à propos du patient : mais que me veut-il donc, quelle image se fait-il donc de moi pour me demander une chose pareille, pour me confier tant de chose autour de son symptôme ? Quand on est prêt à reconnaître la dimension transférentielle de toute relation médicale, cette question n'effraie pas³⁹³ : on l'identifie comme une expression du désir du patient. Mais dès lors qu'on a été formé dans un cursus qui promouvait la médecine scientifique, on se rend sourd à de telles manifestations qui viennent mettre en relief, de manière trop sidérante, le fait que la médecine reste avant tout un phénomène de médiation et qu'elle s'appuie sur la clinique, c'est-à-dire la relation construite dans l'échange langagier avec le patient. On se rend sourd, ou on est angoissé, face à des paroles de patients qui démontrent que la médecine ne répond pas qu'à des dérèglements fonctionnels du corps lisibles par des protocoles rigides. C'est, nous semble-t-il, ce qu'exprime Basile : « *Quand on écoute le patient, on a envie qu'il s'arrête de parler tellement on découvre comment son symptôme est intriqué à une série de souffrances qui dépassent la simple intervention de la médecine. On en apprend trop sur sa vie familiale et sociale autour desquelles le patient rationalise son symptôme, alors qu'on aimerait qu'il nous livre une description de ses symptômes qui correspondent aux cas d'école. Tu grattes un peu et tu trouves vingt mille choses ! C'est impossible.* ». On lit ici les propos d'un médecin dans le désarroi : il montre une certaine conscience du caractère de médiation de la médecine d'urgence, de la nécessité du traitement symbolique des symptômes, tout en faisant un aveu d'impuissance.

Voici maintenant un autre exemple pour nuancer encore, selon un autre angle, la grille de lecture exposée plus haut. Dans le journal ethnographique, on trouvera aisément des cas qui vérifient notre hypothèse selon laquelle le transfert sur la psychiatrie est délicat. Dans ces cas, le patient conteste le fait qu'on l'oriente vers un psychiatre au motif qu'il n'est pas fou. Ce genre de réaction indique combien la représentation sociale des psychiatres est fort ancrée du côté de la figure du médecin pour les fous, du médecin qui enferme³⁹⁴. Notre thèse montre qu'aux urgences en particulier, il a bien d'autres fonctions. Malgré ces cas, il y a pourtant des situations où le transfert se produit sur la psychiatrie et ouvre à la possibilité de faire fonctionner l'efficacité symbolique. Mais nous voudrions évoquer une situation plus intermédiaire. Il s'agit du cas de Madame B. (*fragment clinique 2*).

Dans cette situation c'est à la fois Madame B. et son fils qui croient à la psychiatrie comme réponse symbolique au malheur qui leur arrive. Ce qui est intéressant dans la posture du fils, c'est qu'il croit trouver, chez le psychiatre, des formules magiques ou des recettes miracles susceptibles d'apaiser sa mère qui vient de faire une tentative de suicide : « *Ai-je le droit de lui dire que je lui en veux ? Y a-t-il des choses à taire absolument ? J'ai besoin de conseils pragmatiques* » Ainsi, dans une certaine mesure, une forme de transfert s'installe car le psychiatre est mis ici par le sujet à une place imaginaire comme « *sujet supposé savoir* », place qui est pour Lacan, indicative d'une mise en place du transfert et d'une possibilité de mettre en place la cure par la parole. Mais, malgré cette sorte

³⁹³ Voir la citation de Lacan en exergue de ce chapitre

³⁹⁴ Nous renvoyons ici à notre étude de discours de presse qui figure en annexe.

de mythification du médecin, qui ouvre à la possibilité de l'efficacité symbolique, on n'est pourtant pas dans un cas d'efficacité symbolique proprement dite. En effet, la demande faite au médecin, même sous transfert, a l'allure des demandes qu'on pourrait faire auprès de la médecine somatique, celle qui obéit principalement à une logique de la causalité. Le fils de Madame B. croit en un effet direct du langage où tel énoncé provoquerait, indépendamment du cas, telle réaction psychique. Or, nous avons montré que l'efficacité symbolique n'est pas un cas de performatif. On observe donc ici, dans la croyance de ce sujet en la performativité du discours du psychiatre, une sorte de mélange entre la logique de la médecine scientifique (champ de la cause) et la logique de la médecine relationnelle ou symbolique (champ du sens).

Madame B., quant à elle, présente des signes nets de transfert, notamment à travers la posture hystérique que nous décrivons dans le fragment clinique : la patiente met en scène des expériences de son corps pour s'adresser au psychiatre. Cependant, le rapport qu'elle instaure avec le psychiatre n'est pas simplement dans le symbolique : la situation ne se limite à ce qui se passe dans l'efficacité symbolique où des symboles agissent sur des symboles. Ici, la patiente instrumentalise le psychiatre car elle le menace de réitérer son geste suicidaire s'il ne parvient pas à lui trouver une solution pour qu'elle déménage. Ce cas est donc encore instructif à travers ce qu'on peut en déduire de la non-applicabilité de l'efficacité symbolique : aux urgences, le médecin psychiatre qui pourrait apporter ce genre d'effets thérapeutiques est sollicité à une autre place : on n'attend pas seulement de lui le pouvoir de guérir, mais aussi qu'il intervienne dans le champ de l'action sociale – et qu'il ait, au fond, un pouvoir élargi par rapport à celui que lui octroie déjà l'institution pour prononcer des hospitalisations sous contrainte. Nous avons un cas similaire avec celui de Monsieur A. (*fragment 11*) qui réclame un toit à la psychiatre.

En somme, le résultat principal qu'il faut retenir de ces développements et illustrations, c'est qu'aux urgences, ni les médecins somaticiens, ni les psychiatres, ne sont mis par les patients à la place prévue par l'institution. Les patients des urgences viennent interroger, en fait, les identités médicales en présentant des symptômes et des demandes qui excèdent les réponses que peuvent donner les soignants. D'un côté, c'est pour cela que ces patients sont aux urgences car ces services ont été spécifiquement conçus pour les « recours non-programmés » ainsi que l'institution les appelle ; d'un autre côté, nous avons la confirmation que les urgences sont un laboratoire politique car les patients y formulent des demandes qui sont peut-être à interpréter comme des injonctions faites au politique, aux organisateurs de la santé publique, de réenvisager les conditions d'accueil de la détresse par les institutions et notamment l'institution médicale. Les services d'urgence contribuent ainsi à la connaissance des carences de la médecine d'aujourd'hui, à la connaissance des formes de la détresse contemporaine qui touche le corps, le psychique et le social et, enfin, ces services contribuent à imaginer ce que pourrait être l'hôpital de demain. Les services d'urgence sont ainsi des lieux permanents de vacillement, d'invention et de déplacements du contrat social.

II. De l'efficacité symbolique à une approche de la psychiatrie d'urgence en termes de sémiotique politique : signification et déplacement de la signification du malheur dans la relation thérapeutique

L'analyse de la psychiatrie d'urgence à travers la notion d'efficacité symbolique nous a permis d'entrevoir ce qui se joue à la fois en termes de signification et en termes politiques

dans la relation soignante. Nous souhaitons maintenant poursuivre et approfondir notre réflexion sur les aspects sémiotiques du phénomène pour davantage ancrer notre propos dans le champ des sciences de l'information et de la communication. Notre parcours suivra ainsi trois étapes qui éclaireront trois aspects de la psychiatrie d'urgence qui intéressent fort les SIC. La première consistera, dans une suite assez logique des développements sur l'efficacité symbolique, à qualifier les recours aux urgences dans *la catégorie de l'événement*, en nous fondant sur les conceptions de la maladie de Marc Augé et de Claudine Herzlich. Ensuite, à partir d'une réflexion sur le rôle social de *médiateur*, de la médecine générale, nous essaierons d'identifier le statut des médecins généralistes et celui des psychiatres aux urgences : une sorte de renversement s'observe aujourd'hui aux urgences où c'est le spécialiste (le psychiatre) qui prend en charge la marge, le surplus ou le reste signifiant de la maladie qui sont d'ordinaire attribués au généraliste. Enfin, si l'on constate bien que le soin est une affaire de signification, nous tenterons de montrer que les services d'urgence sont un lieu de *déplacement de la signification* perpétuelle et fulgurante de la norme et des assignations : pour cela, nous nous référerons aux travaux de Judith Butler. L'enjeu épistémologique de notre propos est ainsi de montrer que les sciences de la communication sont en mesure de développer une sémiotique qui ne porte pas seulement sur des textes, mais des situations de communication dont l'accueil psychiatrique aux urgences est un exemple.

A. La maladie comme « événement » ou « signifiant social »

A travers l'interprétation de la maladie comme « événement » et comme « signifiant social », que nous fondons sur les travaux de Marc Augé et de Claudine Herzlich³⁹⁵, nous souhaitons nous écarter un peu de l'efficacité symbolique pour consolider notre approche de la relation de soin aux urgences en termes de communication et de sémiotique. Cette approche sémiotique nous permettra, une nouvelle fois, de considérer les rapports entre le politique et la clinique aux urgences. En cela, nous proposons une forme de sémiotique politique. La démarche que nous proposons consiste à concevoir un *point de vue* sur le soin qui réponde à une double opération : il s'agit de détechniciser la relation de soin et de la sémiotiser, si l'on peut dire, dans un même mouvement. Mais qu'on comprenne bien notre cheminement théorique : il ne s'agit pas de dire que le soin renvoie exclusivement à une problématique sémiotique et qu'il n'a pas des dimensions techniques³⁹⁶, mais que le considérer du point de vue des formations de sens qu'il met en jeu, de la part des patients, de la part des médecins, de la part des institutions, rend bien compte d'enjeux politiques et sociaux liés à la forme de la clinique développée aux urgences. En fait, il va s'agir de faire retour sur la médecine technicienne après avoir considéré combien la médecine est d'abord un processus d'interprétation qui répond à la maladie en tant qu'elle est, pour chaque sujet et la société, interrogation du sens, trou dans le sens. Voilà pourquoi le fait de considérer, comme le fait Herzlich, la maladie *toujours-déjà* comme un signifiant nous semble intéressant : la maladie c'est, dans un premier temps, un signifiant seul (sans signifié, sans articulation à un autre signifiant), un événement malheureux, réel, qui se produit dans le corps ou atteint l'être

³⁹⁵ AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».

³⁹⁶ Même la psychanalyse parle de « technique ». Voir FREUD, Sigmund. *La technique psychanalytique*. Paris : Puf, 2005. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse », ou encore voir LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 1, Les écrits techniques de Freud*. Seuil. Coll. « Points ».

par l'angoisse³⁹⁷ en confrontant le sujet à une forme de non-savoir sur lui-même, de non-sens. Mais la maladie, le symptôme, c'est aussi une métaphore, un porte-parole du sujet, vers l'autre, vers les autres, pour leur dire quelque chose, elle est alors un signifiant social. Nous allons développer cela, mais notons d'ores et déjà que cette tension entre médecine technique qui isole le sujet de son corps et une médecine qui interprète avec le sujet ce qui lui arrive d'insensé est fort présente aux urgences de l'hôpital. Nous devons situer dans cette tension l'intervention spécifique de la psychiatrie.

En suivant le schéma que nous venons de décrire, qui pose la maladie comme signifiant, il y aurait, si on l'applique aux urgences, une prise en charge idéale. Elle consisterait dans une sémiotisation complète et parfaite et de la maladie ou du symptôme : le sujet partirait avec une représentation singulière du sens de sa souffrance, le médecin aurait son interprétation du symptôme pour mettre en œuvre le soin et, enfin, l'institution pourrait qualifier le recours dans ses grilles interprétatives (de tarification, d'orientation, etc.). Dans le cas idéal, le signifiant seul, sans signifié, du symptôme, trouverait à s'articuler à d'autres signifiants, propres à chaque sujet, acteur ou intervenant dans la relation de soin et la prise en charge. Mais la réalité que nous avons observée aux urgences n'est pas « idéale » car il y a toujours un reste à la sémiotisation, un réel, dirait Lacan, qui résiste à la symbolisation. Aux urgences, le patient, après avoir été reçu, n'a jamais le dernier mot, celui qui expliquerait tout, sur sa souffrance : il y a toujours une part du malheur, du conflit psychique, qui lui restera étranger, qui restera comme un trou dans le sens. Du côté des médecins et de l'institution, nous l'avons déjà vu à plusieurs reprises, il y aura toujours des patients inclassables qui résisteront à s'identifier à tel symptôme, à telle grille nosographique, à tel parcours de soin, à telle attente de l'institution. Souvent, l'attente de signification du patient dépasse les explications du médecin qui répond dans sa langue, qui n'est pas nécessairement celle du patient. Enfin, en prévoyant des parcours de soin adaptés au plus de patients possibles, l'institution ne prévoit pas des parcours véritablement *ad hoc*, singularisés, et il y aura toujours un reste entre ce qui est nécessaire pour le patient et ce qui lui est offert. On le comprend d'ailleurs car sinon aucune politique de santé publique ne serait possible à la fois en termes de coûts (concevoir des parcours-type permet de faire des économies d'échelle) et, aussi, parce que la fonction sociale de l'institution est de représenter le collectif et de permettre au patient, en s'intégrant dans un parcours de soin, de réarticuler la singularité de sa souffrance aux exigences du collectif. L'institution médicale a aussi pour rôle de reconstruire la médiation qui a menacé d'être rompue chez un sujet suite à un événement (réel) de corps ou à un événement (réel) psychique. Il faut donc se méfier d'un discours trop facile qui consisterait à stigmatiser une institution comme mauvaise au titre qu'elle ne prend pas en compte la singularité du patient : l'institution n'a pas pour fonction de dévoiler une singularité, mais de permettre l'articulation entre une singularité qui s'est trop exprimée au point de « menacer » le lien social³⁹⁸ et les exigences du collectif, de l'appartenance. L'institution qu'elle soit médicale, judiciaire, politique a cette fonction de nouer, renouer, et incarner la continuité de ce que Bernard Lamizet définit comme la médiation, c'est-à-dire ce qui, dans le contrat social, problématise et articule le rapport entre subjectivité et sociabilité, singulier et collectif.

³⁹⁷ L'angoisse, en tant qu'affect, est aussi un événement de corps : c'est l'absence de sens qui s'éprouve dans le corps. En cela, l'angoisse n'a pas tout à fait le même statut que la lésion. D'où notre distinction, peut-être pas très heureuse, entre corps et être.

³⁹⁸ Cette expression est à entendre de deux manières : le lien social est menacé pour le patient qui s'en sent soudainement exclu, mais il est aussi menacé dans le sens où ce qui arrive au patient interroge le contrat social, en règle générale, sur le mode d'une question du type : « mais que signifie le comportement de tel sujet que le collectif n'est pas en mesure de reconnaître ? ».

Cette impossibilité de la sémiotisation complète de l'étrangeté de la souffrance, du symptôme, du recours, qui, au fond, indique la limite du symbolique, ne nous empêche pourtant pas de comprendre le visage qu'elle prend dans la psychiatrie d'urgence. On pourrait formuler la question ainsi : quelles sont les modalités de production du reste du symbolique dans l'accueil de la détresse aux urgences, malgré les tentatives de sémiotisation du symptôme qui se présente pour tous, au moment du recours, comme un signifiant sans signifié ni articulé à aucun autre signifiant, c'est-à-dire comme un événement réel ? Autrement dit encore : jusqu'où va l'élaboration dans l'accueil d'urgence ? Quels en sont les obstacles ? Qu'apprend-on alors de l'institution médicale aujourd'hui ?

Pour commencer de répondre à ces questions, peut-être faut-il reprendre quelques propos de Herzlich et d'Augé qui nous rappellent ceci :

« [la maladie] n'est pas seulement l'ensemble des symptômes qui nous amènent chez le médecin. Elle demeure toujours un événement malheureux exigeant une interprétation qui n'est jamais purement individuelle : interprétation collective partagée par les membres d'un même groupe social, mais aussi interprétation qui, au sens propre, met en cause la société et parle de notre rapport au social »³⁹⁹.

Cela appelle deux remarques : la première est que dans le recours à la médecine, il y a bien une demande d'interprétation qui va *au-delà* du symptôme et qui engage la singularité du sujet *et* sa place dans le collectif. La deuxième porte sur la question de la cause à bien entendre non pas comme l'idée que la société causerait la maladie, mais dans le sens où les sujets, de manière imaginaire, convoquent le social, interrogent leur place dans le lien social, dans leur rapport aux autres, pour rationaliser leur maladie. Donc, en fait, la mise en cause correspond à une mise en sens, dans cette phrase. L'institution médicale répond ainsi souvent bien aux demandes d'interprétation médicale et scientifique du symptôme mais est à la peine avec la dimension sociale et politique de la demande soulignée dans les propos d'Herzlich et d'Augé.

Nous avons bien observé ce jeu dans le service d'urgence qui accueille des pathologies comportant une forte composante sociale (sujets précaires). Nous ferons alors une hypothèse sur le type de réponse de l'institution au signifiant seul de la maladie. Selon le type de soignant, psychiatre ou somaticien, se dégage une forme de réponse particulière.

Dans le premier cas, le soignant propose un *signifiant flottant* pour qualifier le symptôme, de manière à ce que le patient y associe, dans une interprétation flottante et libre, le signifiant seul et inarticulé que constitue son symptôme. Cela laisse donc disponible, pour le sujet en détresse, une articulation symbolique de sa souffrance *dans sa langue* (presque dans sa *lalangue*, dirait Lacan). C'est *plutôt* le type de réponse des psychiatres⁴⁰⁰. Ainsi, le psychiatre ne parlera pas de « *psychose maniaco-dépressive* » au patient, mais l'invitera à s'exprimer sur « *ce qui ne va pas* », sur « *ce qui est si urgent* » pour recourir au service, ou parlera de « *déprime* », de « *passage à vide* » pour qualifier, avec le patient, son expérience, sans en imposer une signification trop univoque.

Le deuxième type de réponse consiste dans le *remplacement* du signifiant seul par un autre signifiant seul : cela se produit quand, à sa demande de signification, le patient se

³⁹⁹ AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984].

Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux », p.22-23

⁴⁰⁰ Nous développons cela dans le chapitre 5 de cette partie : nous construisons une approche du signifiant flottant à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse.

retrouve avec une réponse dans le langage hyper technique de la médecine. C'est *plutôt* la logique de la médecine somatique. Le symptôme angoissant qui ne veut rien dire est remplacé par un énoncé du médecin qui ne signifie pas dans l'ordre des références du patient : la part du symptôme qui est un trou dans le sens (donc demande de sens) n'est pas traitée (ce qui ne signifie pas que le malade ne sera pas soigné⁴⁰¹). C'est bien cela que nous dit encore Herzlich :

« la maladie exige toujours une interprétation qui dépasse le corps individuel et l'étiologie spécifique. Elle entraîne toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes (...) et plus encore à son sens : « pourquoi moi », « pourquoi lui », « pourquoi ici », « pourquoi maintenant ». L'information médicale que nous partageons, le diagnostic que le praticien nous offre et que nous acceptons le plus souvent ne nous suffisent pas pour y répondre »⁴⁰².

Ce que nous cherchons à questionner et à distinguer ici, ce sont des postures cliniques, du point de vue d'enjeux sémiotiques. Nous avons distingué deux pôles, deux manières de construire la relation de soin vers lesquels *tendent* les soignants. En effet, comme le suggère Herzlich, le cas de substitution d'un signifiant qui ne veut rien dire par un autre qui ne veut rien dire non plus n'existe pas vraiment : le patient trouve toujours un peu son compte dans la proposition du médecin, mais il en éprouve plus ou moins de manque. C'est cette mesure, ce « plus ou moins », que nous souhaitons comprendre.

Une des premières pistes de compréhension concerne le critère du savoir : de quel côté le médecin, quand il reçoit le patient, met-il le savoir sur le symptôme : du son côté ou de celui du patient ? La question est compliquée car il ne s'agit pas du même savoir. Cependant, c'est déjà dans ce rapport au savoir que se distingue les deux postures que nous souhaitons distinguer.

La demande de sens qui gît dans tout recours aux urgences ne pourra être pleinement traitée par les médecins qui s'appuient exclusivement sur une médecine somatique et organique. Dans ce cas, le médecin, dans la situation clinique, adopte ce que Lacan pourrait appeler une position de « maître ». Le médecin, appuyé sur son avoir universitaire et son expérience clinique, sait *a priori* ou, plutôt, il sait *à la place* du patient. Il cherche à désingulariser le symptôme et à l'universaliser : il cherche à l'assimiler à des *causes* connues. On comprend que dans ce cas la demande de sens du côté du patient soit partiellement insatisfaite car ce procédé d'universalisation de la souffrance ne répond pas à la question : « pourquoi moi ? » que se pose inévitablement le patient, même devant un trouble somatique. Dans cette perspective, le patient est réduit à un organe défaillant, à un trouble physiologique que le médecin doit décrypter à partir de ses références et ses connaissances. Le « signifiant seul » du symptôme dont nous parlons est en quelque sorte « prélevé » - pour choisir une métaphore biologique – sur le patient pour être intégré à un système d'interprétation propre au médecin. Les médecins sont d'ailleurs en difficulté quand l'expression du symptôme est floue, contradictoire, pas lisible immédiatement (rappelons-nous du témoignage de Basile). C'est ce que nous dit Herzlich :

« Nous comprenons mieux le rôle qu'a joué le développement d'un savoir médical spécialisé, situant le décryptage du mal au seul niveau de l'organique. Il

⁴⁰¹ Cette remarque est importante car nous ne jugeons pas de l'efficacité de médecine scientifique, nous constatons simplement, dans une perspective sémiotique et communicationnelle, qu'elle ne répond pas à toute la demande du patient.

⁴⁰² **AUGE Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984].**

Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux », p.201

a d'une part coupé le lien de la description du mal organique d'avec l'ordre des références : l'organique est isolé du social. Il a d'autre part développé un système de catégories où la logique des différences, l'ensemble des symboles devenus systèmes de concepts, est censé s'identifier à une pure lecture, à un décodage objectif de l'événement. De ces coupures et rabattements dérive peut-être la difficulté, pour nous, de l'interprétation : il n'y a que peu d'espace libre pour un travail du sens. Tel semble être le prix que nous payons pour la connaissance que nous avons acquise »⁴⁰³.

Ce qu'indique Herzlich, et qui s'observe aux urgences, c'est bien une tentative de « purification » du symptôme (« pure lecture ») d'éléments de savoir qui peuvent être hétérogènes au savoir médical. La spécialisation médicale, dont on a vu avec Danet combien elle pèse sur l'organisation du travail dans les services d'urgence, a ainsi tendance à enlever aux recours que reçoivent les services d'urgence leur qualité de demande, définie au sens psychanalytique du terme. La demande est l'expression d'un désir, d'un désir de reconnaissance qui passe, pour le patient, face au médecin notamment, dans la manière de décrire son symptôme singulièrement. La demande pourrait se définir comme ce qui, du désir, passe dans une tentative de faire signifier le symptôme pour un autre. Or, comme le désir est proprement ce qui singularise chaque sujet, s'il n'est pas entendu dans la demande par le médecin, l'accueil médical tend à désobjectiver les patients : c'est ce que nous évoquons en parlant d'universalisation de la souffrance. A lire le symptôme grâce à des « cas d'école », les médecins mettent les patients dans des séries de cas identiques pour rationaliser leur clinique. C'est tout le dilemme des services d'urgences qui présentent cette ambivalence de devoir à la fois inventer des modes de rationalisation du soin tant il faut traiter un nombre importants de recours et, en même temps, de savoir accueillir le part psychique de toute demande aux urgences qui, quel que soit le symptôme, contient sa part d'angoisse, soit sa part de demande de sens.

La médecine somatique, aux urgences, s'inscrit plutôt dans ce modèle du travail et de l'accueil des recours à partir du savoir médical, ce qui pousse le médecin, face aux patients, à *nommer* le symptôme plus qu'à l'expliquer et à lui donner du sens. Quand la demande de sens se fait trop pesante et que les médecins ne sont pas en mesure d'y répondre, quand quelque chose s'obstine à excéder la nomination, les patients sont souvent orientés vers la psychiatrie.

Il nous semble que la psychiatrie, quant à elle, considère dans sa clinique un autre type de savoir. Alors que les psychiatres possèdent aussi un stock de connaissances disponibles et issues du savoir médical, ils ne le mettent pas aussi directement en œuvre que les somaticiens face aux patients. Pour être plus précis, disons que le fait qu'un *autre* savoir sur le symptôme émerge *du patient lui-même*, et qu'il soit profane par rapport au savoir médical légitime, ne gêne pas les psychiatres qui, au contraire, se saisissent de ces formulations pour les transformer en indications cliniques. Comme nous l'indiquons à plusieurs reprises dans notre journal, les psychiatres s'enquêtent toujours de la signification individuelle et sociale du symptôme *pour* le patient. Autrement dit, à mesure que le psychiatre construit une interprétation du symptôme selon ses propres critères cliniques ou psychopathologiques, il laisse au patient le soin d'élaborer, en parallèle, en quelque sorte, une signification de son symptôme dans sa langue et dans ses formulations propres. Aux urgences, les patients ont une grande tendance, d'ailleurs, à formuler et reformuler sans cesse leur trouble. Consciemment, il s'agit de toujours mieux le dire au médecin, au psychiatre, de faire

⁴⁰³ *Ibid.*, p. 26

reconnaître ce qui fait souffrir en donnant au mal des causes sociales et familiales souvent imaginaires, mais il s'agit aussi, pour le patient, de manière inconsciente d'essayer de s'expliquer, à lui-même, sa souffrance. Parlant de ces formulations profanes de la maladie, Herzlich nous en dit ceci :

« les représentations profanes de la santé et de la maladie ne sont en rien réductibles aux conceptions médicales du pathologique. Elles n'en sont pas un appauvrissement ni une distorsion. Elles se situent sur un autre plan et répondent à d'autres questions. Elles n'en sont pas pour autant isolées et peuvent intégrer de nombreux éléments du savoir médical ⁴⁰⁴ ».

Devant le signifiant seul de son symptôme, devant le trou dans le sens qu'il produit, le patient a besoin d'un autre à qui proposer une construction signifiante de cet événement réel, dans des termes qui lui appartiennent. L'autre, le médecin, doit adopter une posture clinique qui puisse donner une consistance aux dires du patient sur son symptôme, à ce savoir spécifique, pas validé par la science, certes, mais qu'est bien en train de construire le patient pour voiler le trou de l'angoisse qui a motivé le recours aux urgences. Seule cette posture clinique permet d'éviter de tomber dans le discours couramment entendu aux urgences où les médecins se plaignent de traiter de la « *bobologie* ». Bien sûr, ils traitent un symptôme anodin selon les critères de la médecine scientifique, mais c'est toujours un point d'angoisse qu'ils accueilleront en ce que ce symptôme a tellement interrogé le patient qu'il a dû recourir aux urgences. Au contraire de l'institution hospitalière, les patients n'ont pas de critère de ce qui justifie de recourir aux urgences si ce n'est l'expérience d'une suspension du symbolique. Or, les ressources de chaque patient à pouvoir sémiotiser ses symptômes relève d'une stricte singularité, du rapport du patient à son corps, des hypothèses qu'il est en mesure de faire sur la formation de ses symptômes psychiques. Or, sur ce dernier plan, on sait combien le refoulement peut être à l'œuvre pour laisser le patient dans un non-savoir sur les souffrances dont il est lui-même l'auteur.

Aussi, comme nous l'inspire la lecture d'Augé et Herzlich, le médecin est encore attendu à une autre place par le patient. Le médecin doit certes donner une consistance à une signification singulière du symptôme, mais il doit aussi accueillir la maladie dans sa dimension de « *signifiant social* ». En quelque sorte, le médecin, et peut-être encore plus le médecin hospitalier, est attendu par le patient à une place de garant du contrat social via la lecture du symptôme qu'il propose.

S'adresser à un médecin à l'hôpital n'est pas la même chose que de s'adresser à lui dans un cabinet privé. A l'hôpital, le médecin est le dépositaire d'une parole singulière – garantie, d'une certaine manière par le secret médical – et, en même temps, il incarne l'institution hospitalière et, de manière métonymique, le collectif. Les psychiatres sont particulièrement sujets à ce genre d'investissement diffracté de la part des patients. Nous renvoyons ici aux situations et fragments cliniques de notre journal que nous avons évoqués. Ainsi, Madame B. (*fragment 2*) fait part de ses désirs de mort en même temps qu'elle exige du psychiatre de lui trouver un logement. Ainsi, Monsieur A. (*fragment 11*) qui fait part de son angoisse consécutive à la mort de sa mère et qui, lui aussi, demande un toit. Ainsi, Monsieur K. (*fragment 5*) qui dit son désir de mort en le reliant à un manque de reconnaissance sociale, au sentiment d'une situation professionnelle dégradée. Ainsi, Monsieur B. (*observation 3*) qui revient aux urgences de lui-même parce que l'insupportable angoisse remonte et qui présente ses fiches de paie à la psychiatre dont il imagine qu'elle pourra lui trouver un logement. Les exemples sont nombreux, le journal en regorge.

⁴⁰⁴ *Ibid.*, p.207

La souffrance, quand elle est prise en charge par le collectif est souvent, pour le sujet, l'occasion de produire, à l'intention d'un représentant du collectif, une métaphore de son rapport aux autres. C'est bien là encore ce que nous dit Herzlich : « *Parce qu'elle exige une interprétation, la maladie devient donc support de sens, signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social* »⁴⁰⁵. C'est en ce sens qu'Herzlich parle de la maladie comme d'un « *signifiant social* ». L'expression peut paraître un peu redondante car le signifiant nous vient toujours de l'Autre, mais Herzlich emploie sans doute une telle expression pour montrer que la maladie s'institue comme un support de communication, presque comme un discours. Il s'agit tout de même d'un discours un peu particulier puisqu'il présente la spécificité d'être en manque de mots. La maladie porte toujours en elle cette fonction d'adresse à l'autre qui existe dans tout discours.

Cela nous amène à penser que l'hôpital, et sans doute particulièrement les services d'urgences, à travers la façon dont il est investi par les patients, est une institution comme les autres. Autrement dit, ce n'est pas parce que cette institution se consacre au soin, qu'elle essaie de techniciser et de scientifier de plus en plus, qu'elle ne doit pas assumer sa fonction de garante de la pérennité du contrat social. Il nous semble que notre expérience ethnographique et notre thèse de manière plus générale montrent comment les urgences sont le lieu de confrontation d'un double mouvement : celui, institutionnel et administratif, de rabattement du soin vers sa dimension technique et, celui, social, d'attente d'un soin dans ses dimensions anthropologiques, relationnelles, communicationnelles et politiques.

Sur l'issue de cette confrontation, les anthropologues de la médecine ne nous rassurent pas trop en notant que nos sociétés tendent à dissocier ce que nous nous avons décelé être trois composantes essentielles de la médecine : la technique, le sens et le politique. Augé nous indique ainsi, à partir de recherches sur l'interprétation de la maladie dans les sociétés lignagères de Côte d'Ivoire et du Togo, que « *le contenu nécessairement social de toute définition de la maladie est peut-être plus facile à appréhender dans les systèmes médicaux (et sociaux) qui postulent plus explicitement que d'autres l'existence d'un lien de nature entre nosologie et ordre social* »⁴⁰⁶. Ainsi, alors que certains médecins aujourd'hui ont tendance à refouler le fait qu'il n'y a pas d'interprétation possible de la maladie hors de la connaissance médicale, les patients, dans une sorte de nécessité anthropologique, affluent aux urgences sans connaître le sens dernier de leur maladie, mais en envisageant l'hôpital comme l'institution qui répondra techniquement et socialement, sémiotiquement, pourrait-on dire, au malheur.

B. Psychiatres et médecins généralistes : l'inversement des rôles aux urgences ?

Ce que nous donnent à penser les considérations précédentes, c'est qu'il est difficile d'envisager, dans l'hôpital d'aujourd'hui, une articulation de la logique de la science et de la logique du sens dans le soin. Cela nous a amené à constater qu'aux urgences étaient repérables deux logiques soignantes, deux postures cliniques qui, grossièrement, distinguent – sans les opposer radicalement – logique somatique et logique psychiatrique. C'est un peu une déclinaison, sur le terrain des urgences, de la distinction opérée par Laplantine entre « *thérapeutes qui voient* » et « *thérapeutes qui écoutent* »⁴⁰⁷, nous y reviendrons. Ce qui nous interpelle pour le moment dans ce constat, c'est que les rôles sont comme inversés

⁴⁰⁵ Ibid., p.202

⁴⁰⁶ Ibid., p.40

⁴⁰⁷ LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*. Préface de Louis-Vincent Thomas. Payot, 1986.

aux urgences. Le spécialiste (le psychiatre) n'obéit pas aux logiques de spécialisation et de scientification de la médecine alors que c'est le généraliste somaticien, catégorie de médecins la plus nombreuse aux urgences, qui suit la logique scientifique. C'est maintenant ce paradoxe que nous voudrions commenter et analyser.

Afin de mesurer ce retournement, nous devons d'abord nous référer à ce qui constitue l'identité et le métier des médecins généralistes. Pour cela, nous nous appuyons, sur un ⁴⁰⁸ numéro de la revue *Autrement* où se sont exprimés à la fois des médecins généralistes et des anthropologues. Ce que revendiquent les généralistes, à travers leurs témoignages, pour constituer l'identité de leur métier, c'est de pratiquer une médecine essentiellement *relationnelle* et *résiduelle*. Nous avons bien sûr été interpellé par ces notions qui renvoient à la fois pour nous, sur le plan pratique, à la réalité de l'urgence hospitalière et, sur le plan théorique, à la perspective communicationnelle et psychanalytique que nous avons engagée dans cette thèse pour lire notre objet. Sur le plan théorique en effet, la tension repérée par les généralistes entre relation et résidu renvoie pour nous à la tension entre le symbolique et le réel. Cela renvoie aussi, plus précisément, à ce que nous évoquons plus haut au sujet de la tension entre les tentatives diverses de sémiotisation de la souffrance et du symptôme et le reste produit dont il est fait un usage différent par les médecins somaticiens et les psychiatres. Aux urgences, ce sont les médecins somaticiens, généralistes, qui ne savent pas faire usage du reste de la sémiotisation – du reste qui apparaît suite aux tentatives de mise en ordre du symptôme dans les références de la médecine. Ce sont alors les psychiatres – spécialistes – qui traitent ce reste, ce résidu de la médecine scientifique. Or, cette logique que nous observons aux urgences est tout le contraire de la médecine de ville si l'on se réfère à ce que nous dit Galam de la médecine générale :

« Le généraliste prend en charge les maladies fonctionnelles, « essentielles », ou même « imaginaires », toute cette pathologie en marge de la médecine, avant, pendant, et après la médecine organique. Il est aussi spécialiste de toutes les maladies de la vie, toutes celles qui ne sont pas vraiment reconnues comme telles, celles qui viennent de difficultés sociales, familiales ou affectives pour lesquelles il est bien plus compétent que n'importe quel spécialiste et peut tout à fait servir de recours spécialisé à ceux qui, ayant fait le tour des différentes spécialités et des médecines alternatives, souffrent toujours »⁴⁰⁹.

C'est en partant de ce constat, selon lequel la médecine générale arrive après épuisement des spécialités, qu'il la considère comme résiduelle. C'est d'ailleurs comme cela qu'elle est implicitement considérée dans les échelles de légitimité des pratiques et des carrières dans le champ médical, instituées par l'Université : « *La médecine non spécialisée est ressentie encore comme trop vague. Elle devient « générale » et pourrait en fait être qualifiée de résiduelle* »⁴¹⁰. Aux urgences, les généralistes ont des difficultés à accepter ces aspects imaginaires ou résiduels des demandes soulignés par Galam comme étant au cœur des attentes des patients vis-à-vis des médecins. Nous en avons des exemples nombreux dans notre journal, mais peut-être pourrions-nous citer cette petite saynète de *l'observation 20* où l'on voit un médecin avec ses internes qui, à peine sorti de la chambre du patient, lance à

⁴⁰⁸ *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. *Autrement*. Coll. « Mutations ».

⁴⁰⁹ GALAM, Eric. « Les généralistes : fossiles ou précurseurs ? ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. *Autrement.*, pp.14-15

⁴¹⁰ *Ibid.*, p13

tue-tête un commentaire ironique sur celui-ci : « *Monsieur T. est grand habitué [du service d'urgence] alcoolique qui veut se suicider le soir et vivre le matin* ». On voit bien comment, dans ce qui se veut un trait d'esprit à destination des internes, une sorte de dénigrement du patient s'opère quand rien d'organique n'a pu être trouvé pour qualifier le recours du patient. Or, c'est sans doute précisément cette question à la vie, au sens de la vie, qu'était venu poser le patient aux médecins des urgences.

Or, une réponse sur le sens de la vie, c'est bien ce qu'attendent les patients de la part de médecins qui s'occupent du corps et de la personne globale – générale. Le patient s'adresse à ce médecin – généraliste – pour éviter, précisément, la segmentation de sa personne en une série d'organes qui connaîtrait des pannes. C'est son rapport à la vie (et à la mort) que le patient vient interroger auprès du médecin, comme nous le dit Le Breton, toujours dans ce même ouvrage sur les généralistes :

« La demande de signification adressée au médecin porte anthropologiquement au-delà de la souffrance ou de l'anxiété immédiates, elle engage en profondeur la signification de l'existence quand l'irruption du mal la met en porte à faux. Comprendre le sens de sa peine est un autre façon de comprendre la sens de sa vie »⁴¹¹.

Cette citation montre bien comment la demande *immédiate* (dans l'urgence, donc) voile toujours une interrogation plus profonde qui renvoie à une temporalité subjective et psychique plus longue que celle du présent du recours.

Ce qui est peut-être le plus étonnant dans cette « saynète » que nous relatons est que le médecin dont nous parlons est en décalage complet avec le modèle du médecin généraliste évoqué par les témoignages que nous lisons. En effet, non seulement ce médecin manque la demande de signification du patient sur son existence mais, en plus, il semble complètement évacuer la dimension relationnelle, transférentielle, du soin. En se moquant ouvertement du malade devant sa chambre, le médecin se met dans une posture où il ne se fera jamais le médiateur entre le malade et sa souffrance, dont Galam nous indique pourtant qu'il s'agit d'une fonction essentielle de la médecine :

« C'est « en jouant » pleinement et authentiquement son rôle de docteur que le praticien aide son patient à tenir totalement son rôle de malade pour pouvoir mieux en sortir. (...) Le médecin dispose du pouvoir de se prescrire, c'est-à-dire de se laisser plus ou moins bien utiliser par son patient. Il n'est plus ici l'artisan qui va façonner le corps soumis du patient, mais plutôt l'outil humain plus ou moins flexible et performant qui va permettre à ce dernier d'intégrer et dépasser sa maladie. Il permet au malade de mieux « communiquer » avec sa maladie »⁴¹².

Galam résume alors cette propriété malléable et adaptative de la médecine générale en parlant de médecin-caméléon⁴¹³. Notre médecin des urgences n'est ainsi pas caméléon, mais se veut l'artisan qui façonne un corps soumis. C'est bien parce qu'il considère sans doute que son patient est réductible à un corps, qu'il peut se permettre de le dénigrer en sa présence.

⁴¹¹ LE BRETON, David. « Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. *Autrement*, p.39.

⁴¹² GALAM, Eric. « Le remède-médecin ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. *Autrement*, p.52

⁴¹³ Nous approfondirons ces éléments sur la place de l'imaginaire et de la théâtralisation dans l'urgence au chapitre suivant

Ce point de vue sur l'urgence à partir de la médecine générale ne consiste pas en un souhait de stigmatiser ou de normer la pratique médicale aux urgences. Elle se veut simplement un point de repère. Nous repérons que ce sont les psychiatres qui, aux urgences, endossent pour partie le rôle de la médecine générale de ville.

En fait, ce constat n'est pas vraiment étonnant. Si les psychiatres aux urgences peuvent être apparentés à des généralistes de ville c'est qu'ils ne sont sans doute pas, à proprement parler, des spécialistes, au sens où l'entend l'institution médicale (hôpital et université). Leur spécialisation ne consiste pas en effet en une segmentation du corps. La spécialité du psychiatre, c'est le psychisme. Or, le psychisme est impossible à rabattre sur un organe, même pas sur le cerveau, ce que pourrait laisser penser un raisonnement trop rapide et courant qui, partant du constat que le psychiatre prescrit des médicaments qui ont une action sur le cerveau, conclut à une équivalence entre psychiatrie et neurologie. L'approche clinique de la psychiatrie, en tous cas celle que nous avons observée aux urgences, est précisément celle qui tente de « rassembler » le sujet en situant le symptôme dans une histoire singulière et collective. La seule division du sujet que la psychiatrie accepte est celle, fondamentale, entre corps et langage et qui justifie toute sa place aux urgences car elle permet de conférer un statut très spécifique au symptôme qu'elle inscrit à fois dans le corps (qui fait mal sous la forme de la lésion, de la douleur ou de l'affect) et dans le langage (sous la forme de la métaphore ou de la métonymie d'un conflit psychique, d'une difficulté sociale⁴¹⁴). Rappelons-nous à ce sujet le cas d'Hector qui présente un symptôme somatique pour dire son isolement social.

Cet apparentement des psychiatres des urgences aux médecins généralistes de ville n'est cependant pas une superposition. Le psychiatre des urgences ne peut pas être un « caméléon » au même titre que le généraliste car il n'a pas connaissance de l'histoire longue du patient. On comprend alors la signification de la phase d'enquête sur la vie du patient à laquelle se consacrent les psychiatres quand ils reçoivent un patient inconnu (cf. *observation 2*). Une lecture trop rapide de ce phénomène pourrait amener à l'interpréter un peu à la manière foucauldienne, sous l'angle de la surveillance ou du gouvernement des corps. Il est vrai que les psychiatres s'instruisent, auprès de la famille et d'un certain nombre d'institutions (sociales, médicales, judiciaires), sur le patient avant de le rencontrer. Cela amène à une lecture du recours du patient dans un discours institutionnel déjà construit, certes. Mais c'est aussi cette précaution, cette récolte d'information, qui a une chance de faire résonner le trouble singulièrement pour le patient et lui amener des réponses en termes de sens. Impossible, ainsi, de comprendre le lapsus de la mère de Justine (*fragment clinique 14*) sans connaître le parcours de la jeune fille dans le milieu hospitalier. De même, l'information médicale sur les patients, stockée sans limite de durée grâce à l'informatique, contribue à élaborer, pour les soignants, une sorte de continuité de la vie du patient au-delà du caractère éphémère de son recours.

A bien y réfléchir, on peut aussi comprendre la posture des médecins somaticiens généralistes aux urgences qui sont pris dans des contraintes institutionnelles telles qu'il sont obligés de refouler la dimension relationnelle de leur métier. S'ils voulaient véritablement *écouter* les patients plutôt que de seulement les *voir*, pour reprendre la distinction de Laplantine, ils ne seraient plus en mesure de répondre aux exigences d'orientation de l'institution hospitalière. Les urgences se présentent en effet, certains jours de forte affluence, comme une gare de triage : les médecins sont alors contraints de répondre d'abord à l'institution avant de répondre aux patients. Or l'institution pose des questions

⁴¹⁴ On sait ainsi combien les accidents du travail et les « troubles musculo squelettiques » *parlent* de situations de souffrance psychique au travail, bien avant les spectaculaires suicides qui ont récemment fait le Une des journaux.

radicales, presque dichotomiques : ce patient doit-il être ou non hospitalisé ? Si oui, quel est le service de spécialité vers lequel il doit être orienté ? Ainsi, avoir trop d'informations sur le patient brouille la capacité de décision des médecins, ce qui peut largement expliquer leur écoute sélective. C'est donc aussi l'organisation institutionnelle des services d'urgence qu'il faut interroger.

Cette réflexion nous amène maintenant à une conclusion plus générale. Le modèle du médecin généraliste auquel nous avons soumis l'urgence hospitalière semble indiquer qu'il n'y a plus de possibilité, aujourd'hui, de trouver à l'hôpital des médecins qui puissent à la fois assurer les dimensions techniques/scientifique et relationnelles/symboliques de leur métier. Les services d'urgence sont un lieu idéal pour observer cela car dans leur espace se projette cette diffraction, cette division de la médecine contemporaine. Les services d'urgence sont en cela un lieu à part de l'hôpital car ils parviennent tout de même à faire cohabiter, à ce que se juxtaposent, ces deux dimensions de la médecine sans qu'aucune, au fond, ne cannibalise vraiment l'autre. Au lieu qu'un médecin en particulier supporte cette division, chaque médecin se donne l'illusion d'une uniformité de sa pratique et renvoie à l'organisation institutionnelle le soin de faire perdurer les deux dimensions du soin.

Nous souhaitons maintenant achever notre lecture de l'urgence en termes de sémiotique politique en nous penchant désormais plus particulièrement sur la problématique de l'énonciation dans l'urgence. A quelles conditions la dimension signifiante du soin peut-elle émerger quand le temps pour dire est limité ?

C. Enoncer dans l'urgence : le moment d'un simple retournement signifiant ?

Pout enrichir nos considérations sur l'articulation de la clinique et du politique dans la psychiatrie d'urgence, nous souhaitons nous pencher brièvement sur la réflexion de Judith

Butler qui, dans le *Pouvoir des mots*⁴¹⁵, nous permet de penser ce que pourrait être une *énonciation dans l'urgence*. Nous souhaitons montrer que les entretiens de psychiatrie aux urgences sont un appel, pour le sujet en détresse, à produire une énonciation dans l'urgence qui prenne la valeur de ce que Judith Butler appelle une « *resignification subversive* »⁴¹⁶. Dans cette perspective théorique, on peut envisager le psychiatre comme un médiateur qui donne au sujet en détresse la possibilité de faire « resignifier »⁴¹⁷ les énoncés qui l'emprisonnent et ont justifié, pour une part, son recours aux urgences.

Le bureau du psychiatre se présente ainsi souvent comme un espace d'énonciation relativement libre où le discours est moins contraint et censuré que dans l'espace public. Le psychiatre est en mesure d'entendre, dans le colloque singulier avec le patient, ce qui est interdit ou censuré dans les relations de communication plus normées de l'espace public. Il y a en fait quelque chose d'assez paradoxal dans la position du psychiatre aux urgences.

⁴¹⁵ BUTLER, Judith. *Le pouvoir des mots. Politique du performatif* [1997]. Amsterdam, 2004.

⁴¹⁶ Ibid., p.244.

⁴¹⁷ Ce néologisme, que nous empruntons ici à J. Butler n'est peut-être pas très heureux. La notion qu'elle souhaite ici désigner mérite sans doute d'être appelée autrement. Il nous semble qu'à travers la construction de ce terme, J. Butler a cherché à enserrer deux processus qui sont celui de la répétition et celui du déplacement de la signification. Répétition et déplacement sont en effet deux processus psychiques relevés par Lacan comme fondamentaux. Si le sujet répète – du fait de l'insistance de la pulsion – il ne répète jamais de la même manière et opère toujours des déplacements, si infimes soient-ils. Cela tient à l'énonciation qui est par définition imprévisible. Or, la démarche de Butler consiste à envisager les moyens de réponse à la répétition de l'insulte par un usage singulier et subversif – qui déplace, donc – de l'énonciation.

En effet, d'une part, il est garant d'une forme d'ordre puisqu'il est détenteur de moyens de médecine légale : il peut prononcer des hospitalisations sans consentement en cas de trouble à l'ordre public et de mise en danger de la santé du sujet. D'autre part, notre expérience ethnographique a pourtant révélé combien les psychiatres étaient en mesure d'entendre, dans le cadre de la protection du secret médical, des paroles qui pourraient mettre en cause le sujet sur le plan de la loi sans pour autant en faire part aux autorités de police. Cela s'explique sans doute par le fait que la parole et la vérité n'ont pas le même statut pour les psychiatres que pour la police. Pour la police, il s'agit de trouver la vérité des faits, ce qui suppose une conception de la vérité bien particulière qui postule une adéquation de la parole aux faits et aux choses. La police est dans une logique de l'aveu, de la recherche de la vérité par rapport au mensonge. La psychiatrie, au contraire, ne croit qu'en une vérité subjective : elle ne cherche pas à connaître ce qui, dans la parole du sujet, renvoie à des faits avérés. Peu importe que le sujet dise la vérité ou qu'il mente, ce qui est important c'est le *dire* du sujet, son *énonciation*, sa manière subjective d'user du langage et qui révèle des positions subjectives qui renseigne sur les conflits psychiques, les pathologies. Ainsi, un lapsus ne dit pas la vérité des faits, mais la vérité du sujet, c'est-à-dire la vérité de son désir. Ainsi, une manière de décrire ses semblables avec méfiance, de les accuser, peut révéler non pas que ces autres sont coupables, mais, peut-être, que le sujet qui énonce se met en position de victime ou est paranoïaque, etc. On a distingué ici la différence entre psychiatrie et police, mais on pourrait faire la même distinction entre psychiatrie et médecine somatique. La psychiatrie accepte une description flottante du symptôme parce qu'elle sait que la part réelle du symptôme ne sera jamais capturée dans le signifiant de l'énoncé du sujet ; la médecine somatique est à la peine avec les descriptions de symptôme qui renvoient mal à une vérité médicale, avérée, des troubles physiologiques où telle plainte (tel énoncé) correspond à tel affection en termes biologiques. Rappelons-nous les propos de Basile qui cherchait désespérément des « *cas d'école* » dans les demandes des patients !

Pour revenir sur le rapport entre la norme et l'écoute que proposent les psychiatres, deux exemples du journal ethnographique sont intéressants.

Le premier est celui que nous relatons à *l'observation 12*. Plusieurs éléments d'importance figurent dans cette situation, nous n'en retiendrons ici qu'un seul pour illustrer nos développements présents. Un patient, qui est en garde à vue, a été amené par la police la veille au soir car il présentait des signes d'angoisse tels qu'ils empêchaient le déroulement du travail de la police au commissariat. Il s'agit d'un cas où le psychiatre est sollicité pour dire si le patient est en mesure ou non, suivant son état de santé, de retourner en garde à vue. Or, les policiers outrepassent ce jour-là ce qui leur est permis. En effet, ils demandent au psychiatre de bien vouloir « enquêter » sur le patient en essayant de voir, lors de l'entretien médical, s'il ne serait pas impliqué dans une affaire de trafic de drogue ! Le psychiatre est ici très catégorique : pour lui, il s'agit de s'entretenir avec un *patient*, ce qu'il signifie en demandant aux policiers de bien vouloir retirer les menottes du sujet en question. L'entretien psychiatrique, auquel j'assiste, portera sur les symptômes d'angoisse du patient et non sur les raisons de l'interpellation. Le patient est invité à dire une vérité subjective, ancrée sur l'élaboration symbolique à partir d'un symptôme, ce qui n'a rien à voir avec l'aveu qu'attendent les policiers.

L'autre exemple est celui, déjà commenté, de Monsieur C. (*fragment clinique 10*). Dans cette situation, la psychiatre est dépositaire d'éléments inquiétants sur ce patient qui, très désinhibé sur le plan sexuel et d'après les informations recueillies auprès des parents et du patient lui-même, aurait été l'auteur probable d'agressions sexuelles. Mais la psychiatre, plutôt que de prendre ces informations au pied de la lettre comme renvoyant de manière

certaine à des faits, préfère lire, dans ces propos familiaux qui se croisent, des indications pathologiques et, notamment, les conséquences d'un conflit œdipien important. C'est au titre de cette écoute spécifique, attentive à la vérité subjective, qui n'appose pas d'emblée une norme sur le discours de l'autre, que l'entretien de psychiatrie a une fonction spécifique aux urgences. Il permet de faire du bureau du psychiatre un lieu d'énonciation inédit, à deux dimensions : l'une est cathartique, imaginaire (nous verrons cela dans le chapitre suivant), l'autre est ouverture à un travail symbolique à partir de ce qui vient de s'énoncer et qui était indicible, ineffable, dans l'espace public, ce qui a provoqué la crise et le recours aux urgences. Aux urgences psychiatriques, une place est laissée à un au-delà de la norme, quoiqu'on puisse en penser en considérant, de l'extérieur, les hospitalisations sous contrainte qui y sont prononcées. Cela ne signifie pas que la norme, le politique et le collectif s'évanouissent. Il s'agit plutôt, dans les entretiens de psychiatrie, de laisser la place à des énoncés et des comportements hors-normes pour, ensuite, essayer de trouver, par des opérations signifiantes ou institutionnelles, des manières, *pour chaque sujet*, de réaménager son *rapport singulier* à la norme pour qu'elle soit moins source de souffrance.

Ces digressions sur des exemples nous permettent sans doute de mieux comprendre l'usage que nous souhaitons faire des réflexions de J. Butler. L'entretien de psychiatrie aux urgences apparaît comme un espace de communication où, à la fois, les normes peuvent être interrogées et où l'attention est portée à la question de l'énonciation comme retravail singulier de la norme⁴¹⁸. Or, c'est précisément ce qui intéresse J. Butler puisqu'elle cherche à savoir par quels moyens il est possible, dans l'ici et le maintenant – dans l'urgence donc –, de s'émanciper du poids d'une norme par un usage du langage. Bien sûr, J. Butler développe sa réflexion à partir des modalités de réponse à l'injure et ce n'est pas tout à fait d'une injure que sont victimes les patients qui se retrouvent aux urgences psychiatriques. Peut-être pouvons-nous faire cependant des analogies intéressantes. Déjà, la traduction française de l'ouvrage de J. Butler est trompeuse car elle traduit « *to call someone a name* » par « *injurier quelqu'un* ». Une note des traducteurs en fin d'ouvrage est très précieuse à ce propos :

« Cette expression, qui signifie « injurier quelqu'un », J. Butler l'utilise en faisant jouer son sens littéral (...). Les noms que l'on nous donne, en particulier les noms injurieux, sont-ils toujours en même temps un « appel », une interpellation, qui instaure une relation entre celui qui donne et celui qui reçoit le nom ? Bien sûr, comme il n'y a pas en français d'expression susceptible d'exprimer cette plurivocité, la traduction doit trancher entre deux significations, mais dans l'usage qu'en fait J. Butler, les deux sens, donner un nom et insulter, sont toujours présents à la fois. »⁴¹⁹.

Ainsi, Judith Butler réfléchit autant sur l'insulte que sur l'assignation du sujet par la nomination. Pour ce dernier cas, celui de l'assignation, nous pouvons trouver des équivalents aux urgences psychiatriques⁴²⁰. Des sujets qui se retrouvent aux urgences expriment l'idée qu'ils souffrent d'être assignés par l'Autre (le collectif, une partie du collectif) à une place depuis laquelle leur désir devient insituable. Ces sujets font part du fait, de

⁴¹⁸ Au fond, énoncer, c'est à chaque fois inventer un rapport à la norme puisqu'il s'agit, en parlant, de s'appropriier singulièrement, le code commun de la langue, les contraintes du langage.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p.284

⁴²⁰ En fait, il existe aussi des sujets qui arrivent aux urgences parce qu'on les insulte. Cela entre cependant parfois dans le cas d'une psychose paranoïaque. L'application de la théorie de Butler est alors là plus hasardeuse et nous nous en abstenons. Le cas de Monsieur A. que nous observons dans le corps du texte subit à la fois une assignation de la société, par le signifiant, et l'insulte (rejet de la communauté gitane).

manière plus ou moins consciente, que des énoncés, auxquels ils se sont identifiés dans le passé, les emprisonnent dans des souffrances psychiques insupportables. Tout se passe comme si le sujet se représentait *tout entier* par un signifiant, ce qui ne laisse pas de place à son désir, c'est-à-dire à ce qui est irréductible au signifiant. La logique, décrite par Lacan, qui veut que « *le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant* » est rompue. Or, dans le défilé de la parole, c'est bien dans l'interstice entre les signifiants que peut se glisser le désir pour s'y représenter en partie. Telle métaphore, telle métonymie, telle concaténation de sons, tel jeu de mots, tel lapsus, sont des usages *poétiques* de la langue, par lesquels chaque sujet rend compte de son énonciation et donc de la particularité de son désir, c'est-à-dire de ce qui le rend irréductible à un autre sujet. Ainsi, comment faire reconnaître son désir – et entrer ainsi dans la dynamique du rapport à l'autre – dès lors qu'on se croit représenté par un seul signifiant, c'est-à-dire assigné ? En ce sens, l'assignation marque le début de l'exclusion et de la précarité qui concernent bon nombre de sujet aux urgences.

Nous pouvons ici proposer une relecture du cas de Monsieur A. (*fragment clinique 11*), déjà commenté sous d'autres aspects. Ce patient fait partie de ces sujets qui recourent aux urgences parce qu'ils souffrent d'une assignation trop rigide de la part de l'Autre. Il est aussi l'objet d'insultes qui le minent depuis longtemps. Ce sujet se situe dans une précarité sociale – c'est un SDF – et psychique – il est très angoissé, a des désirs suicidaires – extrêmes qui se lisent sur son corps abîmé mais aussi dans son discours. En effet, nous avons été marqué, chez Monsieur A, par la particularité de son énonciation à la fois singulière, comme toute énonciation, mais en même temps rattrapée par la présence et la répétition de formes qui semblent ne pas lui appartenir et pourtant par lesquelles il choisit de se représenter. C'est ainsi que Monsieur A. assigne son identité à des mots qui, en fait, le malmènent psychiquement. Par exemple, il se décrit, en se dévalorisant, comme « *adulte handicapé* ». Il est patent que cette expression n'a pas fait l'objet d'une appropriation singulière tant on retrouve, sans déformation, l'expression émanant du vocabulaire des pouvoirs publics « *allocation aux adultes handicapés* ». Monsieur A. ne cherche pas spécialement à signifier ni qu'il est adulte, ni qu'il est handicapé, il se loge, sans le questionner, sous le signifiant venu du collectif qui l'assigne à une place comme si elle était inamovible. De même, ce patient se qualifie de « *simple d'esprit* » alors qu'on aperçoit encore qu'il s'agit d'une expression reçue de l'Autre – c'est une expression « toute faite » – et qui a, cette fois, des allures d'insulte, si l'on veut se rapprocher des considérations de Butler. Concernant la question de l'insulte plus proprement dite, Monsieur A. semble aussi en être victime, puisqu'il vit une situation d'errance depuis le rejet, dont il a fait une difficile épreuve, de la communauté gitane catalane de Perpignan parce qu'il était gitan espagnol.

Ce que nous comprenons des réflexions de Butler quand elle parle de « *resignification subversive* », c'est qu'elle invite à exploiter, dans l'urgence, cette particularité du langage, soulignée dans ses effets cliniques par Lacan, d'être équivoque. Il s'agit de remettre en marche, de manière fulgurante, cette dynamique qui fait qu'un signifiant renvoie toujours à un autre et qu'on n'est jamais sûr d'une signification. Ne pas être assuré du sens c'est, paradoxalement, s'assurer en même temps d'une possibilité d'éviter l'assignation.

Il faut prendre garde à ne pas lire trop vite J. Butler et estimer, selon ce que nous écrivions plus haut, que le sujet doit échapper à toute nomination. J. Butler invite plutôt à se rendre compte d'un jeu possible avec la nomination qui, si elle peut assigner, figer, enfermer dans l'insulte, est aussi un moyen d'exister socialement en existant dans le langage. Le travail de l'auteur sur le performatif, fort imprégné de référence à la psychanalyse, notamment celle de Lacan et de Freud, ne cherche pas à vérifier les travaux d'Austin ou de Bourdieu. Bien au contraire, notre lecture de J. Butler nous amène à penser qu'elle

conteste le pouvoir illocutoire du langage. Elle envisage cependant, à travers la question de l'insulte, son pouvoir perlocutoire, mais elle souligne qu'il faut envisager le perlocutoire comme une possibilité *ou non* du langage d'avoir un effet. C'est justement en considérant cet effet *toujours incertain* que gît, pour J. Butler, une nouvelle occasion de signification de ce qui nous a antérieurement nommés. En s'appuyant sur Derrida, Butler indique ainsi qu'il y a toujours la possibilité de séparer un signe de ses usages antérieurs. Elle prend notamment l'exemple du signifiant « *queer* » (« étrange », en français) qui était utilisé pour stigmatiser les sujets homosexuels et qui est aujourd'hui utilisé, comme porte-drapeau pour se désigner, par les mouvements qui militent pour la reconnaissance des identités sexuelles marginales. Butler théorise cette ambivalence du statut, ce déplacement institutionnel de la signification, qui conteste, d'une certaine manière, les théories performatives trop rigides :

« Le nom utilisé pour nous appeler ne nous fige pas purement et simplement. Recevoir un nom injurieux nous porte atteinte et nous humilie. Mais ce nom recèle par ailleurs une autre possibilité : recevoir un nom, c'est aussi recevoir la possibilité d'exister socialement, d'entrer dans la vie temporelle du langage, possibilité qui excède les intentions premières qui animaient l'interpellation. Ainsi, une adresse injurieuse peut sembler figer ou paralyser la personne hélée, mais elle peut aussi produire une réponse inattendue et habilitante »⁴²¹.

Nous avons été très intéressé par ce que dit J. Butler sur la réponse inattendue, car c'est sans doute là que résident les solutions thérapeutiques aux urgences psychiatriques pour les sujets, comme Monsieur A., qui ont reçu un nom dont ils ne peuvent plus se défaire et qui les place dans une situation de grande précarité, sans expression possible de la singularité, sans possibilité d'inventer un renouage entre cette singularité et les signifiants du collectif.

Aux urgences, se joue peut-être une répétition et un déplacement de la signification à la fois des énoncés blessants. Monsieur A. répète le signifiant qui semble, pour lui, rendre compte de son identité et le psychiatre, par son intervention, est comme un médiateur qui induit une autre manière d'envisager ce signifiant, une autre manière de le faire signifier. J. Butler enjoint à exploiter cette propriété de toute énonciation d'être dans la répétition – les psychanalystes l'ont bien montré – et dans le déplacement⁴²² :

« L'intervalle qui sépare différentes occurrences d'un même énoncé rend non seulement possible la répétition et la resignification de cet énoncé, mais indique de plus comment des mots peuvent, avec le temps, être disjoints de leur pouvoir de blesser et recontextualisés sur des modes plus positifs »⁴²³.

Les recours répétés des patients aux urgences peuvent peut-être s'interpréter alors, selon cette perspective, comme l'attente d'une nouvelle occasion de signification non achevée ou à refaire, par rapport aux recours précédents.

Dans le travail de Butler, il y a encore une autre dimension qui nous intéresse pour continuer à développer notre hypothèse qui consiste à dire que la psychiatrie d'urgence institue une sorte de « *laboratoire politique* » à l'intérieur de l'hôpital. En réfléchissant aux manières de contrer l'injure et l'assignation discriminante de certains sujets, J. Butler se demande s'il ne reviendrait pas à l'Etat et aux acteurs du droit de censurer les discours

⁴²¹ *Ibid.*, pp.22-23

⁴²² La répétition est, pour Lacan, un des « *quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* ». Le déplacement est décrit par Freud, depuis *l'Interprétation des rêves*, comme un des procédés majeurs à l'œuvre dans le psychisme.

⁴²³ BUTLER, Judith. *Le pouvoir des mots. Politique du performatif [1997]. Amsterdam, 2004, p.41*

injurieux tels que les discours racistes, homophobes, etc. La chercheuse y voit un effet protecteur, certes, mais en même temps contreproductif selon deux aspects. Le premier est que pour condamner juridiquement un discours injurieux, le droit ou la justice sont contraints de le citer, d'en donner les critères, ce qui revient à encore le proférer :

« Les projets de règlementation du discours de haine finissent invariablement par le citer longuement, par élaborer de longues listes d'exemples, par codifier ce discours en vue de son contrôle ou par répéter, sur un mode pédagogique, les injures infligées par tel discours »⁴²⁴.

Le second élément, corrélatif du premier, est que le discours juridique fige l'injure. Il fixe notamment le contexte dans lequel tel propos peut être considéré, s'il est répété, comme une injure. Or, la recontextualisation de l'usage d'un signifiant fait partie, pour Butler, de la possibilité de sa resignification subversive. Autrement dit, la resignification, façon de se décaler de l'assignation, d'y inventer un rapport moins contraignant pour le sujet, est empêchée par la judiciarisation des termes. Par exemple, si le terme « *queer* », dont nous avons parlé plus haut, avait été interdit par la loi car associé à des représentations discriminantes, comment les sujets qui ont été assignés et assujettis par ce terme auraient-ils pu se l'approprier et le répéter pour le faire resignifier dans un sens favorable ? Ainsi, Butler milite pour un infini de la resignification, pour qu'il y ait toujours une nouvelle réponse à l'injure, des possibilités de faire se déplacer le signifié d'un signifiant insultant, c'est-à-dire d'exploiter les spécificités du langage, hors de l'obsession juridique de le figer :

« La manifestation publique de l'injure est aussi une répétition, mais elle n'est pas simplement cela, car ce qui est manifesté n'est jamais exactement la même chose que ce qui est signifié, et c'est dans cette heureuse incommensurabilité que réside la possibilité linguistique du changement »⁴²⁵.

Le discours juridique répète mais fige, tandis que la réponse, *dans l'urgence*, répète mais déplace du fait même du caractère de l'énonciation du sujet humain, inattendue, inventive, contrairement à l'énonciation juridique, qui se situe dans l'illusion de l'univocité des signifiants.

Il nous semble que les urgences psychiatriques, à l'hôpital, sont un lieu où est autorisée et s'opère cette « *resignification subversive* » infinie envisagée par J. Butler. Alors que le pouvoir et les institutions diverses de l'espace public figent des statuts sociaux, des pathologies, etc., les patients viennent aux urgences avec une détresse qui témoigne à la fois d'un impossible de l'assignation (d'une forme d'assignation caduque, qui ne vaut plus pour eux, dans un contexte social changeant) et d'une demande de reformulation, d'invention, de déplacement perpétuels de la signification de ce qui peut assigner, dans le collectif, pour exister à la fois comme sujet psychique et comme sujet de l'appartenance.

III. Les urgences : espace de confrontation entre les identités médicales et ligne de partage entre les logiques de soin aux urgences

Pour conclure ce chapitre assez théorique, nous proposons d'illustrer nos propos précédents par une série de situations commentées issues de notre expérience ethnographique. Il s'agit d'illustrer la distinction entre médecine somatique et médecine psychiatrique que nous avons caractérisée précédemment à l'aide de la théorie. Nous

⁴²⁴ *Ibid.*, p.72

⁴²⁵ *Ibid.*, p.164

pensons que la référence ethnographique permettra d'introduire subtilités et nuances dans ce modèle de manière à ce qu'il n'apparaisse pas à notre lecteur comme trop manichéen. Le rôle de la théorie est de généraliser dans un modèle, le rôle de la réalité de terrain est d'assouplir la théorie pour entrevoir des possibilités d'enchevêtrement et de complémentarité entre des termes que le modèle présente tout d'abord comme opposés.

A. Des cas de confrontation entre les identités médicales

Les exemples où se manifeste la confrontation entre les identités médicales sont nombreux dans le journal ethnographique. Nous n'en relèverons que quelques-uns en tâchant de faire en sorte qu'ils ne soient pas trop excessifs, pour éviter toute caricature de la vie du service. Nous ne reviendrons ainsi pas sur les conflits ouverts qui se déclarent dans les réunions cliniques du matin ou lors de la « *criée* » quand les médecins somaticiens dépeignent les patients de la psychiatrie comme de faux-malades qui encombrant des lits, en dévalorisant, du même coup, le métier des psychiatres. De même, nous avons déjà évoqué la manière différenciée dont les somaticiens parlent des patients de la psychiatrie dans un vocabulaire trivial (« *il décartonne* », « *c'est un grand barjo* », etc.) alors qu'ils désignent toujours leurs patients dans le vocabulaire technique consacré par la médecine scientifique. Ces phénomènes ont un caractère trop appuyé et emporté pour vraiment nous enseigner sur le quotidien des rapports entre soignants dans le service. A vrai dire, ces comportements et discours sont des exacerbations de ce qui existe quotidiennement de manière plus larvée mais plus apaisée. Les discours de dénigrement clamés haut et fort surgissent lors de moments de forte pression institutionnelle, dans des contextes de raréfaction des lits où chaque médecin doit se battre pour « caser » son patient et faire évacuer des lits qu'il estime occupés illégitimement.

Pour bien comprendre la confrontation des identités soignantes, il est intéressant de faire l'analyse, à travers quelques situations « apaisées », des représentations du métier que chaque catégorie de soignant prête à l'autre. La façon de dire comment l'autre travaille est ainsi une manière de dire, en creux, en quoi consiste son propre travail. Nous allons ici nous prêter, de manière très descriptive, à l'observation de ce jeu de miroir inversé.

Commençons par la représentation du métier de psychiatre par les somaticiens. Nous relèverons ici deux exemples dont le premier se situe à l'*observation 4*.

Il s'agit d'un épisode où, devant la machine à café du service, je⁴²⁶ fais la rencontre d'un médecin somaticien avec qui j'ai une conversation au sujet de ma recherche dont il me demande de lui exposer les grandes lignes. Mon attention se porte sur deux éléments. Le premier est qu'il ponctue mes propos de remarques sur sa manière de concevoir son travail autour de ses aspects techniques. Le deuxième est qu'il produit d'abord un jugement sur mon travail en le qualifiant « *d'intellectuel* », avant de me faire une remarque sur mon énonciation en me disant que je parle « *comme un psychiatre* ». A travers ces quelques éléments piochés dans une conversation anodine – une pause café – se dessine ce qui fait le cœur des conflits d'identité entre psychiatre et somaticiens. On voit comment la conception du travail se distribue entre deux pôles : celui de la technicité d'un côté et celui de la parole et de la pensée de l'autre. Le somaticien se range du côté de la technicité et renvoie ses collègues psychiatres, à travers moi qui lui parle de ma conception de l'urgence comme lieu de médiation et de communication, à un statut « *d'intellectuel* », c'est-à-dire, pour le médecin, au statut de celui qui ne travaille pas avec ses mains et qui, en plus,

⁴²⁶ Pour les commodités de la rédaction et dans un souci de cohérence avec la spécificité de l'énonciation mise en œuvre dans le journal ethnographique, ce passage sera rédigé à la première personne du singulier.

fait un usage singulier du langage. Ce qui est intéressant, c'est qu'à travers cette position dénigrante, il y a une forme de vérité qui émerge tout de même et qui renvoie au clivage que les anthropologues ont repéré dans notre médecine contemporaine entre les médecins qui voient et agissent d'un côté et ceux qui écoutent et parlent, de l'autre. Il semble que les médecins aient pleinement intégré cette diffraction de leur métier qui ne peut se trouver rassemblée dans un seul sujet médecin mais entre des médecins aux métiers différents. On pourrait dire que les médecins refoulent ce qui pourrait constituer une division instituée par la spécificité de leur métier situé entre l'abord technique du corps et la construction de la relation de soin.

Toujours à l'*observation 4*, un autre épisode vient confirmer nos interprétations où ce sont cette fois les psychiatres, lors d'une discussion dans une réunion clinique à laquelle nous assistons, qui se situent contre une vision de la médecine orientée par la biomédecine et par l'exclusivité du regard dans la clinique. C'est ce que montre leur critique du DSM et la promotion de la référence à la psychanalyse. Le chef de clinique de psychiatrie tient ainsi ce discours à ses internes : « *sans la dimension métapsychologique, absente des grilles internationales de classification des troubles psychiques, on évacue la question du lien. Avec le DSM, on perd ce fort levier thérapeutique* ». Cette fois, il est intéressant de constater que les psychiatres, dans l'entre-soi de la réunion clinique, c'est-à-dire hors d'une situation de confrontation directe avec les somaticiens, refoulent ce qui a fait le cœur du développement de la médecine moderne, à savoir, la classification des troubles héritée de la démarche propre de la biologie.

La deuxième situation que nous voudrions commenter se situe à l'*observation 12*. Comme nous l'avons déjà expliqué, les psychiatres, le plus souvent, n'interviennent pas « en première ligne » pour rencontrer les patients, à part pour les cas de trouble à l'ordre public. Dans tous les autres cas, un médecin somaticien voit le patient et demande, s'il le pense nécessaire, un « avis psychiatrique ». Cela fonctionne, aux urgences, pour toutes les sollicitations de médecins spécialistes. Ce protocole institutionnel nous intéresse en ce que la demande du somaticien s'appuie sur une représentation qu'il se fait de la compétence que pourra apporter le psychiatre dans le soin du patient. L'*observation 12* montre que les demandes d'avis psychiatriques ne sont pas toujours motivées en des termes strictement cliniques. Ainsi, une nuit, lors d'une garde, un médecin demande au psychiatre d'observer un patient qu'il estime être un « *simulateur* ». Le psychiatre de garde refuse à son collègue de prendre en charge ce patient au motif que la simulation n'est en rien une catégorie nosographique de la psychiatrie. Le lendemain matin, le chef de service, psychiatre et professeur de médecine légale, règlera ce conflit en requalifiant la demande du somaticien : il rencontrera le patient non pas sur le motif de la simulation mais à partir du symptôme qu'il manifeste : une forte angoisse.

A travers cette situation, c'est la conception de la vérité dans la médecine et dans le soin qui apparaît comme une ligne de partage déterminante dans les identités soignantes. On peut supposer que le somaticien sollicitait son collègue psychiatre en toute bonne foi, sans l'intention explicite de le renvoyer explicitement à un rôle de juge qui doit trancher sur la vérité des faits. Sans doute l'inquiétude du somaticien sur la simulation le renvoyait à une inquiétude propre à son métier qui est de pouvoir identifier une étiologie à partir d'une description où les mots du patient doivent correspondre, au plus près, à la chose qui lui arrive (douleur, lésion). Si le psychiatre a refusé cette sollicitation, c'est sans doute parce qu'il n'a pas du tout la même conception de la vérité. Or cette conception signe, en quelque sorte, son identité de soignant, la spécificité de son métier. Renvoyer le psychiatre au rôle d'évaluer si le patient ment ou pas, c'est lui enlever ce qui fait le cœur de la clinique

psychiatrique qui n'est pas de rechercher la vérité *des faits* (de voir une correspondance entre les énoncés du patient et la vérité de ce à quoi ils renvoient) mais de cerner celle des *sujets* (qu'est-ce que l'énonciation du patient indique sur son rapport aux autres, sur ses fantasmes, ses conflits psychiques... ?). Le psychiatre cherche à comprendre une réalité psychique qui ne se fonde pas sur une logique de la cause : en psychiatrie chaque cas est singulier, ce qu'illustre bien le fait que des événements de vie identiques sont interprétés et traités psychiquement de manière différente selon chaque sujet.

Les psychiatres, de leur côté, ont aussi des conceptions quelque peu arrêtées sur le métier de leurs collègues somaticiens. Là encore, nous proposons d'extraire deux situations du journal. La première se situe à l'*observation 3*. Il s'agit d'un commentaire amer d'une psychiatre suite à un patient qu'un somaticien lui adresse. Pour elle, les somaticiens se débarrassent des patients qui présentent des pathologies trop complexes sans se soucier de savoir si leurs symptômes correspondent à la compétence propre des psychiatres. Elle se plaint, à propos d'un patient qui présente des signes d'incurie et de démence avancées, qu'on lui « *adresse un patient inclassable* ». Selon elle, les patients qui ne sont pas susceptibles d'être acceptés facilement dans un service hospitalier parce que leurs problèmes sont multiples – donc pas réductibles à une monopathologie – ou parce qu'ils présentent des troubles de comportement trop importants – et risquent de perturber les services – sont relégués, comme des déchets, aux psychiatres qui se retrouvent devant le même type de problème. En effet, ce patient qui fait l'objet de la discorde semble plutôt relever d'une prise en charge en neurologie ou en gériatrie. L'hôpital psychiatrique refusera en effet ce patient. Nous repérons dans le discours de la psychiatre en train de commenter cela une conclusion importante : dans ces cas de relégation, dit-elle, « *le psychiatre sert parfois seulement à juguler l'angoisse des soignants* ».

Dans cette situation, il nous semble important de noter comment la psychiatre interroge sa place aux urgences (« médecin-poubelle » qui reçoit les déchets des somaticiens) non pas à partir d'un fonctionnement institutionnel global, mais à partir d'un comportement propre à une autre catégorie de médecins qui agiraient mal. Au fond, les problématiques d'orientation des patients sont un problème structurel et chronique des services d'urgence : c'est même ce qui justifie l'existence de ces services qui ont notamment pour fonction d'accueillir les demandes non-programmées, inattendues, pas spécifiquement calibrées pour les parcours de soin. Le médecin somaticien s'institue alors un peu, dans la formule du psychiatre aux allures paranoïaques, comme l'autre méchant et tout-puissant, comme s'il n'était pas pris dans des exigences institutionnelles qui peuvent le dépasser et expliquer par ailleurs ses manières de procéder. Notons aussi le mode défense de la psychiatre qui enferme ses collègues soignants dans un symptôme, l'angoisse, qui appartient au champ de la psychiatrie. Si le somaticien agit de la sorte, c'est qu'il est angoissé, c'est pour ça qu'il sollicite le psychiatre, pour ce patient qui n'est qu'un prétexte pour traiter sa propre angoisse. En renvoyant le médecin à ce statut angoissé, la psychiatre retrouve son identité de psychiatre égratignée à travers le patient déchet qu'on lui adresse et auquel elle s'était identifiée métonymiquement. On est ici dans une situation exactement inverse – en miroir – de celle des propos du somaticien devant la machine à café.

Nous avons pu constater le même procédé de jugement des somaticiens chez une interne de psychiatrie, à l'*observation 7*. On retrouve le reproche de l'orientation vers la psychiatrie des patients résidus ou déchets : l'interne se plaint ainsi qu'on lui attribue

« les patients pour lesquels plus rien ne peut faire l'objet d'un examen somatique »⁴²⁷. Cette fois, l'interne n'interprète pas ce procédé comme le résultat d'une angoisse, mais comme le résultat d'une pratique clinique qui serait propre aux somaticiens, du côté de « l'automatisme » dans le rapport aux patients. Il faut savoir lire ce que l'interne distingue, par ce terme fort, entre la clinique psychiatrique et la clinique somatique et qui est à même, pour elle, de fonder les identités soignantes. L'interne défend en creux le fait que la psychiatrie soit une clinique de la singularité qui, en cela, se distancie de la clinique somatique qui chercherait à répéter des protocoles pour universaliser le soin. Il s'agit, au fond, de toute la différence que nous avons déjà largement abordée entre logique du sens et logique de la cause dans le soin.

En s'instaurant comme espace d'expression et de confrontation des identités médicales, les services d'urgences se comportent, en quelque sorte, comme un espace public de l'hôpital où s'actualisent et s'expriment presque publiquement les débats qui traversent l'intérieur plus feutré de l'institution. On peut ainsi penser au très médiatique Patrick Pelloux qui a contribué à introduire dans l'espace public les problématiques de santé publique à partir de la question de l'urgence. Ainsi, la spécificité de l'approche en sciences de l'information et de la communication, qui permet de repérer l'émergence et la formation d'un espace public à partir de l'expression des identités médicales et de leur signification aux urgences, permet, plus largement, de rendre compte de la signification politique de l'institution hospitalière.

B. Des formes de médiations entre les identités médicales

Malgré les jeux de confrontation entre les identités que nous venons de décrire, il existe des formes de juxtaposition ou d'articulation des différentes cliniques qui justifient que médecine somatique et psychiatrie coexistent aux urgences.

1. Le D.M.U : outil controversé et espace symbolique de coopération médicale

En se reportant aux *observations 5 et 8*, on pourra constater qu'il existe un « lieu » symbolique dans le service d'urgence qui réunit les différences que nous venons de décrire. Il s'agit du Dossier Médical d'Urgence (le D.M.U) qui est le registre informatisé du service d'urgence. Il contient un nombre important d'informations sur les patients qui peuvent être entrées par tous les soignants (infirmiers, médecins, spécialistes). Ce registre sert aussi aux services administratifs pour comptabiliser les actes médicaux et établir les coûts de fonctionnement du service. En effet, chaque consultation, acte médical, ou prescription est répertoriée dans ce registre dès qu'il a eu lieu auprès du patient. Cet outil a aussi une fonction juridique puisqu'il enregistre les horaires et les temps de prise en charge. Aussi, lors de la prescription de contention en psychiatrie, il rappelle automatiquement et régulièrement au médecin de réévaluer la nécessité de la mesure de contention. Cela permet notamment d'éviter des violences médicales abusives et de réguler la pratique de la contention en lui donnant une justification la plus médicale possible⁴²⁸. En outre, cette interface informatique

⁴²⁷ Nous reviendrons sur cet aspect du patient-déchet, qui n'est pas une simple perception de la part des psychiatres. Mais nous cherchons ici à comprendre comment les psychiatres se servent de cette réalité pour décrire leurs collègues. Cela nous permet de mieux saisir les distinctions entre les identités soignantes.

⁴²⁸ Lors de notre enquête ethnographique, nous avons ainsi été témoin de l'« oubli » d'un patient contenu en attente d'un transfert en hôpital psychiatrique (*observation 4*). Par ailleurs, nous avons été associé à une réflexion sur les pratiques et les représentations de la contention par les soignants du service. Cela nous a permis de comprendre combien l'usage de la contention pouvait être

organise la prise en charge d'urgence en établissant un ordre de passage des patients (*observation 18*).

Nous avons déjà pu montrer combien cet outil était controversé dans le service. Il fait notamment l'objet de critiques importantes de la part des psychiatres qui contestent son architecture. En effet, le registre exige, lors de chaque consultation médicale, d'entrer, sous formes de cases à cocher, la symptomatologie du patient et un diagnostic. Si cela peut correspondre à la médecine somatique, la psychiatrie n'est souvent pas en mesure de dresser un diagnostic dans le temps de l'urgence. Ainsi, le registre propose des classifications nosographiques et étiologiques qui ne peuvent rendre compte de la clinique psychiatrique menée aux urgences, qui se fonde sur la parole et l'échange communicationnel. Quand il rencontre le patient, ce qui importe au psychiatre n'est pas tant de savoir de quel type de névrose ou de psychose il souffre, mais plutôt de chercher à mettre en œuvre, comme nous l'avons montré, des formes d'efficacité symbolique, des formes de reconstitution de la médiation pour répondre à la forclusion du symbolique, momentanée ou durable, dont souffre le patient. Le symptôme psychique a en effet la particularité de devoir être entendu comme la manifestation d'une singularité, comme l'expression d'un conflit psychique qui met en tension un désir singulier avec les exigences de la sociabilité. Pour illustrer cela, reprenons l'exemple d'Hector⁴²⁹. Peu importe la désignation spécifique de sa psychose – que demande pourtant le registre médical – puisque la prise en charge psychiatrique a consisté à entendre, dans la manière dont il a présenté son symptôme et dans l'usage qu'il a fait de l'institution, sous quelle modalité Hector pouvait recevoir un soin et une reconnaissance sociale, hors de l'hospitalisation psychiatrique. L'abord des symptômes par la psychiatrie a ceci de particulier qu'elle n'associe pas un symptôme à un parcours de soin qui lui serait lié automatiquement. Sans doute Hector était-il en crise et porteur d'une psychose paranoïaque : un tel diagnostic nécessite souvent une hospitalisation qui n'a pourtant pas eu lieu dans son cas dont la psychiatre a reconnu la singularité. La structuration des items du registre informatique pousse en revanche dans un sens inverse, celui de l'automatisation et de la rationalisation des parcours.

Pour parer à cette inadaptation du registre à leur clinique, les psychiatres font un usage spécifique du DMU en exploitant au maximum la case des observations libres qui, après être passé par l'étape des cases à cocher, ouvre à la possibilité d'un commentaire et d'un récit sur la prise en charge du patient. Une description clinique se déploie alors qui croise énoncés du patients et énoncés du psychiatre.

Ainsi, malgré ses « défauts », le D.M.U fait l'objet d'usages diversifiés qui permettent à chaque acteur de l'institution de donner une valeur différenciée à l'information médicale. Les agents administratifs y récupèrent de quoi tarifier les actes, s'assurer du droit des patients et se protéger du phénomène de judiciarisation du champ de la santé. Les médecins somaticiens et les infirmiers peuvent mieux rationaliser leur travail et leur collaboration, ce qui a notamment pour effet de structurer le chaos apparent de l'urgence (ordre des patients à examiner, ordre des soins et examens à effectuer, prescriptions, construction du dossier qui s'édite et se met en forme automatiquement pour les services de spécialité en aval des urgences). Enfin, les psychiatres y voient un moyen d'inscrire et de traduire, dans l'institution, l'histoire de vie d'un patient, ses énoncés, la spécificité d'une demande : cela permet notamment, lors des recours ultérieurs du patient, de dilater le temps de l'urgence qui est toujours un peu contradictoire à la logique du soin psychique.

détourné de son but médical pour mettre à distance des patients indésirables (agitation psychotique, patients alcoolisés) qui perturbent le fonctionnement du service.

⁴²⁹ Se reporter au chapitre précédent (III.1)

Ainsi, le D.M.U constitue un point de convergence où se croisent symboliquement et se parlent, dans des registres de discours sensiblement différenciés, les différents acteurs impliqués dans l'accueil d'urgence. Il rassemble, en quelque sorte, sur un même support, la diffraction des identités médicales propre à la division du travail dans les services d'urgence. Alors que l'espace du service d'urgence est un lieu où se diffractent, se juxtaposent voir se confrontent les identités soignantes, le D.M.U est un champ symbolique où se rassemblent ces identités par la circulation, l'inscription et la structuration de l'information médicale issue de chaque acteur qui contribue au soin.

2. Les psychiatres : médiateurs généralisés dans le service d'urgence

Pour terminer, nous voudrions faire référence aux *observations 18 et 19* du journal ethnographique. Ces observations se situent dans les toutes dernières que nous avons menées et elles interviennent donc à un moment où nous avons une meilleure connaissance du terrain et des psychiatres avec qui nous commençons à entretenir un rapport plus « amical ». C'est sans doute cette proximité affective entre le sujet observé et le chercheur qui a permis un changement de registre dans la manière dont les psychiatres nous ont rendu compte des rapports avec leurs collègues somaticiens. Dans le premier temps de notre immersion dans le terrain, les psychiatres ont cherché à nous montrer la spécificité de leur métier, ce qui passait, notamment, par la démonstration d'une différence fondamentale d'avec leurs collègues somaticiens. A *l'observation 18*, une sorte de changement se produit. Alors que nous avons sans doute donné assez de signes de reconnaissance et de confiance à la psychiatre avec qui nous travaillions ce jour-là, elle nous confia avoir une « *autre fonction* » aux urgences, celle de « *pare-excitation* ». Elle cherchait par ces termes à nous signifier son rôle d'absorption des angoisses de manière générale, qu'elle vienne des patients ou des soignants. On retrouve ici, mais sous une forme positivée, ce qui était exprimé sous l'angle de l'amertume à *l'observation 3* (« *juguler l'angoisse des soignants* »). A partir de cette confiance, nous observerons avec plus d'acuité ces moments plus informels où le psychiatre se fait la caisse de résonance du non-sens et de l'angoisse pour les patients, l'institution et ses membres. La révélation par la psychiatre de son rôle informel lui permettra alors de nous le donner à voir plus manifestement. Nous relatons ainsi à *l'observation 19* comment un épisode de contention difficile a été l'occasion, pour elle, d'organiser la parole entre un interne et une infirmière qui s'interrogeaient sur le sens médical de cette pratique. Enfin, à *l'observation 21*, Basile livre son désarroi sur les conditions d'exercice de son métier sans doute parce que la psychiatre est reconnue comme interlocuteur potentiel pour l'élaboration des constantes d'un métier et d'une identité professionnelle incessamment interrogées aux urgences.

Chapitre 3 : La dimension tragique et imaginaire de la psychiatrie d'urgence : une analogie avec la tragédie dans le théâtre grec antique

« JOCASTE : Je sais ce que je dis. Va, mon avis est bon. ŒDIPE : Eh bien ! Tes bons avis m'exaspèrent, à la fin. JOCASTE : Ah ! Puisses-tu ne jamais apprendre qui tu es ! ŒDIPE : N'ira-t-on pas enfin me chercher ce bouvier ? Laissons-la se vanter de son riche lignage. JOCASTE : Malheureux ! Malheureux ! Oui,

c'est là le seul nom dont je puis t'appeler. Tu n'en auras jamais un autre de ma bouche. (Elle rentre, éperdue, dans le palais.) LE CORYPHEE : Pourquoi sort-elle ainsi, Œdipe ? On dirait qu'elle a sursauté sous une douleur atroce. Je crains qu'après un tel silence n'éclate quelque grand malheur. ŒDIPE : Eh ! Qu'éclatent donc tous les malheurs qui voudront ! Mais mon origine, si humble soit-elle, j'entends, moi, la saisir. Dans son orgueil de femme, elle rougit sans doute de mon obscurité : je me tiens, moi, pour fils de la Fortune, Fortune la Généreuse, et n'en éprouve point de honte. C'est Fortune qui fut ma mère, et les années qui ont accompagné ma vie m'ont fait tour à tour et petit et grand. Voilà mon origine, rien ne peut la changer : pourquoi renoncerais-je à savoir de qui je suis né ? (Le Chœur entoure Œdipe et cherche à le distraire de son angoisse.) » « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.221*

Dans ce chapitre, nous souhaitons défendre l'hypothèse que l'urgence psychiatrique est une tragédie. En supposant ceci, il ne s'agit pas simplement de dire que les situations d'urgence psychiatrique renvoient, pour les sujets concernés, à une détresse profonde, irrémédiable ou funeste. Bien sûr, nous l'avons vu, tout recours aux urgences prend racine sur une angoisse de mort, où le futur est envisagé de manière pessimiste et avec une vive émotion. Même plus, le temps se suspend et l'existence n'a plus de sens : elle se résume au présent de l'angoisse, dans une expérience pleine de la souffrance, de la douleur, du réel qui menace la possibilité du lien aux autres tant le sujet est isolé dans une expérience singulière, impossible à partager avec un semblable. L'urgence psychiatrique est une tragédie en ce qu'elle renvoie à un événement tragique, au surgissement d'un événement inattendu, imprévisible, terrible et violent, à un événement critique, en somme, qui reconfigure radicalement, pour le sujet, sa représentation du passé et de l'avenir, son rapport à la vie et aux autres. Ainsi, il est « tragique » de tomber dans le coma, de subir une amputation ; une tentative de suicide est une « tragédie » dans une famille... C'est le genre de situations accueillies dans les services d'urgence. Mais nous voudrions donner plus de souffle à cette analogie entre urgence et tragédie en soulignant que la tragédie n'est pas un simple synonyme de terreur ou d'émotion violente et spectaculaire, comme le suggère l'usage commun et courant du mot.

De manière beaucoup plus heuristique pour notre thèse, il convient donc de renvoyer la tragédie, pour la comparer aux situations d'urgence psychiatrique et à la prise en charge, au genre littéraire et théâtral et au dispositif social et politique qu'elle exprimait dans le monde grec antique. Selon nous, l'urgence est une tragédie en ce qu'elle obéit, en plusieurs points remarquables, au genre et au dispositif tragique, ainsi qu'à sa fonction sociale. En fait, nous concevons la métaphore de la tragédie grecque comme un moyen analogique et théorique qui nous permette d'articuler les dimensions symboliques et imaginaires de la psychiatrie d'urgence. Pour nous, la tragédie représente un dispositif, ou une « structure modèle », d'articulation entre l'imaginaire et le symbolique. En effet, il s'y joue ou s'y raconte des *histoires* ou des *mythes* (dimension fictionnelle de la tragédie) qui sont *mis en scène* et *représentés* dans un *lieu public* où la *loi* s'exprime (dimension symbolique de la tragédie)⁴³⁰. Parallèlement, les urgences psychiatriques sont le théâtre de situations

⁴³⁰ Cette formulation, un peu longue, qui sert à mieux rendre compte de notre analogie avec l'urgence, peut être ramassée en une formule plus courte sur la tragédie grecque que Pierre Vidal-Naquet reprend à Walter Nestle : « *La tragédie prend naissance quand on commence à regarder le mythe avec l'œil du citoyen* » (in « *Oedipe à Athènes* », préface de Pierre Vidal-Naquet à SOPHOCLE. *Tragédies complètes. Coll. « Folio », Classique, p.10-11*).

tragiques où se racontent des *histoires incroyables, folles ou fantasmées* (dimension imaginaire de l'urgence) mais elles sont aussi un *lieu public* dans lequel se reconstruit une *médiation* possible entre désir et norme, où s'expriment, sous diverses *représentations et signes*, le collectif, la loi et les exigences de la sociabilité (dimension symbolique, on l'a vu, de la psychiatrie d'urgence). La tragédie, comme la psychiatrie d'urgence, qu'on pourrait qualifier de structures qui mettent en question l'identité dans un impératif de décision, convoquent toujours, en les articulant, les trois registres du réel, du symbolique et de l'imaginaire. Si le réel apparaît dans la tragédie et dans l'urgence sous la forme de l'événement de la mise en scène et des contraintes de la représentation, nous nous intéresserons davantage ici sur les points d'articulation et les surfaces de recouvrement du symbolique et de l'imaginaire. Symbolique et imaginaire ne se recouvrent pas en tant qu'ils sont identiques, mais parce qu'ils s'expriment parfois dans le même temps. Un phénomène observable dans la tragédie et dans l'urgence peut ainsi se caractériser dans les deux dimensions. Ainsi, les histoires qui se racontent sont dans le symbolique (elles obéissent à un code : celui de la fiction propre au registre tragique, celui correspondant au registre de discours attendu entre patient et psychiatre, par exemple) en même temps qu'elles sont traversées d'une dimension imaginaire (le rapport aux dieux dans la tragédie, les délires et les fantasmes dans la psychiatrie d'urgence). Nous verrons comment la *catharsis*, qui intervient dans les deux phénomènes de l'urgence et de la tragédie, possède cette dimension imaginaire de sublimation de l'identité en même temps qu'elle répond à une sorte d'impératif symbolique de se « purifier »⁴³¹.

Nous souhaitons donc montrer que les services d'urgence peuvent s'apparenter à un théâtre, à la fois comme *scène* où se jouent et se racontent des histoires (lieu symbolique de représentation et lieu d'expression de l'imaginaire à la fois) et comme *lieu public*, comme une *institution* qui a une dimension politique dans l'espace public. Ainsi, nous cherchons à embrasser la figure du théâtre tragique dans toutes ses dimensions, depuis ses caractéristiques sémiotiques et dramatiques jusqu'à ses caractéristiques politiques et architecturales. En effet, au pavillon N, nous avons certes repéré le récit d'histoires tragiques mais aussi une organisation spatiale du service comparable à l'organisation spatiale, sur le plan architectural, du théâtre grec : scène, orchestre et gradins s'y retrouvent d'une certaine manière.

Mais avant de nous lancer plus avant dans cette analogie, il convient de préciser la place de ces réflexions dans la démarche globale de la thèse. Sur le plan épistémologique, nous devons en effet préciser la nature et la logique précises de notre recours aux lettres anciennes, qui ne sont pas notre spécialité académique. Nous devons aussi montrer les conditions d'applicabilité de notre analogie, qui pourrait, sinon, présenter le risque de l'anachronisme (interpréter un phénomène très contemporains à partir d'un dispositif très ancien) et de l'artificialité (nouer artificiellement deux réalités trop hétérogènes comme le soin et le théâtre).

Notre réflexion se déroulera donc en trois temps. Après avoir examiné les enjeux épistémologiques de la démarche analogique et les conditions d'applicabilité de la métaphore tragique à la psychiatrie d'urgence, nous proposerons une nouvelle sémiotisation de l'espace du service d'urgence à partir des lieux repérables dans le dispositif

⁴³¹ Ce terme de *catharsis* qui signifie donc en grec « purification » est particulièrement intéressant pour notre recherche puisqu'il a des ramifications de sens au moins dans trois directions. Celui du théâtre et celui de la psychanalyse (*Le Robert* nous indique que la catharsis peut être entendue, dans le champ de la psychanalyse, comme un synonyme de l'abréaction que nous avons traitée dans le chapitre sur l'efficacité symbolique). Il annonce aussi, à travers la métaphore du nettoyage et de la propreté qu'il évoque, notre prochain chapitre sur le réel de l'urgence hospitalière qui se manifeste principalement sous la forme du *déchet*.

de la tragédie grecque. Enfin, nous montrerons la dimension tragique de la psychiatrie d'urgence à travers les aspects de dramatisation de la rencontre entre soignants et patients, au service du soin. Notre hypothèse consistera à dire qu'autant la théâtralisation de la souffrance par les patients que la dramaturgie des médecins urgentistes constituent des moyens de reconstituer la médiation réel-symbolique à travers des expressions et des représentations imaginaires de la souffrance et du soin.

I. Enjeux épistémologiques de la démarche analogique et conditions d'applicabilité de la métaphore tragique à la psychiatrie d'urgence

La métaphore du théâtre tragique pour représenter l'urgence s'inscrit dans une série de démarches théoriques et épistémologiques entreprises dans cette thèse, mais nous devons souligner les limites de la démarche analogique pour montrer que nous cherchons à interpréter un phénomène (en dégagant des similitudes et des différences à partir d'un autre) et non à identifier totalement deux faits hétérogènes (le soin et le théâtre). C'est dans le *reste* propre à toute tentative d'identification que se dévoile la spécificité des phénomènes mis en perspective, car c'est ce *reste* qui constitue la trace du réel de l'urgence.

A. Poursuivre l'approche multifocale et pluridisciplinaire de l'urgence psychiatrique : cohérence avec les apports conceptuels précédents et ancrage en SIC

Comme nous l'indiquions lors de nos considérations épistémologiques au début de cette thèse, nous avons fait le choix d'une approche à la fois multifocale et pluridisciplinaire de l'urgence psychiatrique. C'est cette démarche que nous poursuivons ici en ayant toujours à l'esprit le souci de cohérence entre les disciplines et les approches méthodologiques que nous mobilisons. Nous rappelons que deux critères nous guident pour élaborer les conditions de cette cohérence : d'une part, inscrire notre recherche dans le champ des SIC et, d'autre part, inscrire notre thèse dans ce que nous avons appelé, avec Corcuff, une anthropologie philosophique qui consiste à donner une définition de l'être humain comme sujet parlant et désirant, donc divisé, ainsi que l'a institué, notamment, la psychanalyse. Nous disions alors⁴³² que c'est une *anthropologie du désir* qui guide les choix théoriques et conceptuels que nous faisons dans la thèse.

Jusqu'à présent, nous avons élaboré l'armature conceptuelle de la thèse autour de trois principaux champs disciplinaires : la psychanalyse, la sémiotique (notamment celle de l'espace) et l'anthropologie. C'est cette approche qui nous a notamment permis de dégager ce que nous avons appelé les « lieux de communication » de l'urgence psychiatrique. C'est aussi cette approche qui nous a permis d'user de la notion d'efficacité symbolique, héritée de l'anthropologie de Lévi-Strauss et réinterprétée par la socio-anthropologie moderne, pour distinguer et différencier des logiques de soin divergentes aux urgences et rendre compte de la spécificité de la relation thérapeutique dans la psychiatrie d'urgence.

A quel titre désormais, compte tenu des constructions théoriques et des résultats que nous avons déjà établis, intégrer à notre thèse l'apport des études en lettres anciennes sur la tragédie grecque ? Nous devons être très précis sur ce point et cela commence notamment par un aveu d'humilité. En effet, nous ne prétendons pas être spécialiste de lettres grecques, loin de là, et c'est donc avec parcimonie et sans érudition que nous allons mobiliser quelques notions clés autour de la tragédie grecque. Cela d'autant plus que nous devons nous assurer

⁴³² Voir Partie I, chapitre 1 et 2

que cette démarche est, d'une part, acceptable en SIC et, d'autre part, compatible avec ce que nous avons déjà avancé en sémiotique, en psychanalyse et en anthropologie.

Pour notre court voyage dans la Grèce antique, qui devrait nous amener, à bon port, à l'urgence psychiatrique, nous serons accompagné de trois auteurs : Jacqueline de Romilly⁴³³, Jean-Pierre Vernant et Pierre Vidal-Naquet⁴³⁴. Leurs ouvrages auxquels nous ferons référence rendent compte à la fois du dispositif du théâtre antique, de sa fonction politique et sociale dans la cité athénienne, et de quelques analyses de texte de tragédies. Nous avons estimé cela amplement suffisant pour construire notre propos qui ne consiste pas à connaître la tragédie proprement dite, mais à connaître la psychiatrie d'urgence à travers le tamis de la tragédie, tamis dont nous n'avons pas la nécessité qu'il soit trop fin. Enfin, nous nous référerons principalement, pour illustrer certains de nos propos, à *Œdipe Roi*, de Sophocle. On devine tout de suite la raison de ce choix dans notre thèse compte tenu de la destinée célèbre de ce texte dans le champ de la psychanalyse. Une autre raison a présidé à ce choix, c'est la situation clinique de Monsieur C., dont la famille et la situation personnelle tragique a quelque chose du malheur des Labdacides. Nous y reviendrons.

La première question à laquelle nous devons répondre est la suivante : en quoi les analyses et notions théoriques sur la tragédie grecque contribuent-elles à l'approfondissent de l'interprétation de la psychiatrie d'urgence en sciences de l'information et de la communication, dans une thèse qui s'appuie déjà largement sur la psychanalyse, l'anthropologie et la sémiotique ?

La réponse la plus simple et en même temps primordiale est sans doute que nous avons le sentiment d'un manque ou d'une insuffisance de nos élaborations précédentes à rendre compte de certains phénomènes de la psychiatrie d'urgence. Jusqu'ici, nous sommes parvenu à rendre compte principalement des aspects symboliques de la psychiatrie d'urgence, mais notre expérience ethnographique n'a eu de cesse de nous interpellé sur les aspects imaginaires du phénomène : que faire du fantasme des patients exprimés sur la scène de l'urgence, que dire de l'imaginaire de l'hôpital souvent convoqué par les psychiatres dans les entretiens ? Aussi, des aspects symboliques concernant la théâtralisation des rôles des patients et des soignants aux urgences n'avaient pas été vraiment problématisés. Nous cherchions donc une métaphore théâtrale pour rendre compte de cela, mais pas n'importe laquelle. Encore une fois, un choix assez logique sur les aspects théâtraux, la mise en scène et les jeux de rôle dans le champ hospitalier nous aurait amené vers les travaux de Goffman. Certes intéressant, et nous ancrant d'emblée dans les sciences sociales, nous avons longuement hésité à exploiter ce modèle théorique. C'est la nécessité de trouver une théorie du théâtre qui allie le psychique et le politique – puisque ce sont les deux pôles, en tension dialectique, à l'œuvre dans la psychiatrie d'urgence – qui nous fit abandonner l'idée goffmanienne pour rejoindre la théorie (ou le commentaire) de la tragédie grecque antique. En effet, dans la tragédie, comme aux urgences, une transgression qui s'ignore, ancrée, donc, sur un conflit psychique inconscient, interpelle le collectif.

Nous voilà alors avec un modèle plus convenable pour représenter l'urgence psychiatrique. Contentons-nous, et ce sera sans doute suffisant, de montrer comment la tragédie grecque trouve une articulation avec la psychanalyse, l'anthropologie, la sémiotique et, au final, avec les S.I.C.

⁴³³ DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige ».

⁴³⁴ VERNANT Jean-Pierre et VIDAL-NAQUET Pierre. *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*. Tome 1 [1972] et Tome 2 [1986].

La Découverte, 2001. Coll. « Poche ».

L'articulation entre la tragédie et la psychanalyse pourrait sembler évidente et inutile à spécifier ou questionner tant le complexe d'Œdipe a eu du succès dans la théorie psychanalytique. En fait, ce thème a été tellement galvaudé et renvoyé à une série de réalités différentes, divergentes et parfois caricaturales qu'il nous faut préciser le lien que nous tâchons d'établir, pour notre thèse, entre tragédie et psychanalyse. Nous relèverons trois éléments qui permettront d'ouvrir, ensuite, à des applications du rapport tragédie/psychanalyse à la psychiatrie d'urgence.

Le premier élément est qu'il y a dans la tragédie une forme de représentation de l'inconscient en tant que l'inconscient puisse se définir comme la part de désir qui meut le sujet mais qu'il ignore, ou se refuse à reconnaître. Ainsi, Œdipe a entendu l'oracle qui lui a prédit qu'il tuerait son père et coucherait avec sa mère, mais alors qu'il s'éloigne de ce destin, en fuyant loin de Corinthe, vers Thèbes, croyant y échapper, c'est précisément là qu'il y sera confronté avec un nombre d'indices importants qu'il se refuse à entendre, dont il se refuse à prendre la mesure de la signification. Or, c'est bien ainsi que l'inconscient se manifeste au sujet, par l'irruption de signifiants dont le signifié est momentanément perdu : le lapsus est typiquement ce signifiant qui émerge apparemment sans raison et que le sujet, quand on lui fait remarquer, se refuse à entendre la signification. Dans *Œdipe Roi*, Œdipe dit souvent des paroles équivoques dont il n'entend pas combien, lues autrement, elles concernent son destin tragique. C'est ainsi qu'Œdipe, qui promet de sauver Thèbes de la peste en vengeance la mort de Laïos, vengeance qui, selon les Dieux, serait la solution à la « souillure » de la ville, déclare :

« Je me charge de la cause à la fois de Thèbes et du dieu. Et ce n'est pas pour des amis lointains, c'est pour moi que j'entends chasser d'ici cette souillure. Quel que soit l'assassin, il peut vouloir un jour me frapper d'un coup tout pareil. Lorsque que je défends Laïos, c'est moi-même aussi que je sers »⁴³⁵.

Quand il dit que c'est lui-même qu'il sert, Œdipe affirme à la fois, de manière consciente et manifeste, qu'il se protège de la peste et, de manière inconsciente ou latente, qu'il va ainsi découvrir, sans le savoir encore, son destin et son histoire. Découvrir le meurtrier de Laïos, c'est, pour lui, se découvrir soi-même. On retrouve un énoncé similaire qui prend dimension d'équivoque et d'ambiguïté pour le spectateur mais pas pour Œdipe, quand il déclare, encore à propos de Laïos : « C'est moi dès lors qui lutterais pour lui comme s'il eût été mon père »⁴³⁶. Vidal-Naquet montre bien à ce propos comment la logique inconsciente et même, si l'on extrapole un peu, la logique de la cure, est à l'œuvre dans la tragédie :

« L'énigme posée par Œdipe a une réponse qui est lui-même. Comme le notait Aristote (...), ces deux éléments essentiels qui sont dans la tragédie grecque la péripétie, c'est-à-dire le renversement de la situation du personnage, et la reconnaissance, c'est-à-dire la découverte de l'identité, sont dans l'Œdipe réunis »⁴³⁷.

Retournement et reconnaissance nous semblent les deux logiques auxquelles aboutissement une cure psychique : il s'agit de reconnaître un désir refoulé (donc à

⁴³⁵ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes. Préface de Pierre Vidal-Naquet. Traduction de Paul Mazon.*

Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p. 189.

⁴³⁶ Ibid., p.193

⁴³⁷ VISAL-NAQUET, Pierre, « Oedipe à Athènes ». Préface de SOPHOCLE. *Tragédies complètes. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.23.*

retourner⁴³⁸) comme le fondement de son identité de sujet : je ne voulais pas savoir ce qui se manifestait dans mes rêves, mes symptômes, mes actes manqués, mes lapsus et qui sont pourtant au fondement mon identité, de ma singularité. La tragédie et la psychanalyse sont des œuvres de déchiffrement dans lesquelles est embarqué un sujet qui ignore – ou refoule –, au départ, qu'il sait quelque chose de ce qui lui arrive en refusant d'en entendre la signification, masquée, notamment, par les lois du langage (équivoque). Cure psychanalytique et tragédie ne sont pas totalement identifiables ; nous verrons cependant que dans le hiatus entre les deux termes de la comparaison peut se glisser la psychiatrie d'urgence qui reçoit des sujets qui souffrent en ignorant que l'origine de leur souffrance se situe en eux-mêmes ; ces sujets sont parfois en crise et cette crise est repérée par le collectif, comme le chœur ou le public dans la tragédie.

On arrive maintenant au deuxième élément qui, pour nous, apparente la tragédie grecque à la psychanalyse. Il concerne la question du langage et de l'équivoque que nous évoquions à l'instant. La théorie psychanalytique, comme le texte tragique, démontrent combien le sujet a affaire, de manière compliquée, avec l'ordre du langage qui construit le lien à l'autre mais trompe à la fois. En psychanalyse, comme dans la tragédie, la communication n'est pas transparente : ce qui s'y déroule montre que tout peut-être chargé d'un double sens avec, notamment, la signification véritable des oracles qui reste opaque au héros. Ainsi Œdipe prend le premier oracle qu'il entend sur son destin comme concernant ses parents de Corinthe dont il ignore que ce sont des parents adoptifs. Cette version de la communication, comme source de malentendu, comme impossible transparence qui renvoie le langage à son statut de médiation et de « mur » à la fois, comme dirait Lacan, nous interpelle car cela entre en cohérence avec la vision de la communication que nous avons proposée dans la thèse et telle qu'elle se manifeste aux urgences psychiatriques. Jean-Pierre Vernant a bien remarqué cette conception du langage et de la communication à l'œuvre dans la tragédie : « *L'ironie tragique pourra consister à montrer comment, au cours du drame, le héros se trouve littéralement « pris au mot », un mot qui se retourne contre lui en lui apportant l'amère expérience du sens qu'il s'obstinait à ne pas reconnaître* »⁴³⁹. Ainsi, ce qui fait l'essence du drame dans la tragédie, c'est le rapport du sujet au langage, le rapport à l'opacité du signifiant, du « mot ». Le sujet s'engage en effet sur le sens d'un oracle qu'il estime univoque et transparent alors qu'il est plein d'équivoque. Le spectateur est alors celui, apeuré, angoissé, voyant le drame se nouer, qui prend conscience des semblants introduits par le fait d'être dans le langage : « *Dans le moment même où il voit les protagonistes adhérer exclusivement à un sens, et ainsi aveuglés, se déchirer ou se perdre, le spectateur doit comprendre qu'il y a en réalité deux sens possibles, ou davantage* »⁴⁴⁰. La tragédie s'apparente donc à la psychanalyse en ce qu'elle problématise l'angoisse comme un trou dans le sens qui vient du fait même, paradoxal, de l'existence du sujet dans le langage, équivoque, ou insuffisant à dire et représenter ce qui se passe pour le sujet, à son insu. La tragédie montre que les lois du langage sont hétérogènes aux lois du monde, ce que souligne Lacan, au chapitre 3 de *L'angoisse*, alors qu'il commente, dans *Hamlet*, le dispositif de la pièce dans la pièce : « *toutes les choses du monde viennent à se mettre en scène selon les lois du signifiant, lois que nous ne saurions d'aucune façon tenir d'emblée*

⁴³⁸ Nous renvoyons ici à la bande de Moebius qui désigne, chez Lacan, la structure topologique de l'inconscient comme une figure à deux faces qui ne semble en avoir qu'une et qui est découpée et retournée dans la cure, au gré des interventions – coupures signifiantes – de l'analyste. (Voir Partie III, chapitre 1)

⁴³⁹ VERNANT Jean-Pierre et VIDAL-NAQUET Pierre. *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*. Tome 1 [1972]. La Découverte, 2001. Coll. « Poche », p. 35

⁴⁴⁰ Ibid., p.36

homogènes à celles du monde »⁴⁴¹. La métaphore théâtrale de la mise en scène n'est évidemment pas innocente chez Lacan qui nous montre ici les effets de la représentation, du symbolique, qui divise le sujet en introduisant de l'hétérogène et donc la possibilité même du malentendu, dans la communication. La loi du signifiant, qui s'exprime dans la fonction métonymique du langage et qui fait dire à Lacan que « *le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant* », est d'ailleurs au cœur de la tragédie, comme nous l'explique Vidal-Naquet : « [dans le discours tragique], *l'ambiguïté est partout, au niveau de ce que nous appellerions le jeu de mots, ainsi l'Antigone joue sur le nom d'Hémon (en grec Haimon), fils de Créon, que le poète rapproche du mot qui signifie sang (haima)* »⁴⁴². Plus loin, Vidal-Naquet indique : « *Par un jeu fréquent sur son nom (Oïdipous) et sur le verbe signifiant « je sais » (oïda) ; Sophocle fait d'Œdipe celui qui sait* »⁴⁴³. L'auteur de la tragédie indique par là-même ce que Lacan pourra définir comme la « *morsure* » du langage ou du signifiant sur le corps du sujet : pris dans le signifiant et ses lois, le sujet est à la fois dans l'impossibilité d'y représenter tout son désir, car il est trop hétérogène à celui-là, mais le désir s'y faufile tout de même en exploitant les lois du langage, comme le jeu de mots, par exemple, qui permet de produire des surplus ou des décalages de signification pour représenter ou saisir quelque chose du désir.

Après la dimension de l'inconscient – ignorer ce que l'on sait, ne pas vouloir savoir –, après la problématisation du rapport de l'homme au langage, il y a un troisième élément qui articule la tragédie à la psychanalyse et commence ainsi à lui donner une place dans la démarche épistémologique et conceptuelle de cette thèse. Il s'agit de la médiation singulier/collectif, autrement dit : du rapport entre le désir et la norme. Ce rapport est fort problématisé dans la théorie psychanalytique – pensons notamment aux ouvrages de Freud *Totem et Tabou* et *Le malaise dans la civilisation* – ainsi que dans la tragédie. Cela rappelle aussi ce que nous disions au début de cette thèse, que la psychanalyse n'est pas une théorie des profondeurs ou de l'intériorité mais bien une théorie du désir du sujet en tant qu'il est toujours impliqué imaginairement ou symboliquement avec un autre. Pour la psychanalyse, il n'y a d'inconscient que parce qu'il y a de l'Autre, que parce que la médiation du langage divise le sujet entre son énoncé et son énonciation. On retrouve cela aussi à l'œuvre dans l'accueil d'urgence en psychiatrie qui met en scène des sujets porteurs d'un désir incompatible avec les exigences de la sociabilité. Nous nous ne développons pas plus ce point ici puisqu'il sera déployé, sous plusieurs angles, tout au long de ce chapitre.

L'articulation de la tragédie à l'anthropologie se joue pour nous sur un point essentiel qui est celui du rapport au mythe. Nous allons pouvoir reprendre ici la question du mythe que nous avons commencé d'aborder à travers la notion d'efficacité symbolique chez Lévi-Strauss et celle de mythe individuel du névrosé chez Lacan. Ce qui nous a intéressé, chez Lévi-Strauss et Lacan, dans le recours à la notion de mythe, c'est qu'il était envisagé comme un intermédiaire entre le réel et le symbolique. Dans le cas de la parturiente, c'est grâce au passage par un mythe, connu et reconnu de tous, qu'elle parvient à organiser le réel anarchique de ses souffrances, de leur donner un sens et ainsi de ne plus se sentir exclue de son groupe d'appartenance lors de l'expérience réelle, impartageable, de la douleur. L'imaginaire est ainsi une sorte de pont qui permet une réarticulation entre le réel et le symbolique. Dans le cas de la névrose obsessionnelle de Goethe, le jeune homme s'invente un mythe personnel – ses déguisements – comme moyen d'accéder sans culpabilité à la

⁴⁴¹ LACAN, Jacques. Le séminaire. Livre 10, *L'angoisse* [1962-1963]. Seuil, 2004. Coll. « Champ Freudien », p.44

⁴⁴² VIDAL-NAQUET, Pierre. « Oedipe à Athènes », préface à SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Gallimard. Coll. « Folio »,

Classique, p. 24

⁴⁴³ Ibid., p.27

jeune fille qu'il convoite. Le stratagème imaginaire du jeune Goethe est une solution qui lui permet de nouer le réel de son désir avec l'expérience surmoïque de l'interdit de la rencontre amoureuse. Il nous semble que, dans la tragédie antique, on retrouve cette fonction de l'imaginaire et du mythe dévoilée par la psychanalyse et l'anthropologie.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans la tragédie et qui nous permettra, par analogie, d'y voir plus clair dans l'urgence psychiatrique, c'est la manière dont le rapport au mythe et à l'imaginaire y prend valeur politique. Dans la tragédie antique, comme dans la psychiatrie d'urgence, soignants et patients jouent des mythes, ont recours à l'imaginaire pour se parler. Le père de Monsieur C. décrit une situation familiale où il est très effacé et où son épouse est dans une relation quasi amoureuse avec leur fils : il joue Œdipe (sans le savoir, peut-être), il théâtralise et dramatise ses propos pour s'adresser à la psychiatre, seul moyen qu'il trouve pour dire le réel d'un fils fou. Les psychiatres, de leur côté, brandissent le mythe et l'image de l'hôpital, son pouvoir, ce qu'évoque la psychiatrie, quelle qu'en soit la réalité (proposition d'une hospitalisation sous contrainte alors qu'il n'y a pas de lits disponibles, par exemple).

En fait, ce qu'apporte la perspective tragique à la perspective anthropologique sur l'usage du mythe, c'est que, dans la tragédie, le récit du mythe, sa mise en scène, est surplombé d'une instance politique qui juge et qui donne du sens à la décision. Ainsi, comme nous l'a appris l'anthropologie, le psychiatre est bien comparable au chaman car il constate des faits (douleurs de l'accouchement) assimilables à ce qui se raconte dans un mythe qu'il prononce et cette énonciation a un effet réparateur sur le sujet souffrant car le non-sens de la douleur est inséré dans un récit structuré ; mais, aux urgences, le psychiatre a aussi, parfois, une fonction de juge et de décision que n'a pas le chaman et que possèdent, en revanche, dans la tragédie, le chœur et le coryphée face au déploiement et à la mise en place du scénario mythique, face à la mise en place de l'histoire d'une transgression. Nous le verrons plus en détail ensuite, mais disons déjà que le psychiatre, aux urgences psychiatriques, est divisé entre une fonction à la fois d'écoute – comme « petit autre » de l'intersubjectivité – et de jugement – comme « grand Autre », porte-parole ou représentant du collectif. Par l'hospitalisation sous contrainte, le psychiatre peut priver de liberté un sujet qui a été trop loin dans l'expression de son désir en transgressant des normes sociales ou en les menaçant (la menace de trouble à l'ordre public fait partie des critères de l'hospitalisation sous contrainte). Ainsi, la grille de lecture tragique sur la psychiatrie d'urgence ajoute une dimension encore plus politique au phénomène que n'avait pu en rendre compte l'analogie au chamanisme. Vidal-Naquet nous rappelle ce que la tragédie a apporté au récit du mythe :

« Le mythe héroïque en lui-même n'est pas tragique, c'est le poète qui le rend tel. Les mythes comportent certes, en aussi grand nombre qu'on le voudra, ces transgressions dont se nourrissent les tragédies : l'inceste, le parricide, la matricide, l'acte de dévorer ses enfants, mais ils ne comportent en eux-mêmes aucune instance qui juge de tels actes comme celles qu'a créées la cité, comme celle qu'exprime à sa façon le chœur »⁴⁴⁴.

Nous montrerons bientôt comment aux urgences, le psychiatre occupe la place et la fonction qui est attribuée au chœur dans la tragédie.

Pour parfaire nos considérations épistémologiques sur la métaphore de la tragédie dans l'ensemble conceptuel que nous avons déjà construit pour cette thèse, nous devons enfin montrer son articulation à la sémiotique et aux SIC. Comme nous l'avons montré, l'histoire des SIC a consisté en une série de séparations, de coupures et d'émancipations

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p.12

de leurs disciplines « mères » dont faisait partie la science littéraire. Alors pourquoi vouloir la réintégrer maintenant ? Parce qu'en fait ce n'est pas tant le texte tragique qui nous intéresse – et les analyses littéraires qu'il peut susciter – que le dispositif théâtral propre à la tragédie antique. C'est en mettant ce dispositif en perspective avec la psychiatrie d'urgence que nous pensons tirer les meilleurs résultats de l'usage de la métaphore tragique pour notre thèse. Parler du dispositif théâtral, c'est d'emblée se situer dans une perspective de SIC, c'est-à-dire dans une perspective où des relations de communication sont mises en jeu sur plusieurs plans : sur la scène, entre le chœur et la scène, entre la scène et les spectateurs, entre les spectateurs et le chœur... C'est le croisement de ces multiples relations de communication qui nous a paru propre à éclairer les situations et processus de communication à l'œuvre dans la psychiatrie d'urgence. Ce qui nous a interpellé, aussi, dans la tragédie, c'est qu'elle mettait au cœur de la problématisation des faits de communication, la question de l'énonciation et celle de la parole (comme on déjà pu le voir dans le parallèle avec la psychanalyse). Enfin, la tragédie a toute sa place, à titre de métaphore et d'analogie dans les SIC, en ce que nous ne contentons pas d'une analyse du texte, mais nous prenons acte de la valeur politique du dispositif du théâtre dans la cité athénienne.

C'est ce rapport, qui se manifeste grâce à la *représentation* théâtrale, entre communication et politique, qui nous a paru fournir une structure susceptible de rendre compte de ce qui se joue aux urgences psychiatriques en tant qu'il s'agit d'un lieu spécifique où s'échangent principalement des paroles, qui fait partie de l'espace public et dans lequel est problématisé, à chaque recours, la médiation entre le psychique et le politique. Ce jeu de relations de communication, d'identifications, de paroles échangées et d'interrogations politiques est souligné par Vidal-Naquet comme constituant le cœur de la tragédie : « *la tragédie ne peut être séparée de la représentation tragique, de ce double dédoublement qu'est, d'une part, l'opposition entre le héros et le chœur, et, de l'autre, du rapport qui s'établit entre le chœur et les acteurs de la cité présente sur les gradins* »⁴⁴⁵. En fait, grâce à la métaphore tragique, nous souhaitons filer notre hypothèse, énoncée dans les chapitres précédents, selon laquelle les services d'urgence psychiatrique constituent des laboratoires politiques. Ce repérage de l'émergence du politique à travers des relations de communication, via la métaphore de la tragédie, inscrit pleinement notre thèse dans le champ de la sémiotique politique et des SIC. L'acte transgressif et fondateur des SIC, comme nous avons pu le montrer, en nous appuyant sur les propos de R. Bourdieu et de J.-F. Tétu, a été déplacer de leurs objets traditionnels les études littéraires et de mettre à jour leurs procédés d'analyse sémiotique pour permettre une lecture renouvelée du politique. Barthes, qui a contribué par ses études sémiotiques sur le politique à la naissance des SIC, a ainsi articulé le politique à l'esthétique, au psychisme et au sémiotique. C'est bien ce que nous faisons quand nous analysons la psychiatrie d'urgence au prisme de la tragédie en considérant principalement la tragédie sous son angle de représentation, d'imaginaire et dans sa dimension politique toujours articulée aux faits psychiques.

B. Poursuivre l'approche topologique de la psychiatrie d'urgence : une nouvelle sémiotisation de l'espace par tripartition

On se souvient d'une autre spécificité de notre démarche qui consiste à considérer la psychiatrie d'urgence en termes d'espace, de façon à se défaire d'une définition exclusive du phénomène en termes de temps et à insister sur les aspects de rencontre dans l'accueil de la détresse psychique. C'est cette démarche qui nous a poussé à construire ce que nous avons appelé une *topographie communicationnelle* du service d'urgence. Nous avons vu

⁴⁴⁵ Ibid., p.14

comment la prise en charge d'urgence s'articule par un passage du sujet dans différents lieux de communication qu'on pouvait décrire selon une série de critères⁴⁴⁶. Par ailleurs, nous avons établi, lors de l'exposé de notre méthodologie et de la présentation de notre terrain, une sorte de plan ou de carte du service d'urgence qui représente les différents lieux d'attente, d'accueil, de soin, etc.⁴⁴⁷ Nous souhaitons ici, avec l'analogie du théâtre tragique reprendre ces représentations topologiques du service d'urgence et du processus de prise en charge, non pas pour les invalider, mais pour les enrichir et leur donner une autre dimension.

Il s'agit une nouvelle fois de rendre intelligible l'apparent chaos du service d'urgence que nous avons déjà évoqué. En somme nous proposons une nouvelle sémiotisation de l'espace, nous apposons sur la réalité de l'espace du service une nouvelle couche de sens, une nouvelle structuration des lieux. Cela s'inscrit dans le projet de valider l'hypothèse centrale de notre thèse selon laquelle la psychiatrie d'urgence constitue une structure de communication et de médiation. Dans ce but, trois opérations sont nécessaires : diviser le continuum apparent de l'espace en lieux distincts, c'est-à-dire dessiner des frontières ; attribuer des fonctions et des significations à ces lieux (c'est ce que nous avons déjà fait en repérant les lieux de communication) ; rendre compte de l'articulation entre ces lieux en montrant les relations qui les unissent et qui font que l'un ne fonctionne pas sans l'autre.

Le dispositif du théâtre tragique – structure de médiation qui assure une articulation entre le singulier et le collectif sur plusieurs plans – va ainsi nous permettre de procéder à une tripartition du service d'urgence. Cette tripartition permet de rendre présente la figure du tiers, ce qui est primordial pour qualifier une structure de médiation (ainsi, le langage est une instance tierce pour deux sujets qui communiquent). Si, pour établir notre analogie théâtrale, nous avons fait le choix du théâtre tragique grec par rapport, par exemple, au théâtre classique, c'est parce qu'il institue trois instances : les spectateurs, les acteurs et le chœur. Le chœur est ainsi cette instance qui donne au dispositif tragique sa qualification de structure de médiation. Il est une installation et une présence pérenne du collectif dans les affaires singulières, représentées sur la scène, qui lient les hommes entre eux : il est par exemple le tiers qui vient rappeler la loi quand Œdipe et Jocaste se rendent compte du véritable lien qui les unit. Ces trois instances sont réparties en trois espaces distincts dans l'architecture même du théâtre antique : gradins, scène et orchestre. Des relations spécifiques se nouent et se combinent entre ces trois lieux occupés par des sujets aux fonctions différentes. Nous verrons qu'il est possible d'appliquer, point par point, cette grille de lecture sur l'espace du service d'urgence pour faire apparaître des analogies frappantes entre tragédie et urgence. Cette analogie nous permettra de faire l'hypothèse d'une homologie de structure et de fonction de la tragédie et des urgences psychiatriques dans la cité ou dans la ville. D'une nouvelle topologie, topographie ou sémiotisation de l'espace du service d'urgence, nous tirerons un propos sur le rôle politique de l'urgence psychiatrique dans notre société, comme à la fois garante du contrat social et comme lieu d'interrogation permanent de ce qui organise le vivre-ensemble. Tout comme dans la tragédie.

C. Poursuivre l'articulation entre la clinique et le politique

Pour approfondir l'idée précédente, il est intéressant de considérer ce que nous dit Jean-Pierre Vernant sur la place de la tragédie dans la cité par rapport aux autres institutions de l'Athènes de l'antiquité :

⁴⁴⁶ Nous renvoyons ici à nos développements du chapitre 1 de la partie III.

⁴⁴⁷ Voir chapitre 1 de la partie II.

« La tragédie n'est pas seulement une forme d'art ; elle est institution sociale que (...) la cité met en place à côté de ses organes politiques et judiciaires. En instaurant (...) dans le même espace urbain et suivant les mêmes normes institutionnelles que les assemblées ou les tribunaux populaires, un spectacle ouvert à tous les citoyens, dirigé, joué, jugé par les représentants qualifiés de diverses tribus, la cité se fait théâtre ; elle se prend en quelque sorte comme objet de représentation et se joue elle-même devant le public »⁴⁴⁸.

Nous nous intéressons dans cette citation à deux éléments qui sont, d'une part, le fait que la tragédie est une institution au même titre que l'assemblée ou le tribunal et, d'autre part, le fait que cette institution appartient à l'espace urbain, s'inscrit dans une forme de continuité avec ces espaces de la ville ouverts à tous, si ce n'est en tant que participants, au moins en tant que spectateurs. Ainsi, la tragédie fait partie de ces institutions où se joue et s'éprouve en permanence le contrat social. On voit là, déjà, se dessiner une analogie possible avec la psychiatrie d'urgence : nous avons pu, en effet, montrer, à quel point se jouait, dans les services d'urgence psychiatriques, une réélaboration permanente du contrat social. De plus, les services d'urgences, comme le théâtre tragique, constituent un espace de l'hôpital ouvert sur la ville où l'entrée et les passages ne sont pas contrôlés. Nous verrons plus loin, en identifiant les gradins du théâtre tragique à la salle d'attente du service d'urgence, comment les patients en attente, les familles et autres accompagnants, assistent, comme spectateurs citoyens d'une certaine manière, à la mise en scène de la cité au gré des interventions de la police, des soignants, des pompiers, etc., qui, tour à tour, incarnent, auprès des patients, la loi, les conflits, la solidarité, etc.

Mais pour montrer que la métaphore tragique nous permettra de mieux saisir les articulations entre la clinique et le politique aux urgences, nous devons donner une autre spécificité de la tragédie. Elle est en effet une institution politique comme les autres, mais elle présente la caractéristique de mettre en scène des formes de psychopathologies, de symptômes ou de conflits psychiques. Elles sont rares, ces institutions qui acceptent d'intégrer une problématisation du psychisme et d'envisager de l'accueillir. Nous voyons encore là se dessiner une analogie possible avec les services d'urgence psychiatriques, institution qui doit assurer une forme de représentation et d'incarnation pérenne du collectif et qui, en même temps, « autorise » et accueille les ruptures du psychisme qui sont les moments où les sujets manifestent leur plus grande singularité. Tragédie et psychiatrie d'urgence sont deux institutions politiques et sociales qui autorisent, pour la traiter, que se représente dans leur espace une tension à la limite du supportable entre singulier et collectif.

Dans la tragédie, sur scène est représentée une transgression (inceste, parricide...) qui renvoie les spectateurs, dans les gradins, aux conflits psychiques susceptibles de les étreindre et qu'ils ne se forment pas clairement. Les spectateurs se représentent ce qui constitue la condition de tout sujet d'être divisé entre désir et norme. Dans *Œdipe roi*, la réplique de Jocaste en fait presque le précurseur de Freud : « *Ne redoute pas l'hymen d'une mère : bien des mortels ont déjà dans leur rêves partagés le lit maternel* »⁴⁴⁹. Il s'agit donc, dans la tragédie, de tenter d'appriivoiser collectivement une transgression et, en même temps, de réaffirmer les lois communes. On voit là encore un parallèle avec la psychiatrie d'urgence où le psychiatre a ce double rôle de rappeler la loi (ou, plus largement,

⁴⁴⁸ VERNANT Jean-Pierre. *Mythe et tragédie en Grèce ancienne. Tome 1 [1972]. La Découverte, 2001. Coll. « Poche », p.*

24.

⁴⁴⁹ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Préface de Pierre Vidal-Naquet. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p. 217.

de réintroduire le sujet à la logique symbolique) et de permettre au sujet de s'approprier singulièrement la manifestation de son désir pour le (re-)civiliser.

Enfin, sur ces réflexions dans lesquelles nous voyons presque une fonction clinique de la tragédie, au même titre que nous la voyons articulée au politique, dans la psychiatrie d'urgence, notons, pour renforcer encore le parallélisme, qu'au-delà du conflit psychique, la dimension de la crise est présente dans la psychiatrie d'urgence comme dans la tragédie. Dans *Œdipe Roi*, la crise surgit à plusieurs moments, sous différentes modalités : soit comme moment de décision, soit comme passage à l'acte. Ainsi, face au premier oracle qui lui prédit un destin funeste, Œdipe fuit Corinthe pour Thèbes, décision qui semble lui permettre d'échapper à son destin mais qui lui fera en fait croiser son père, le tuer et prendre le route de Thèbes et rejoindre Jocaste, autant d'éléments décisifs, critiques, qui nouent définitivement le destin tragique d'Œdipe. Sur un autre versant, la crise se manifeste dans le passage à l'acte, quand, prenant conscience de leur situation tragique, Jocaste se pend et Œdipe se crève les yeux. Ces deux modalités de la crise se retrouvent aussi aux urgences psychiatriques : le sujet qui recourt à la psychiatrie d'urgence est celui qui ne supporte plus la situation dans laquelle il s'est volontairement engagé en se prenant au piège de ses conflits psychiques ou celle dans laquelle il est amené par les pompiers ou la police à la suite d'un passage à l'acte (violence, tentative de suicide, notamment).

D. Potentialité heuristique et limites de la démarche analogique concernant la psychiatrie d'urgence

Toutes les pistes que nous venons d'évoquer et qui semblent montrer qu'il a des points communs intéressants entre la psychiatrie d'urgence et la tragédie antique, ne doivent pas nous donner une satisfaction trop trompeuse.

Comme toute démarche analogique, la nôtre comporte des limites que nous nous proposons d'énumérer rapidement ici de manière à bien saisir la mesure dans laquelle l'analogie est heuristique dans la perspective de cette thèse.

Analogie ne veut pas dire identification terme à terme des deux pôles de l'analogie. Ainsi, il nous semble nécessaire de préciser que comparer la psychiatrie d'urgence au théâtre ne signifie pas que les soignants et les patients seraient totalement assimilables à des personnages ou à des acteurs de théâtre. Bien sûr, nous le verrons, il y a de la théâtralité dans la rencontre soignant/patient, et chacun y va de sa petite saynète, mais cela ne signifie pas pour autant que les patients sont des malades imaginaires et les médecins des usurpateurs. Les effets de théâtralité de l'urgence psychiatrique, soulignés par la métaphore tragique, indiquent simplement qu'il faut parfois en passer par l'imaginaire pour s'adresser à l'autre, surtout quand la référence de l'adresse, de la demande, concerne un point critique, un point de réel, par définition indicible. Nous essaierons ainsi de montrer que si les patients théâtralisent souvent leur souffrance, ce n'est pas pour duper le médecin mais pour s'adresser à lui selon une trouvaille énonciative pour dire une vérité subjective. D'ailleurs, voir du théâtre dans la psychiatrie d'urgence renforce nos hypothèses sur le statut de la vérité en psychiatrie qui ne cherche pas à faire coller les mots aux choses.

Au fond, l'analogie représente un sorte de risque de type narcissique pour le chercheur qui pourrait se complaire à créer une image parfaite, totale, sans défaut, pour y exprimer ses élaborations théoriques qui, ainsi, ne présenteraient aucune faille ni aucun biais. L'image créée par l'analogie ne doit pas capturer l'élaboration conceptuelle dans une impression de totalité. On quitterait le discours scientifique pour adopter une position de maître. Ainsi, on risquerait, à trop assimiler tragédie grecque et psychiatrie d'urgence, de tomber soit dans

le piège de l'anachronisme, soit dans celui d'une conception immobile de l'histoire, ce qui, au fond, revient au même. Pour éviter ces pièges, il convient de repérer ce qui subsiste en termes de *fonction* et de *structure*. Dire, comme nous le verrons, que psychiatre urgentiste et coryphée sont assimilables, cela revient simplement à dire qu'il y a une place, dans la société, qu'elle soit antique ou contemporaine, pour un tiers qui exprime la médiation entre le psychique et le politique, entre le singulier et le collectif. La démarche historique intéressante est alors de voir les formes successives que cette fonction a prises dans l'histoire. Nous isolons deux moments de l'histoire, mais nous aurions pu en sélectionner d'autres, pour nourrir encore plus notre analogie. Notre réflexion, qui implique une mise en perspective historique, consiste aussi à mieux souligner la mise en danger de cette fonction dans la société actuelle, encore présente aux urgences, mais menacée fortement dans le champ même de l'institution psychiatrique aujourd'hui qui, abandonnant les formes de cliniques ancrées sur la parole, privilégie un abord neurobiologique ou comportementaliste des troubles psychiques, évacuant ainsi la question du *conflit* psychique qui rappelle que le sujet construit son identité sous un double versant, celui du désir et celui de l'appartenance.

En énonçant cette forme d'interrogation, voire d'engagement politique qui traverse notre thèse, nous souhaitons montrer que notre démarche analogique évite aussi le biais de l'artificialité. En effet, l'analogie, en se contentant de comparer, n'explique rien, ne problématise rien. Nous tentons d'éviter ce biais en nous souvenant aussi de la manière dont nous avons pris acte, plus haut dans cette thèse, de ce que disait Roland Barthes sur le plaisir du texte dans les SHS : la métaphore tragique est au fond une manière d'exploiter une potentialité stylistique du langage, une manière de travailler la langue comme matériau pour faire émerger des formulations possibles et inédites sur un phénomène, c'est-à-dire produire une interprétation.

II. Une sémiotisation de l'espace du service d'urgence à partir des lieux institués par le dispositif de la tragédie grecque : acteurs, chœur et spectateurs ; *skéné*, *orchestra* et *koilon*.

Nous allons construire l'analogie entre tragédie et psychiatrie d'urgence en deux étapes. La première sera totalement descriptive et consistera à se demander quels sont les critères qui font, par exemple, que le psychiatre est identifiable au chœur et au coryphée. La deuxième étape consistera à dynamiser le modèle en identifiant les relations de communication à l'œuvre dans la représentation théâtrale et celles à l'œuvre dans la prise en charge psychiatrique. Nous insisterons ainsi sur les modalités d'articulation de la clinique au politique dans la psychiatrie d'urgence.

A. Identification analogique des lieux du service d'urgence et des lieux du théâtre antique grec

Avant de commencer la comparaison, décrivons brièvement ce qui fait la structure de la tragédie et la manière dont cette structure trouve une traduction dans l'espace même du théâtre. Nous nous référerons ici aux descriptions et explications de Jacqueline de Romilly⁴⁵⁰ ainsi qu'à notre lecture propre d'*Œdipe Roi*, de Sophocle.

Comme nous l'explique J. de Romilly, la tragédie grecque trouve sa spécificité et son originalité en ce qu'elle « *fond en une œuvre unique deux éléments de nature distincte, qui*

⁴⁵⁰ DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige ».

sont le chœur et les personnages »⁴⁵¹. Ce qui nous intéresse, par rapport à la psychiatrie d'urgence, c'est que la tragédie met en scène une dialectique entre le singulier et le collectif, qui se lit dans le texte et se voit dans l'espace du théâtre à la fois. Alors que le théâtre classique montre l'action des personnages sur une scène unique, le théâtre grec divise l'attention du spectateur sur deux lieux. D'abord, on trouve la scène « *que l'on peut comparer à la scène de nos théâtres : cette scène était le lieu réservé aux personnages* »⁴⁵². C'est l'espace où se déroule l'action et au-dessus de laquelle, sur un balcon, apparaissent parfois des dieux. Mais le théâtre antique disposait d'un autre espace, nommé *orchestra*, où évoluait le chœur. Cet espace, le plus souvent en forme de cercle, était séparé de la scène, devant elle, par quelques marches. Ces marches symbolisaient une forme de frontière infranchissable entre les acteurs et les choristes qui ne se mêlaient jamais, qui ne se retrouvaient jamais dans le même espace. Jacqueline de Romilly fournit une interprétation à cette séparation qui doit déjà nous interpeller pour saisir, sur la scène de l'urgence, la position clinique du psychiatre : « *le chœur, par la place qu'il occupait, restait en quelque sorte indépendant de l'action en cours ; il pouvait dialoguer avec les acteurs, les encourager, les conseiller, les redouter, voire les menacer. Mais il restait à part* »⁴⁵³. Romilly précise alors que la frontière spatiale qui introduit une distance entre le chœur et les acteurs était redoublée par une distinction entre les formes d'expression. Alors que les personnages s'exprimaient en parlant, sous forme de monologues, de tirades ou de dialogues, le chœur, quant à lui, chantait ou psalmodiait dans des vers qui avaient une métrique distincte de celles des acteurs. Retenons ces deux spécificités du chœur qui vont nous permettre d'anticiper sur la suite : il évolue *hors de l'action* proprement dite et il met en œuvre une énonciation ou, plus largement, une *forme de discours spécifique*.

Si le chœur se situe dans le texte et l'espace du théâtre hors de l'action, il n'est cependant pas étranger à l'action. Il en est à la fois spectateur et le juge. Il assiste à l'action, la commente, témoigne de son expérience des faits qui lui sont donnés à voir sur la scène. En ce sens il occupe une position intermédiaire particulièrement intéressante puisque, d'une part, il s'apparente aux spectateurs qui sont dans les gradins (espace du théâtre grec appelé le *koilon*), mais il s'en distancie car il a cette possibilité d'exprimer ses jugements et sentiments. Cette expression trouve plusieurs formes : dialogue entre le coryphée – le chef de chœur en quelque sorte – et un acteur ; chant du chœur qui pose des questions à un personnage, le conseille, apaise son angoisse⁴⁵⁴ ; chant lyrique qui exprime avec plus ou moins de vivacité la joie ou la douleur. En fait, les spectateurs ne s'identifient pas aux héros sur scène, mais au chœur : « *le chœur n'est en aucune façon un élément étranger à l'action. C'est lui qu'elle concerne le plus. C'est pour lui, par lui, qu'elle peut toucher les spectateurs. Et l'on comprend qu'il ait à intervenir, supplier, à espérer et qu'enfin ses émotions scandent d'un bout à l'autre les diverses étapes de l'action* »⁴⁵⁵. En somme, le chœur est une représentation et un porte-parole du collectif à la fois. Si le chœur est tant intéressé à l'action, c'est que, dans l'intrigue tragique, sa survie dépend de l'action du

⁴⁵¹ Ibid., p.23

⁴⁵² Ibid., p.23

⁴⁵³ Ibid., p.24

⁴⁵⁴ Ceci est par exemple indiqué dans les didascalies finales du passage d'Œdipe Roi que nous avons mis en exergue de ce chapitre : « *Le chœur entoure Œdipe et cherche à le distraire de son angoisse* ». On voit là se dessiner encore une possible parenté de fonction entre le chœur et le psychiatre qui est le pare-angoisse du service, aussi bien pour les patients que les soignants, comme nous l'avons souligné dans des pages précédentes.

⁴⁵⁵ DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige », p.28

héros. Ainsi, dans *Œdipe Roi*, le chœur implore Œdipe de sauver de la peste le peuple qu'il représente. Le destin du chœur dépend de l'action du héros. Ainsi, alors qu'Œdipe voit enfin la vérité en face et se rue dans le palais pour se crever les yeux, le chœur s'adresse à lui, dans un chant vif, au nom du Peuple de Thèbes : « *Ah ! fils de Laïos ! que j'aurais donc voulu ne jamais, ne jamais te connaître ! Je me désole, et des cris éperdus s'échappent de ma bouche. Il faut dire la vérité : par toi jadis j'ai recouvré la vie, et par toi aujourd'hui je ferme à jamais les yeux !* »⁴⁵⁶. Le chœur, en se lamentant, mais en condamnant aussi Œdipe, est alors une expression de la loi : en transgressant un interdit, Œdipe est coupable d'un crime, celui de son peuple, en plus des crimes d'inceste et de parricide qu'il découvre avec effroi et qui le concernent plus singulièrement. En résumé, notons ces nouvelles caractéristiques du chœur qui est divisé entre, d'un côté, *incarnation du collectif, juge, énonciateur de la loi* et, de l'autre côté, *oreille attentive à l'énigme de la parole et des actes du héros*. Cette dernière qualité du chœur, qui se comporte presque comme un clinicien à la recherche de la compréhension de la logique singulière d'un cas, nous est rappelée par Romilly :

« Dans les moments où des vagues de terreur ne le submergent pas, on le voit qui s'interroge. (...) Il s'efforce de comprendre. Et, pour cela, il se remémore le passé, afin d'en déceler la leçon. (...) Et la méditation du chœur donne à l'action proprement dite comme une dimension de plus »⁴⁵⁷.

L'hypothèse de la division du chœur que nous faisons suite à la lecture de J. de Romilly nous semble s'illustrer dans la division même entre chœur et coryphée où le chœur se comporte comme un énonciateur de la loi au nom du collectif et le coryphée davantage comme un confident du héros, ce qui peut se lire à travers des dialogues plus adressés et précis quant à l'action en cours.

A travers toutes ces considérations, on voit comment s'élabore tout un jeu complexe d'identifications, de registres énonciatifs, de relations et de situations de communication sur lesquelles nous reviendrons après avoir construit l'analogie entre tragédie et psychiatrie d'urgence.

1. Le koilon : la salle d'attente des urgences

Au pavillon N, la salle d'attente est configurée de telle manière qu'elle devrait sans doute être qualifiée d'un autre nom. En effet, il ne s'agit pas d'une salle à proprement parler puisqu'il ne s'agit pas d'une pièce fermée. D'une part, elle est ouverte sur l'extérieur, sur la ville, par un système de portes coulissantes automatiques. D'autre part, tous les patients en attente d'être pris en charge *sont installés de telle sorte qu'ils peuvent assister au*

*spectacle médical et, plus largement, à une partie de la vie du service d'urgence*⁴⁵⁸. Comme nous l'avons déjà indiqué, la plupart des lieux de soin sont installés dans des couloirs qui partent du lieu d'accueil et dans les étages du pavillon où sont distribuées les chambres des différents services d'hospitalisation de courte durée, somatique, psychiatrique ou mixte. Cependant, le service est souvent débordé et il peut arriver que les patients alités sur

⁴⁵⁶ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.226.

⁴⁵⁷ DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige », p.32

⁴⁵⁸ C'est dans cette spécificité que notre analogie avec la tragédie est intéressante et connaît des limites. En effet, les trois instances du théâtre grec sont identifiables aux urgences dans une configuration presque équivalente avec des gradins devant la scène. Cela dit, dans le théâtre, les spectateurs ne se retrouvent pas projetés réellement sur la scène. C'est ce qui arrive cependant aux urgences où le patient se projette d'abord *imaginativement* sur la scène, dans sa position de spectateur en salle d'attente, *avant d'y être projeté réellement* pour y recevoir les différents soins.

des brancards stationnent dans l'espace d'attente, faute de place dans des chambres à l'intérieur du pavillon. Ces patients reçoivent des soins légers (prise de tension, installation d'une perfusion, etc.) par les infirmiers et dialoguent avec eux ainsi qu'avec des médecins qui, s'ils sont somaticiens, peuvent les ausculter dans le plus de respect possible de leur intimité. Mais le « spectacle » de l'urgence ne se résume pas strictement à ces soins car les patients en attente assistent aussi à l'arrivée des malades en ambulance, ou accompagnés des pompiers ou de la police. Aussi, un box, situé dans un recoin de la zone d'attente est consacré à l'accueil des patients troublant l'ordre public, en garde à vue, ou plus généralement agités ou violents. Cette petite pièce, équipée d'un lit fixé au sol, appelé « box zéro », est celle dans laquelle l'équipe soignante procède à la contention des patients. Nous commenterons ce lieu plus loin dans la thèse, mais notons dès à présent que les patients en attente assistent, si ce n'est en le voyant, du moins en l'écoutant, au réel du soin en psychiatrie, c'est-à-dire à l'exercice du pouvoir médico-légal de la psychiatrie qui consiste en la possibilité de priver de liberté de mouvement les patients en agissant directement sur leur corps (chimiquement ou mécaniquement). Des cris proviennent souvent de ce lieu, ce qui n'est pas sans avoir une influence sur l'expérience angoissante de l'attente des autres patients et sur les représentations qu'ils peuvent se faire du soin psychique.

De plus, les patients assistent au ballet incessant du passage des médecins devant eux. Enfin, des patients hospitalisés, qui vont prendre un café à la machine ou qui se promènent pour tuer l'ennui de l'hospitalisation, déambulent aussi dans cette zone d'attente. Contrairement à ce que laissent imaginer les représentations véhiculées par les nombreuses séries télévisées qui mettent en scène l'urgence hospitalière, le lieu d'attente des patients est relativement calme et silencieux.

Face à cette description rapide, qui peut être largement enrichie de la lecture du journal ethnographique, nous émettons l'hypothèse selon laquelle la « salle » d'attente des urgences peut s'identifier aux gradins du théâtre antique, et cela pour plusieurs raisons que nous allons à présent énumérer. En fait, trois expériences vécues par les patients en attente nous semblent être assimilables aux expériences vécues par les spectateurs installés dans le *koilon* du théâtre grec.

Il y a d'abord la question de l'*attente*. Nous en avons fait largement état dans nos développements sur la temporalité de l'urgence et nous n'y revenons pas sauf à rappeler que, dans l'attente, les patients se situent dans un temps imaginaire. Comme lorsqu'on assiste à une tragédie dont on redoute l'issue, aux urgences, on retient son souffle, parce qu'on ignore, dans la peur et l'angoisse, quel sera le verdict du médecin sur le mal qui nous accable et qui, peut-être, comme dans la tragédie, peut signifier la mort. Mais c'est là une dimension de suspens qui ne différencie pas vraiment la tragédie d'autres formes littéraires ou théâtrales faites, elles aussi, d'intrigues, de péripéties, de rebondissements et d'épilogues qui maintiennent l'attention du lecteur ou du spectateur. Ce qui nous a frappé dans *Œdipe Roi*, et qui peut-être qualifie mieux la dimension cruciale de l'attente dans la tragédie, c'est que celui qui détient la vérité – ou, du moins, qui détient une interprétation possible de l'énigme au centre de l'intrigue – se fait attendre. Ainsi, au début de la pièce, Œdipe s'inquiète du retour de Créon, parti pour Pythô demander conseil aux dieux sur la manière de remédier à la peste qui sévit sur Thèbes : « *Et même le jour où nous sommes, quand je le rapproche du temps écoulé, n'est pas sans m'inquiéter : qu'arrive-t-il donc à Créon ? La durée de son absence dépasse le délai normal beaucoup plus qu'il est naturel.* »⁴⁵⁹. Les spectateurs sont donc plongés, avec Œdipe, dans cette attente, qui dure, de la parole et de l'interprétation supposées éclairer le sens du malheur de Thèbes.

⁴⁵⁹ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.187

C'est dans une attente similaire que sont les patients de l'urgence qui ne sont pas encore pris en charge : ils supposent imaginativement un savoir au médecin ou au psychiatre qu'ils rencontreront bientôt et qui pourra mettre du sens sur l'événement insensé qui les amène à recourir aux urgences. Cette supposition imaginaire du savoir du médecin, cette attente de guérison correspond à ce que la psychanalyse désigne par le transfert. En ce sens, l'attente, aux urgences, est une forme de construction et d'alimentation a priori du transfert. Tout se passe ainsi comme dans la tragédie où l'attente est toujours attente de celui qui est supposé savoir, comme au moment où Œdipe, qui a fait chercher le devin Tirésias éprouve avec angoisse l'attente de son arrivée : « *Je m'étonne même depuis un moment qu'il ne soit pas là* »⁴⁶⁰. C'est en effet Tirésias qui va commencer de dévoiler son destin à Œdipe.

Cette question de l'attente est donc directement reliée à la deuxième expérience qui est celle de l'*identification*. Les patients en attente s'identifient aux patients déjà pris en charge sur la scène de l'urgence et se situent dans une interrogation angoissée sur leur propre destin qui pourrait bien être identique à celui de ce patient alité qu'ils observent, là, tout près. Nous remarquons que l'identification se fait aux personnes qui se situent sur la scène de l'urgence, les personnages-patients, en quelque sorte, ce qui rapproche plutôt ici l'urgence hospitalière du schéma du théâtre classique et l'éloigne de celui de la tragédie où l'identification se fait plutôt au chœur, selon de Romilly. Cela dit, même si sur la scène grecque les personnages sont des héros, presque des demi-dieux, ce qui rend plus difficile l'identification, il reste que les conflits auxquels ces héros se confrontent sont au fond très humains, si l'on reprend l'exemple du complexe d'Œdipe. Ainsi, on peut supposer que des formes d'identification pouvaient tout de même se jouer entre le destin d'Œdipe et les spectateurs (rappelons-nous la réplique de Jocaste, citée plus haut, sur le rêve du fils épousant sa mère, présenté comme un universel)⁴⁶¹.

Enfin, la dernière dimension de l'expérience qui peut susciter l'analogie entre *koilon* et salle d'attente est sans doute celle de la *catharsis*. Comme nous l'avons vu précédemment, dans l'attente, le soin a, d'une certaine manière, déjà commencé, puisque le travail d'identification que le patient fournit lui donne déjà un statut qui est au moins celui de malade. Pour figurer dans la salle d'attente, il faut déjà avoir été reçu par le service d'accueil administratif qui délivre un numéro de prise en charge, soit une inscription, une représentation – certes insatisfaisante, réductrice – du patient au sein de l'institution. Dans l'attente, une première forme de reconnaissance du sujet s'institue. Pour faire le parallélisme avec la tragédie, rappelons que chez les grecs le théâtre est une institution à part entière et aller au théâtre, s'installer sur les gradins, c'est se sentir appartenir à un collectif, à la cité. Le « patient-spectateur-en-attente » assiste alors à la mise en scène de la vie sociale avec, comme nous l'avons vu, le ballet de différents représentants institutionnels (secours, police) et de patients qui représentent, pour certains, une infraction aux normes sociales (ce psychotique violent en crise, désinhibé, qu'on attache). Le patient en attente, qui sait qu'il sera ensuite pris en charge, se projette nécessairement sur la scène de l'urgence, et commence déjà à apprivoiser, symboliser, selon une logique cathartique imaginaire, ses propres conflits issus de la confrontation entre ses désirs et les normes, qui se « joueront » pour lui quand ce sera son tour de rencontrer un médecin ou un psychiatre. Attente et catharsis sont deux aspects imaginaires de l'urgence qui ouvre à la possibilité d'une réinstallation du sujet dans le champ de l'échange. La salle d'attente fonctionne comme un lieu où se produit pour chaque sujet en détresse psychique une anticipation – peut-être

⁴⁶⁰ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.194

⁴⁶¹ La figure du demi-dieu, parce qu'elle est « demie », « entre-deux », rend à la fois difficile l'identification symbolique en même temps qu'elle introduit une forme de distanciation qui met précisément à distance la dimension imaginaire de l'identité des dieux.

déjà thérapeutique – de la manière dont il aura à rendre compte de son symptôme (qui est formation de compromis entre désir et norme) à un autre, le psychiatre, qui représente à la fois le petit autre de l'intersubjectivité et de l'identification⁴⁶² et le grand Autre du langage, de l'appartenance et des normes. C'est ainsi que nous concevons le psychiatre, dans ce schéma analogique, comme un sujet divisé entre fonction du chœur et fonction du coryphée.

2. L'orchestra : le psychiatre divisé entre chœur et coryphée

En décrivant les caractéristiques du chœur et du coryphée plus haut, nous avons préparé le terrain pour la comparaison que nous voulions faire entre le coryphée et le psychiatre.

Comme le chœur dans la tragédie, le psychiatre est situé hors de l'action proprement dite. A part quand il doit procéder à une contention – dans laquelle cependant il ne touche pas le patient – il est situé non loin de la scène de l'urgence proprement dite, mais en dehors d'elle. On observe d'ailleurs cela dans l'organisation spatiale même du service d'urgence. De la même manière que l'orchestre est contigu à la scène mais séparé d'elle, le psychiatre reçoit les patients – dialogue avec eux, en fait – en dehors des zones de soin et d'accueil, dans son bureau⁴⁶³. La plupart du temps, le psychiatre invite le patient à se déplacer vers une zone d'entretien située à l'écart des zones de soins somatiques. Ainsi, le psychiatre, contrairement à ses collègues somaticiens, n'est pas dans réel de l'action soignante, mais bien, comme nous l'avons vu, dans le symbolique, ou dans l'imaginaire qui caractérise la spécificité de la relation thérapeutique en psychiatrie.

De plus, nous disions que le chœur s'exprime dans une énonciation spécifique dans la tragédie. C'est aussi comme cela qu'est perçu le psychiatre aux urgences, autant par les patients que par ses collègues soignants. Le psychiatre est un médecin qui n'a pas tout à fait la même langue que les autres médecins : nous l'avons vu, notamment, dans les attentes divergentes entre somaticiens et psychiatres sur les modalités d'accueil de l'expression du symptôme, impliquant un rapport différent à la vérité – vérité de la science pour les somaticiens, vérité du sujet pour les psychiatres. Nous approfondirons cela plus loin dans la thèse quand nous traiterons de l'urgence comme signifiant flottant (chapitre 5 de cette partie) : le psychiatre ne propose pas une définition close de l'urgence mais laisse au patient le loisir de faire signifier singulièrement ce signifiant flou. On lit aussi ce procédé dans la tragédie quand le chœur invite le héros à s'interroger sur son destin, mais de manière ambiguë, équivoque, énigmatique, sans donner de réponse au héros pour que lui-même construise et reconnaisse sa part de responsabilité dans son destin. C'est aussi la logique d'accueil en psychiatrie où le patient doit parvenir, avec l'aide du psychiatre, à une élaboration singulière de sa détresse.

Mais ce qui sans doute rend l'analogie plus frappante, c'est de s'apercevoir que le psychiatre, aux urgences, occupe un rôle qui l'identifie tantôt au chœur, tantôt au coryphée. En un mot, le psychiatre est un soignant divisé, clivé, car, par rapport aux patients en crise psychique qui évoluent sur la scène de l'urgence, il est à la fois celui qui *rappelle la loi* (par ses décisions de médecine légale notamment) et celui qui *écoute le discours du patient au plus près de sa singularité*, au plus près de ce que son énonciation dévoile d'un désir impartageable, inassimilable au collectif. Le psychiatre est ce soignant divisé qui, dans sa

⁴⁶² C'est parce qu'il est ce petit autre de l'identification qu'il suscitera de la part du patient le recours à une expression imaginaire de lui-même.

⁴⁶³ Cette distance gardée avec le champ de l'action et du réel du soin peut se constater, par exemple, à l'observation 4 du journal ethnographique où le psychiatre demande, pour l'entretien, qu'on détache temporairement la perfusion de Monsieur F. Ceci constitue symboliquement une extraction de la scène de la l'action médicale.

clinique, universalise et singularise en même temps. Plus précisément, et comme nous l'avons déjà montré, il est celui qui conçoit, avec le patient, une articulation possible entre le désir du patient et les exigences de la sociabilité et du vivre ensemble. Le psychiatre construit des trajectoires de soin (valables pour tous, a priori) qui puissent répondre à des demandes singulières. Nous avons illustré cela à maintes reprises, et sous différents angles, dans cette thèse.

Autrement dit, le psychiatre est le chœur quand il joue le rôle de celui qui réaffirme où se situe la loi, où se situe la ligne de partage entre folie et raison, comme dirait Foucault. Mais il est aussi le coryphée, confident bienveillant du sujet aux prises avec l'énigme de son destin et de son symptôme. Il est celui, comme le coryphée, qui, dans le colloque singulier, aide le sujet à s'approprier son histoire, à s'approprier une forme de savoir sur le symptôme qu'il a construite sans le savoir, précisément. Nous voudrions, à ce propos, illustrer ceci par une réplique du coryphée à Œdipe qui semble bien restituer ce que peut être la division du psychiatre aux urgences : « *Ah ! malheureux ! Non, je ne puis te regarder en face. Et cependant je voudrais tant t'interroger, te questionner, t'examiner... Mais tu m'inspires trop d'effroi !* »⁴⁶⁴. Nous avons choisi cette citation car elle présente la particularité d'employer un lexique presque médical (« *examiner* », « *questionner* ») qui suggère la proximité avec la situation du sujet en même temps qu'elle montre comment l'effroi du crime, mesuré à l'aune des interdits de la loi, le met à distance.

Ce genre de situations, aux urgences, se produit quand le psychiatre est amené à prendre des décisions de médecine légale. Nous avons bien remarqué comment, à ces moments précis, fonctionnait la division du sujet psychiatre censé prendre une décision au nom du collectif et entendre la logique du sujet dans toute sa singularité. Les deux cas les plus parlants de nos observations sont celui de Georgette (*observation 7*) et celui de Monsieur C. (*fragment clinique 10*). Georgette doit être hospitalisée hors de son consentement : elle se met en danger, présente un danger pour les autres, mais du fait de ses symptômes paranoïaques, elle refuse de se faire hospitaliser. Alors qu'une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) serait suffisante (car la fille de Georgette est prête à signer), le psychiatre préfère une hospitalisation d'office (HO) qui ne nécessite pas de signature d'un proche, mais une décision du préfet sur avis médical. C'est parce qu'elle a entendu que le sentiment de persécution de Georgette portait sur sa propre fille que le psychiatre, pour ne pas alimenter le délire de la patiente, préfère que l'hospitalisation se fasse sans la signature de la fille. Ainsi, *une exigence clinique et une exigence sociale ont été satisfaites en même temps*. C'est la même logique qui est à l'œuvre pour Monsieur C., pour qui une hospitalisation d'office serait possible, du fait des troubles à l'ordre public qu'est susceptible d'engendrer le jeune patient, mais le psychiatre préfère convaincre le père de signer une HDT, pour lui redonner symboliquement une place dans une famille où il est absent, au profit d'une relation mère-fils ravageante, aux accents œdipiens, et dont le psychiatre fait l'hypothèse qu'elle est délétère pour le jeune homme et contribue à nourrir ses symptômes. Encore une fois, *l'exigence légale a pu être articulée à une perspective clinique qui répond au cas, à la situation singulière du patient*.

Dans des situations moins critiques, la psychiatrie a notamment pour fonction de commencer à faire entendre au patient la manière dont il contribue à l'élaboration de son symptôme. Il s'agit, au fond, de faire entendre au patient les motivations et les significations inconscientes de ses actes et symptômes alors que, très souvent, le patient situe hors de lui ce qui est à l'origine de son malheur (un peu comme, dans le champ somatique, une maladie viendrait de l'infection par une bactérie venue de l'environnement). Dans la

⁴⁶⁴ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p.229.

tragédie, on voit le héros, longtemps, dans une démarche similaire, qu'on pourrait appeler, en termes psychanalytiques, la dénégation⁴⁶⁵. Malgré toutes les mises en garde et les éclairages du chœur, ce n'est qu'à la fin qu'Œdipe reconnaît sa responsabilité dans son malheur, ce qu'on peut entendre dans le commentaire équivoque qu'il fait se son passage à l'acte après qu'il s'est crevé les yeux. Si les dieux semblent être, à première vue, à l'origine de son malheur, il finit par assumer la responsabilité de ses actes : « *Apollon, mes amis ! oui, c'est Apollon qui m'inflige à cette heure ces atroces, ces atroces disgrâces qui sont mon lot, mon lot désormais. Mais aucune autre main n'a frappé que la mienne, le mienne, malheureux !* »⁴⁶⁶. Nous avons pu mettre en évidence, dans le journal ethnographique, plusieurs situations cliniques dans lesquelles le psychiatre s'appuyait sur une manifestation de l'inconscient de son patient pour l'inciter à une subjectivation de son symptôme qui, lors du recours, apparaît comme un réel inexplicable, venu d'ailleurs ou comme œuvre du destin. Ces manifestations inconscientes, adressées au psychiatre, peuvent prendre la forme de lapsus : celui de la mère de Justine (*fragments clinique 14*) par exemple, qui montre que la tentative de suicide de Justine est une manière d'avoir recours à l'hôpital décalée par rapport à ses recours habituels pour le soin de son cancer ; celui de Monsieur L. (*fragment clinique 9*) qui déclare « *diluer ses suicides [au lieu de soucis]* » dans l'alcool. La manifestation de l'inconscient, aux urgences, prend aussi, souvent, la forme de la répétition sur laquelle les psychiatres n'hésitent pas à interpeller les patients pour leur montrer qu'une forme de responsabilité subjective – inconsciente – est à l'œuvre dans tel passage à l'acte qui se reproduit quasiment sous la même forme d'un recours à l'autre. Ainsi, Madame V. (*fragment clinique 13*), en six mois, a eu recours sept fois aux urgences pour de graves tentatives de suicide. Madame V. est typiquement une patiente dans le déni qui traduit invariablement son désir de mourir comme une envie de dormir et qui ne parvient pas à repérer que ses tentatives de suicides surviennent comme réponses subjectives répétées face à l'impossibilité de signer sa lettre de licenciement dans son entreprise. Madame V. a sans doute un rapport singulier au travail que l'épreuve du licenciement révèle de manière trop réelle. Ainsi l'acte suicidaire vient se substituer à l'acte de signer. Sans doute y a-t-il, pour cette patiente, une impossibilité à symboliser l'épreuve de la séparation, du rejet par l'Autre (que signifie bien le licenciement). Séparé de l'Autre, Madame V. est sans voix (elle parle très bas) et son corps ne tient pas debout (elle reste allongée, sur le côté, incapable de se redresser). C'est dans le corps et hors des signifiants qu'elle met en scène l'impossible séparation de l'Autre en s'identifiant à un déchet (qui est le « reste » de la séparation, mais qui ne trouve pas de sens). C'est alors en ramenant l'Autre sous une autre forme que celle de l'employeur (par la loi, l'hospitalisation sous contrainte) que la psychiatre va tenter de donner un coup d'arrêt aux répétitions suicidaires de la patiente qui sont des formes d'auto-extraction pulsionnelle du lien social. Madame V. est dans le besoin urgent de s'extirper de son statut de déchet, pour trouver une place nouvelle dans le collectif, une reconnaissance, qui sera, au moins temporairement, celle de l'institution hospitalière. Ainsi, comme le chœur tragique, le psychiatre, en ramenant l'évocation du collectif, n'est pas nécessairement toujours dans une position de condamnation ou de jugement comme quand il fait face à un comportement qui menace l'ordre public. Il est aussi celui qui propose des *formules* (on bascule dans le symbolique, dans l'ordre de la parole et de la représentation) de l'existence possible dans le lien social au moment même ou un sujet qui, se singularisant

⁴⁶⁵ La dénégation est une sorte d'envers de la responsabilité puisque la responsabilité articule *cause* (un acteur est cause d'un événement) et *signification* (l'acteur est en mesure de donner une signification à son acte dans l'ordre symbolique : institution, loi, droit). La dénégation survient quand un acte a surgit et que l'acteur qui en est la cause ne lui donne aucune signification (ne pas reconnaître un acte manqué, par exemple).

⁴⁶⁶ Ibid., p230

tellement par ses actes ou l'expression de ses désirs incompatible avec les exigences de la sociabilité, tend à estimer qu'il n'y a plus aucune place.

3. La *skéné* : le lieu de la prise en charge, du soin et de l'action médicale

Après la salle d'attente, qui serait l'équivalent des gradins du théâtre tragique, après la psychiatrie qui, dans la fonction et le lieu qu'elle occupe au pavillon N, serait l'équivalent du chœur, nous proposons, afin de compléter notre analogie, de comparer le lieu de la prise en charge et du soin à la scène du théâtre tragique. Plusieurs éléments vont, selon nous, dans le sens de cette analogie car les lieux de la prise en charge médicale sont à la fois des lieux de *d'action*, de *théâtralisation* et de *expression de l'imaginaire*.

Concernant la question de l'*action*, nous lui voyons au moins deux facettes qui sont, d'une part, celle du passage à l'acte et, d'autre part, celle de l'acte médical. La question de l'acte médical est d'ailleurs ce qui permet de différencier, comme on l'a vu plus haut, et sous d'autres angles précédemment, les formes de la clinique mises en œuvre par le somaticien et le psychiatre. Le somaticien est sommé de mettre en œuvre le soin sur la scène de l'urgence et dans le champ de l'acte : en réanimant une patiente qui s'est intoxiquée avec un surdosage de médicaments, il agit directement sur le corps de la patiente (en lui vidant l'estomac) et cela a pour conséquence de changer son destin. Ce n'est pas de la même manière que le psychiatre, hors de la scène de l'urgence, mais à côté, coryphée dans « l'orchestre » du service, met en œuvre le soin. En mettant la parole en œuvre, et en s'inscrivant donc dans le champ du sens et non dans celui de l'action cette fois, il interroge la patiente sur les événements réels qu'elle vient de vivre (l'intoxication médicamenteuse, le lavage d'estomac), qui manquent, pour elle, de signification.

Concernant la question de l'acte, un autre élément d'analogie est frappant entre la psychiatrie d'urgence et le théâtre tragique. Il s'agit de la question du *passage à l'acte*. Le passage à l'acte, dans le champ de la psychopathologie, renvoie à tous ces moments où le sujet ne dispose plus des ressources nécessaires, dans le champ du symbolique ou de l'imaginaire, pour être reconnu de l'autre, pour s'identifier à l'autre. Il s'agit de toutes les situations, en fait, où la réalité de l'acte provoque une interruption de la logique de l'échange et de la communication. L'existence du sujet, au lieu d'être organisée dans une dialectique de l'acte et des échanges symboliques se retrouve toute entière ramassée dans le premier : les actes, et leurs motivations pulsionnelles hétérogènes à l'ordre symbolique, se succèdent sans être recouverts de signification. Peut-être pourrait-on dire qu'à la veille du passage à l'acte, le sujet prend une conscience tragique de sa division et du fait que son désir trop proche de son soubassement pulsionnel⁴⁶⁷, et donc momentanément irréprésentable, l'isole radicalement du lien social. Aucun signifiant n'est susceptible, pour le sujet, de représenter son désir pour l'autre. Le conflit psychique, entre désir et norme, est irréprésentable, même par un symptôme. Le symptôme est en effet souvent le dernier rempart avant le passage à l'acte puisqu'il est, comme nous le rappellent Freud et Lacan, une *formation de compromis*, un mélange de corps, de pulsion (du réel) et de symbolique (il est *signe* du désir). C'est notamment ce que les hystériques ont enseigné à Freud : leurs paralysies étaient à la fois une forme de localisation de la jouissance dans un membre et, en même temps, un moyen d'expression, le signe masqué d'un désir qui cherche à se faire reconnaître. La douleur de l'hystérique introduisait celle-ci ainsi d'emblée dans le rapport à l'autre puisque cette douleur pouvait faire l'objet d'une demande, c'est-à-dire se comporter comme un signe en

⁴⁶⁷ Dans le champ de la psychanalyse, le désir peut s'entendre comme l'envers dialectique de l'objet manquant ; c'est dans cette mesure qu'il a un soubassement pulsionnel mais qu'il possède aussi une dimension symbolique puisque c'est chez l'autre que le sujet va chercher des ersatz (métonymies) de l'objet manquant.

attente d'interprétation⁴⁶⁸. Au fond, on pourrait dire qu'il y a du symptôme parce qu'il y a de l'Autre. D'une part, parce que le symptôme naît d'un impossible à dire le désir dans l'ordre du langage qui lui est hétérogène. D'autre part, parce que le symptôme est tout de même une médiation qui accomplit la possibilité de la reconnaissance partielle d'un désir qui s'exprime, en se faufilant, dans les propriétés structurelles du langage (métaphore, métonymie) d'être à la fois opaque, source de malentendu, et d'invention signifiante. Dans le passage à l'acte, ce compromis, cette dialectique, n'existent plus. Le sujet est confronté au réel, à son réel, sans le masque de la dialectique du signifiant : l'usage de la parole comme subjectivation du langage à travers l'exploitation inconsciente de ses propriétés de structure n'est plus à l'œuvre. Ainsi, Œdipe ne peut plus être dans la dénégation et se crève les yeux ; ainsi, Jocaste, sans plus aucune ressource discursive pour échapper, face à Œdipe, à son désir (ou au souvenir refoulé de son acte) incestueux, se suicide. La réalité de l'acte est venue interrompre, comme une nécessité, la logique des échanges devenus impossibles car insuffisants à masquer des désirs interdits qui s'exposent réellement, des désirs qui, au cours de la pièce, sont peu à peu « dépecés » de leur gangue de paroles, ambiguës, équivoques – celles des oracles, celles d'Œdipe qui s'interroge sans s'entendre parler – qui leur permettait de n'être pas reconnus. En ce sens, le passage à l'acte vient marquer une crise de la communication. Il fait apparaître la fragilité du lien instauré par la communication et la condition de tous les sujets de n'être en possession que de pauvres⁴⁶⁹ mots pour exister avec les autres.

Beaucoup de recours aux urgences surviennent ainsi suite à un passage à l'acte qui prend la forme, le plus souvent, de la tentative de suicide, ou encore de violences. En lisant *Œdipe Roi*, nous nous sommes aperçu que le rapport au passage à l'acte était du même ordre dans la tragédie que dans la psychiatrie d'urgence. D'une part, parce que l'acte ne se produit pas sur la scène, mais dans les « coulisses ». Ainsi, Œdipe et Jocaste retournent dans le palais pour passer à l'acte. De même, concernant l'urgence psychiatrique, la tentative de suicide ou les violences ont eu lieu au domicile des sujets ou dans la rue, mais pas sur la scène de l'urgence. S'il peut arriver qu'un patient s'agite, il est alors de suite mis hors-scène, dans le « box zéro », dont nous avons déjà fait mention, ou dans le « box 13 », second box de contention, qui possède la particularité d'avoir ce numéro 13, ce qui est très rare dans l'institution médicale pour des raisons de superstition mais qui renforce ici l'aspect « hors-scène ». D'autre part, le traitement du passage à l'acte est comparable dans la tragédie et la psychiatrie d'urgence parce que c'est un tiers qui, en premier lieu, rend compte du passage à l'acte avant que le sujet concerné soit lui-même invité à y apposer une parole. Ainsi, c'est un messager qui relate les passages à l'acte glaçants d'Œdipe et de Jocaste, dans une tirade puis un dialogue avec le coryphée. Puis c'est ensuite qu'Œdipe apparaît et s'entretient avec le coryphée. Quand un sujet est amené aux urgences suite à un passage à l'acte, on est dans une situation identique où le psychiatre s'entretient d'abord avec l'entourage du patient. Nous avons décrit cette succession d'étapes dans *l'observation 2* du journal ethnographique. Aux urgences, la première formulation de la détresse du

⁴⁶⁸ Ainsi, les hystériques s'introduisaient dans la dialectique du rapport à l'autre en faisant se déplacer leurs symptômes dès lors que Freud en donnait une interprétation : leur désir, de mettre en échec le médecin, et l'homme caché derrière le médecin, courait ainsi métonymiquement, c'est-à-dire dans le symbolique, par association signifiante, d'un symptôme à l'autre qui devait faire énigme pour Freud. On voit ainsi comment le symptôme, qui est source de souffrance, est aussi un moyen d'être dans le rapport intersubjectif ou le lien social, puisqu'il exprime un désir tout en le masquant, en exploitant des logiques signifiantes (métaphore, métonymie) qui sont le premier support du lien social. C'est toute la découverte de Freud, qui vit la même logique entre la formation du rêve et la formation du symptôme, bien que le symptôme ait, en plus, une part de jouissance, du fait de son inscription dans le corps.

⁴⁶⁹ Dans le sens où ils manquent toujours : ils manquent leur but, ils sont insuffisants à tout dire.

patient est une parole rapportée. Elle provient de l'entourage, mais aussi des différents représentants institutionnels qui ont connaissance du patient. Autrement dit, l'acte du patient n'advient jamais en tant que réel aux urgences, mais toujours-déjà symbolisé, traduit.

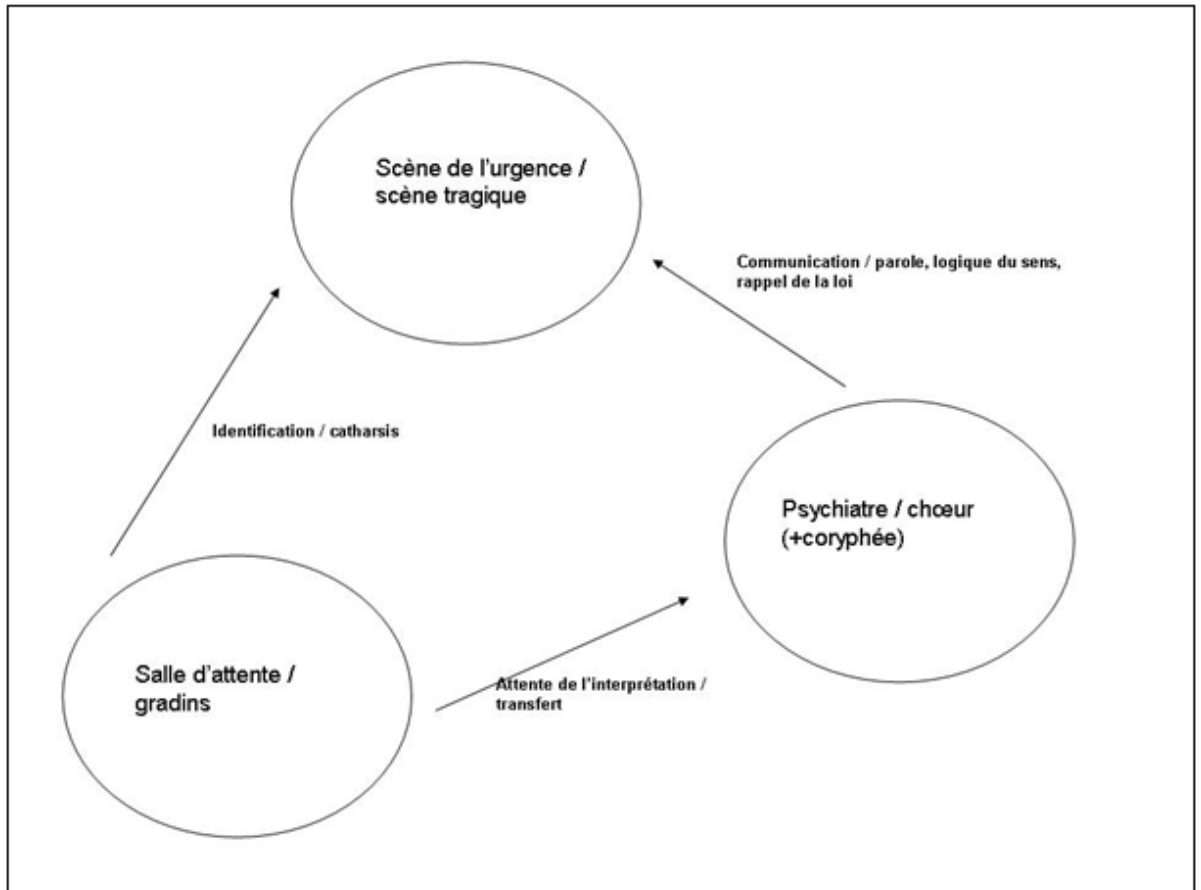
Il est intéressant de voir ici comment la médiation se reconstruit selon un ordre bien particulier : l'acte du sujet est déjà interprété par l'Autre avant que le sujet lui-même ait la possibilité de l'assumer. En milieu institutionnel, la parole du sujet prend ainsi appui sur un discours proposé par le collectif. Au fond, après l'acte, après le traumatisme, le sujet se retrouve dans la condition originelle de tout sujet qui doit composer avec un ordre symbolique déjà-là, métaphore, si l'on veut, de son entrée dans le langage. Le passage à l'acte fait en quelque sorte table rase et est envisagé par les soignants comme une sorte de tremplin pour que le sujet réinvente son rapport au collectif. On perçoit ici toute la différence de l'accueil entre celui de l'hôpital et celui, par exemple, du psychanalyste ou du psychiatre libéral. Lors de la rencontre avec le patient, ces derniers sont en quelque sorte une simple métaphore de l'Autre ; lors du recours aux urgences, le sujet se confronte à l'Autre sous une double dimension : d'une part, celle du lien social (avec la nécessité de « civiliser » l'acte) à travers l'institution et, d'autre part, celle de l'autre comme partenaire de la communication, à travers le psychiatre qui permet au sujet de reconstruire son identité singulière dans l'expérience renouvelée du miroir inopérante pendant la crise.

Pour ce qui concerne maintenant la *théâtralisation* et l'*expression des imaginaires* sur la scène de l'urgence et qui renvoie celle-ci à une nouvelle analogie possible avec la tragédie, nous renvoyons à nos réflexions ultérieures sur la dramatisation de la rencontre. Indiquons juste ici, pour faire le lien avec la question de l'acte et du réel que la reconstruction de la médiation et donc le retour du sujet au symbolique passe souvent par une étape imaginaire repérable dans les histoires – et leur mise en scène – que racontent les patients aux psychiatres. Les urgentistes, de leur côté ont aussi une sorte de « répertoire dramatique » qu'ils mettent au service de leur clinique.

B. Fonction politique de la tragédie et du service d'urgence : une nouvelle façon de formuler l'articulation du politique et de la clinique

Après cette comparaison, nous pouvons comprendre que nous aboutissons à une nouvelle façon de concevoir et de comprendre la psychiatrie d'urgence. Nous sommes en mesure de fonder notre hypothèse selon laquelle la psychiatrie d'urgence se comporte comme une structure de médiation qui organise deux types d'articulation : entre singulier et collectif et, pour chaque sujet, entre réel, symbolique et imaginaire. La métaphore de la tragédie nous permet désormais d'affiner les logiques du nouage entre les différentes instances que nous venons de citer. En effet, notre première approche topographique du service d'urgence qui distinguait des lieux en fonction du type de communication qui s'y déroulait, ne nous permettait, en somme, que de définir deux grands ensembles : nous les nommions alors *lieux de la communication intersubjective* et *lieux de la communication plurielle*. Cette distinction ne perd pas de sa pertinence car elle permet de saisir finement une série de phénomènes propres à la psychiatrie d'urgence. Ce qu'apporte la métaphore de la tragédie, avec la possibilité qu'elle offre de cliver l'espace selon une tripartition, nous permet de lire d'autres fonctions et instances de la psychiatrie d'urgence qui se projettent dans l'espace même du service. Nous avons procédé là à une nouvelle sémiotisation du chaos apparent de l'urgence en nous fondant encore sur le critère de l'espace, plutôt que sur celui du temps : cela permet de construire et d'observer une structure stable du phénomène qui, observé en surface et selon le critère de la temporalité, semble presque inintelligible, impossible à penser.

Désormais, nous pouvons concevoir le service d'accueil des urgences psychiatriques comme une structure au moins tripartite, dont chaque partie entretient une relation avec l'autre autrement que par de simples relations de communication. Nous pensons avoir repéré trois types de relation qui, chacune, contribue à l'édification du soin et à ce que l'on pourrait appeler le retour des médiations suite à une crise, à l'émergence d'un réel, qui les a rompues. Il s'agit de *l'identification*, qui a notamment un effet cathartique ; de *l'attente d'interprétation* qui a pour effet d'installer le transfert ; et de *la communication* qui a pour effet de réintroduire le sujet à l'usage de la parole et à la logique du sens. On peut synthétiser cela dans le schéma suivant.



Nous disposons donc d'une nouvelle représentation du service d'urgence fondée sur une configuration de lieux issus de la comparaison avec la tragédie. Nous avons établi des types de relations entre ces lieux. Il manque peut-être une étape pour compléter ce schéma, qui serait sa mise en mouvement. Quelle peut-être notre hypothèse sur le style de mouvement qui fait passer d'une instance à une autre ? On pourrait se contenter de suivre le trajet du patient, de la salle d'attente jusqu'au psychiatre en passant par la scène de l'urgence. Mais cela présenterait l'inconvénient d'une représentation trop linéaire de ce qui se produit pour le patient sur le plan psychique, puisque c'est bien cela qui nous intéresse. En fait, notre journal ethnographique montre un parcours du patient qui pourrait apparaître au premier abord plutôt anarchique mais qui est, en fait, constitué d'allers-retours. Le patient est extrait de la salle d'attente pour être projeté sur la scène de façon à être vu par un médecin somaticien. Il est installé sur un brancard ou dans un box, sur la scène. Le psychiatre vient à sa rencontre, l'emmène dans son bureau pour un entretien, hors de

la scène, sur l'*orchestra* en quelque sorte, pour ensuite le laisser retourner à son box, sur la scène, et continuer à subir une série d'actes et d'exams médicaux. Le psychiatre, qui s'est renseigné sur le patient auprès de son entourage, des institutions qui le connaissent ou qui sont susceptibles de l'accueillir, peut demander au patient de revenir dans son bureau pour avoir un nouvel échange. Ainsi, la dynamique qui met en mouvement ce schéma et qui ordonne la prise en charge d'urgence en psychiatrie est celle d'une *alternance*. Nous noterons ici que ce schéma de l'alternance, nous le trouvons aussi dans la tragédie grecque comme fondement de sa structure. La tragédie oscille en effet entre la progression de l'intrigue et des dialogues sur la scène, d'une part, et les interventions intermittentes du chœur d'autre part : « *Le résultat est que la tragédie grecque se déroule toujours sur deux plans et que sa structure est commandée par le principe de cette alternance* »⁴⁷⁰. Cette oscillation entre parole et acte du sujet d'un côté et expression du collectif de l'autre comme étant au fondement de la reconstruction de la médiation, nous l'avons trouvée quand, plus haut, nous repérions en quoi la psychiatrie d'urgence tenait du chamanisme⁴⁷¹. Rappelons-nous ce que disait Lévi-Strauss quand il remarquait que la cure de la parturiente consistait pour le chaman à établir « *dans un rythme haletant, une oscillation de plus en plus rapide entre les thèmes mythiques et les thèmes physiologiques, comme s'il s'agissait d'abolir, dans l'esprit de la malade, la distinction qui les sépare et de rendre impossible la différenciation de leurs attributs respectifs* »⁴⁷².

La lecture de l'urgence psychiatrique par le chamanisme et par le dispositif tragique nous entraîne à penser que la reconstruction de la médiation entre le singulier et le collectif, pour chaque sujet en détresse accueilli, ne s'établit pas de manière causale ni mécanique. Le sentiment d'appartenance au collectif et l'assomption de la singularité de son désir par le sujet se fait, pour ainsi dire, de manière négociée et sous la forme du compromis. Tout se passe comme si le sujet était amené, par ces allers-retours, à rogner à la fois sur l'expression de son désir et sur la nécessité d'accomplir les conditions de l'identification collective et du miroir social. Les allers-retours marquent le dilemme et l'impossibilité pour tout sujet de réaliser *pleinement* l'identification à l'autre et la revendication d'une singularité. L'alternance que nous évoquons constitue alors une sorte de « bouton thermostatique » pour chaque sujet qui l'ajuste, avec l'aide du psychiatre⁴⁷³, entre le pôle de l'expression de la singularité et celui de l'expérience de l'appartenance au collectif dans une version qui le concerne et qui puisse être acceptable socialement. Dans la tragédie, on observe ce principe où le héros est ballotté (voire divisé) entre l'assomption singulière de son destin, marqué par une parole qui exprime un désir – quand, par exemple, Œdipe déclare qu'il fera bannir sans pitié le meurtrier de Laïos – et la nécessité de répondre aux exigences du collectif – quand, par exemple, le chœur rappelle à Œdipe l'horreur de ses actes. Au lieu de choisir la mort, Œdipe construit une version singulière de cette division entre singulier et collectif en mettant un symptôme en scène, en quelque sorte, qui lui permette d'éprouver sa culpabilité tout en restant vivant (ce qui pourrait être qualifié, dans la psychopathologie psychanalytique, de névrose obsessionnelle). Œdipe exige de Créon qu'il le bannisse et il justifie ainsi son passage à l'acte que nous retransmet au discours direct le messager : « *ainsi les ténèbres*

⁴⁷⁰ DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige », p.25

⁴⁷¹ Partie III, Chapitre 2

⁴⁷² LÉVI-STRAUSS, Claude. « L'efficacité symbolique » [1949], in *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990.

Coll. « Agora ». Pages 213-234. Chapitre X.

⁴⁷³ Une aide qui est aussi, en même temps, une contrainte, si l'on se rappelle la fonction dédoublé du psychiatre entre coryphée (clinicien à l'écoute) et chœur (rappel de la loi et des contraintes de la sociabilité). La figure du thermostat cherche à rendre compte de cette dialectique entre contrainte et ajustement, du point de vue du patient.

leur [à mes yeux] défendront-elles de voir désormais ceux que je n'eusse pas dû voir, et de connaître ceux que, malgré tout, j'eusse voulu connaître »⁴⁷⁴. En somme, Œdipe assume son désir en s'écrasant sous la culpabilité, manière, certes pathologique, de construire une dialectique, pour ce qui le concerne, entre singulier et collectif. Aux urgences, c'est en confrontant de manière tragique – par alternance et oscillation – l'expression de son désir au discours de la loi (ou, plus généralement, aux exigences du symbolique et de la sociabilité) que chaque sujet élabore, pour son propre compte, cette dialectique. Tel sujet dépressif et suicidaire retrouvera une reconnaissance au travail en ayant fait déconsister, avec l'aide du psychiatre, son surmoi qui renvoyait le supérieur hiérarchique à un Autre méchant et tout puissant. Ici, le « bouton thermostatique » (la formule du nouage singulier/collectif) est placé vers plus de reconnaissance et d'investissement de son désir par le sujet. Tel sujet psychotique, en revanche, pourra chercher aux urgences une institution contenante, une représentation du lien social, là où ses délires l'isolent et le singularisent trop dans l'espace public⁴⁷⁵. Au fond, en permettant aux sujets un déplacement, en forme d'oscillation, entre expression de la singularité et appropriation des exigences du collectif, les urgences les protègent de deux formes d'aliénation : celle qui renvoie à un étouffement de la singularité et du désir quand le sujet répond sans distance ni distorsion aux normes et aux injonctions sociales ; celle, plus propre aux psychotiques, qui consiste à être forclos du symbolique, à ne pas être en mesure de faire un usage de l'ordre signifiant qui puisse faire lien. En cela, tout recours aux urgences psychiatriques est un signe de rupture de la médiation qui ne consiste pas toujours en une sortie du collectif. Cette conclusion est importante en ce qu'elle vient apporter des nuances, par rapport aux travaux foucauldiennotamment, sur le rôle politique de la psychiatrie qui n'est sans doute plus seulement une forme de clinique ni une institution qui sert à désigner des figures de l'altérité. Aux urgences, sans doute la psychiatrie travaille-t-elle plus au tragique de l'aliénation qu'à la désignation de l'altérité. Ce que nous apprend aussi la comparaison entre psychiatre et tragédie dans ce rapport entre altérité et aliénation qui traverse la psychiatrie, c'est que, dans la tragédie l'altérité est mise en scène pour mieux renvoyer aux coordonnées de l'identité collective, tandis que dans la psychiatrie il s'agit de mettre fin à l'aliénation en limitant, notamment, sa dimension tragique. Dans la psychiatrie d'urgence, la patient ne meurt pas d'être autre comme c'est souvent le cas dans la tragédie, il prend plutôt conscience de son aliénation pour envisager un réaménagement de son rapport aux autres.

En intervenant dans les services d'urgence générale, comme c'est le cas pour notre terrain, la psychiatrie les transforme en une institution un peu exceptionnelle. En effet, elle fait-là de l'hôpital une des rares institutions qui assument que le vivre ensemble se fonde sur la possibilité d'une articulation entre le psychique et le politique. Dans l'espace social, il y a peu d'institutions qui font une si large place à la parole, à l'énonciation du sujet, comme marqueur de sa place singulière parmi les autres. Alors que généralement la logique institutionnelle est plutôt celle de l'universalisation, du lissage des aspérités singulières, la psychiatrie d'urgence édifie une institution qui pense, sans la refouler, l'articulation entre la singularité désirante et la sociabilité. C'est sans doute parce qu'elle est confrontée à la crise du sujet qu'elle est dans l'impossibilité de la refouler. Cela dit, peut-on pour autant promouvoir un modèle de l'accueil institutionnel qui soit fondé sur des approches cliniques pour des institutions qui ne sont pas confrontées à la pathologie ? La justice a parfois, dans l'oralité des débats d'assises, une approche clinique du sujet qui problématise bien,

⁴⁷⁴ « Oedipe roi ». In SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Traduction de Paul Mazon. Gallimard. Coll. « Folio », Classique, p. 228

⁴⁷⁵ Nous renvoyons ici à la demande du retour en hôpital du patient délirant dont nous faisons le récit du recours à l'*observation*

en la mettant également en scène, la tension entre singulier et collectif. Mais l'on voit que d'autres institutions, comme l'école, sont dans l'impossibilité de produire ce regard clinique, qui permettrait peut-être mieux d'entendre et de remédier à l'échec scolaire. Il y a bien sûr une contradiction insoluble à vouloir en même temps offrir une éducation pour tous et suivre les logiques subjectives du rapport singulier, de chaque élève, à la forme de lien social que constitue l'école. Les urgences constituent ainsi un lieu précieux de l'espace public où sont accueillies des situations de déprise sociale qui s'articulent à des dynamiques subjectives.

III. La tragédie aux urgences psychiatriques dans la dramatisation de la rencontre : théâtralisation de la souffrance et dramaturgie de l'urgentiste

Nous avons précédemment tenté de rendre compte des modalités d'articulation, dans la psychiatrie d'urgence, de la médiation singulier/collectif au moyen d'une sémiotisation tripartite, inspirée de la tragédie, de l'espace général du service d'urgence. Nous allons maintenant resserrer un peu la focale et nous concentrer plus précisément sur l'analyse de la rencontre et de la relation entre les psychiatres et leurs patients. Bien sûr, nous avons déjà largement entamé ce travail dans les chapitres précédents, mais nous avons insisté sur les aspects symboliques de cette relation. En filant la métaphore théâtrale, nous cherchons ici à montrer que la relation thérapeutique s'institue d'abord dans l'ordre de l'imaginaire, autant du côté du soignant que de celui du patient. Cela passe par deux moyens que sont, pour les patients, la mise en scène et la théâtralisation de leur souffrance et, pour les soignants, l'usage d'une certaine dramaturgie au service de la clinique. Ce sont donc les questions du *jeu théâtral*, du *masque* et des *images* que nous allons ici aborder. La manière d'être *en représentation*, pour les patients et les soignants, nous permettra de penser les modalités de la médiation entre l'imaginaire et le symbolique aux urgences psychiatriques. Cela nous permettra d'approfondir la question du statut de la vérité dans la psychiatrie d'urgence puisque, à l'observer sous l'angle de la métaphore théâtrale, elle paraît consister dans l'établissement d'une relation faites de « semblants ».

A. La théâtralisation de leur souffrance par les patients : une trouvaille énonciative pour dire l'impossible

Pour étayer nos propos sur le recours à la théâtralisation comme moyen énonciatif original, pour les patients, de dire le réel de leur détresse, nous nous appuyerons sur le commentaire d'une série de situations issues de notre expérience ethnographique ainsi que de l'analyse que fait François Danet d'un « coin fumeur »⁴⁷⁶ qui existait, dans le passé, au pavillon N. Cette zone a aujourd'hui disparu suite à la mise en application de la loi Evin. Elle était pourtant un lieu où se déroulaient des « *saynètes* » entre patients, où se déployait une sorte de thérapie de groupe spontanée et où se formulaient des messages implicites à destination des soignants.

Nous faisons donc l'hypothèse que la théâtralisation de la souffrance constitue pour les sujets en crise une *trouvaille énonciative* en ce que, mélange de geste et de parole, le jeu

⁴⁷⁶ DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158.

théâtral permet une sorte de compromis⁴⁷⁷ qui éloigne du réel tout en n'étant pas pleinement dans le symbolique. C'est parce que les mots ne suffisent pas à dire l'expérience de la souffrance qu'un recours au *geste* théâtral est nécessaire. Il faut bien distinguer cependant la théâtralisation, d'un côté, et le passage à l'acte, de l'autre : dès lors qu'il est *mis en scène*, l'acte est déjà une forme de représentation ; l'acte est renvoyé à des formes admises – porteuses de sens – dans le collectif. Le passage à l'acte isole de la sociabilité parce qu'il est insensé, mais en revanche la mise en scène de l'acte est déjà une adresse à l'autre, exprime une demande (qui est demande de reconnaissance, désir de lien). Le geste théâtralisé est déjà une substitution ou un déplacement, aurait dit Freud, une métaphore ou une métonymie, aurait dit Lacan, de l'acte même qui a suscité le recours aux urgences. Dans la théâtralisation de la souffrance, on pourrait dire qu'on décèle encore un reste pulsionnel de l'acte – tentative de suicide, violence – pour lequel le sujet est reçu aux urgences psychiatriques. Voilà pourquoi la théâtralisation est souvent repérable lors de la rencontre inaugurale entre psychiatres et patients : le psychiatre exige du sujet qu'il rende compte de sa souffrance par la parole tandis que celui-ci, face à cette exigence, dans cette situation de communication spécifique qu'est l'entretien psychiatrique, fait l'expérience de l'insuffisance du symbolique à rendre compte de son acte qui détiendra toujours sa part énigmatique et insensée. Au fond, la théâtralisation est un moyen, pour le sujet, de se réintroduire, en douceur, avec les pauvres moyens dont il dispose après la crise, à l'expérience de la division subjective par le symbolique. C'est un moyen pour le sujet de trouver une forme d'énonciation la plus proche possible de la catégorie de l'acte tout en mettant déjà en œuvre la fonction de représentation du langage, c'est-à-dire celle qui introduit la séparation d'avec l'objet désigné, pour pouvoir le manier dans le symbolique et entrer de nouveau dans la dynamique du rapport à l'autre⁴⁷⁸. Nous allons voir que les psychiatres acceptent tout à fait ce jeu de comédien de la part des patients parce qu'il est au service d'une clinique qui cherche à réarticuler pulsion et civilisation, comme dirait Freud. La théâtralisation et le recours à l'imaginaire sont des modalités d'articulation de ces deux instances, comme le montre bien la tragédie d'ailleurs. Ainsi, souvent, face à l'inexplicable de l'acte qui l'a amené à vouloir attenter à ses jours, le patient tente de rendre intelligible une tentative de suicide en l'intégrant dans un récit plus ou moins imaginaire, plus ou moins fantasmé, qui fait appel à son histoire familiale, affective, professionnelle, etc. Notre expérience ethnographique nous a permis de remarquer combien le contexte de l'urgence, avec sa part de chaos, à travers une sorte de contamination, était susceptible de générer des effets de dramatisation du récit des patients. Le psychiatre, sans faire déconsister totalement ce récit imaginaire, tente de souligner les points de trop forte rationalisation, de manière à ne pas minimiser la violence de l'acte et à faire entendre au patient la part énigmatique et inconsciente de son énonciation⁴⁷⁹.

⁴⁷⁷ Nous avons pu montrer, tout au long de cette thèse, combien le compromis fait partie de l'économie psychique qui arbitre, notamment selon le principe de plaisir, le rapport toujours conflictuel pour le sujet entre la pulsion (la jouissance) et le langage (le sens, le lien à l'autre organisé par la communication et l'expérience du miroir).

⁴⁷⁸ On se situe dans une logique similaire dans la justice quand il est demandé à l'accusé de rendre compte de son acte. Il ne s'agit sans doute pas tant d'un aveu ou de l'expérience de la culpabilité que de la nécessité de la représentation de l'acte dans un énoncé tel qu'il puisse être commenté, mis en sens, pour redonner un peu d'humanité à l'auteur du crime et commencer à le réintégrer dans le lien social. C'est ainsi qu'il y a une forme de théâtralité importante dans les procès d'assises pour lesquels l'application de la métaphore tragique aurait aussi des virtualités heuristiques.

⁴⁷⁹ C'est à cette condition, notamment, que la récidive d'une tentative de suicide est parable.

Monsieur K. (*fragment clinique 5*) constitue un exemple intéressant pour observer le phénomène de théâtralisation à la fois dans l'événement qui a suscité son transfert aux urgences psychiatriques et dans la rencontre avec la psychiatre qui l'a reçu.

C'est un acte, une alcoolisation massive, qui amène Monsieur K. aux urgences. Il a été retrouvé seul, dans sa voiture, sur la place centrale d'une ville de la banlieue lyonnaise, par les policiers alertés par le beau-frère du patient qui était inquiet des intentions suicidaires de Monsieur K. Les policiers ont été interpellés par ce qu'ils ont retrouvé dans le coffre de la voiture de cet homme : une carabine et deux lettres d'adieux, l'une à l'attention de son « *meilleur ami* », l'autre, qui disait notamment la volonté de Monsieur K. d'être enterré à côté de son chien, contenait des numéros de téléphone de personnes à prévenir après le suicide. Ce sont ces éléments inquiétants, ajoutés aux propos du beau-frère, qui ont décidé les policiers à transférer le patient vers les urgences psychiatriques.

Dans cette situation, on peut certes lire l'expression d'un *désir de mort* très inquiétant. Mais on peut aussi y voir une *mise en scène de la mort* qui ne renvoie, en fait, pas tant à un désir de mort qu'à une *mise à distance* du désir de mort et à une demande vers l'autre. On voit bien en effet comment Monsieur K. a donné des *signes* de la mort au lieu de passer à l'acte. D'une certaine manière, à part l'épisode d'alcoolisation, Monsieur K. est parvenu à garder un pied dans le symbolique en faisant usage de signes : ce n'était pas pour s'en servir que la carabine était dans le coffre, sinon on l'aurait retrouvée, près de lui, dans ses mains, mais elle était là en tant que symbole pour interpeller l'autre, pour s'adresser à lui, dans un contexte de fort isolement social et affectif. Il s'agit là d'un usage très précaire du symbolique, qui présente des signifiants peu articulés entre eux : une carabine, deux lettres, mais qui sont tout de même là pour tenter de signifier quelque chose, dans un contexte de crise où le sujet est écrasé par le réel de sa souffrance. L'hypothèse selon laquelle ces signifiants sont adressés – et au fond, constituent une demande – se retrouve confirmée par les modalités de la préparation de ce « semblant » de tentative de suicide : Monsieur K. avait pris soin de prévenir son beau-frère, médecin, de garer sa voiture dans un endroit très passant et visible et de laisser une lettre avec des numéros de personnes à prévenir. Tout cela, marquant une volonté de faire lien, est quelque peu contradictoire avec le suicide qui exprime la séparation radicale d'avec les autres par la mort... On voit bien ici comment la *mise en scène* est à la fois *mise à distance* et *insertion dans le lien social* : c'est une manière de refaire une entrée dans le symbolique qui s'appuie sur la fonction du signifiant qui présente bien cette double spécificité de permettre l'échange avec l'autre et de mettre à l'écart de la pulsion par la représentation.

L'entretien avec le patient montre comment celui-ci théâtralise son désir de lien parce qu'il n'arrive pas à l'énoncer clairement. Monsieur K. s'embarque dans un récit très dramatisé, sans doute imaginaire car très rationalisé, de ce qui l'a amené à son dégoût de la vie à partir d'une dégradation vertigineuse de sa vie professionnelle. La souffrance de Monsieur K. par rapport à son travail est sans doute authentique, mais ce qui interpelle est son énonciation qui le met hors de son récit, où il se fait objet d'un destin causaliste qui l'a isolé. L'acmé de la dramatisation du récit et de l'expression implicite de son sentiment d'abandon arrive quand il rappelle sa volonté d'être enterré auprès de son chien. Le désir de lien de Monsieur K., presque indicible pour lui, se retrouve aussi dans la mise en scène d'une ambivalence : alors qu'il exprime à plusieurs reprises à la psychiatre son opinion sur l'inutilité du soin en psychiatrie et son refus d'être hospitalisé, il retourne pourtant après chaque échange sur son lit d'hôpital avec docilité et soulagement ! Il *joue* ainsi une sorte d'attachement inconscient à l'hôpital. Cette dimension inconsciente, qui se lit dans la théâtralisation, est marquée, en creux, par la dénégation de ce que peut apporter le soin

alors même qu'il annonçait son intention de se suicider à son beau-frère *médecin*, mari d'une sœur à laquelle il dit être très attaché... C'est en prenant acte de ces mises en scène successives, sans les révéler comme telles au patient lui-même, que la psychiatre prendra sa décision.

Nous ne revenons pas sur la situation de Monsieur C. (*fragment clinique 10*) que nous avons déjà largement commentée dans cette thèse. On y observera, ici, une mise en scène de leur souffrance par les parents du patient : un père qui reconstruit l'histoire d'Œdipe en l'appliquant à sa famille et une mère éplorée qui fait passer un billet à son fils, par l'intermédiaire de la psychiatre, sur lequel elle écrit des mots d'amour... Spectatrice attentive de cette théâtralisation, la psychiatre y décèlera des postures subjectives spécifiques à l'œuvre dans cette famille pour prendre sa décision d'hospitalisation.

A l'*observation 10*, c'est davantage la question du *masque* qui se manifeste comme autre forme de la théâtralisation dans l'urgence psychiatrique. Il s'agit d'un jour où le service est débordé du fait d'une grande affluence de patients. Alors que je⁴⁸⁰ mène jusqu'ici mes observations discrètement et en silence en retrait dans le bureau de la psychiatre, ce jour-là, je suis sollicité par celle-ci pour l'aider au déplacement des patients entre leur box et le lieu de l'entretien psychiatrique, et vice-versa. C'est alors qu'une scène amusante va se dérouler. La psychiatre m'a confié les clés de son bureau pour que j'y accompagne et y installe une patiente qui a fait une tentative de suicide par phlébotomie. Vêtu d'une blouse (sorte de *costume* ou de *masque* de la scène de l'urgence, nous y reviendrons), je passe pour un interne de psychiatrie. Mais alors que je me retrouve devant la porte du bureau, je suis confronté à une serrure et une clé si bizarres que je n'arrive pas à ouvrir la porte. Durant mes essais, qui durent quelques minutes, la patiente se confie à moi et me raconte qu'elle a mis en scène sa tentative de suicide pour échapper temporairement au domicile familial en espérant une hospitalisation. Elle me dit que son bandage au poignet ne recouvre qu'une petite coupure... Spectatrice de mes difficultés à actionner la clé dans la serrure, elle s'y essaye, sans succès non plus, puis me lance avec ironie : « *Vous n'êtes pas médecin, vous, hein ?* ». La psychiatre arrive enfin et ouvre le bureau. L'entretien commence sous un tout autre registre qu'avec moi. La patiente est moins claire sur l'instrumentalisation de son geste et je constate, en silence, dans le décalage entre les deux versions du récit de son acte, les effets de mise en scène de la souffrance face au « véritable » médecin.

Cette situation nous a paru intéressante car elle montre toute la conscience de la patiente des jeux de masque à l'œuvre aux urgences : d'une part, elle fait choir la blouse que je porte, elle fait tomber le masque et, d'autre part, elle revêt, de son côté, le masque de la tentative de suicide, qui est une mise en scène, plus simple pour elle, pour exprimer la difficulté de la relation avec son père, dont on peut lire quelques détails dans le journal ethnographique. Au fond, la patiente prend acte de la dimension d'imaginaire et de semblant qui règne aux urgences psychiatrique, et l'exploite, pour construire une demande à l'institution sanitaire, décalée par rapport à ce qu'elle offre (trouver temporairement refuge et faire du service d'urgence l'équivalent d'un foyer, pour ce cas précis).

C'est aussi de ces patients en décalage que nous parle Danet dans son article sur le coin fumeur du pavillon N⁴⁸¹. Dans son travail, très précis, Danet décrit que ce lieu était

⁴⁸⁰ Pour une meilleure compréhension de l'exposé, nous faisons basculer temporairement l'énonciation à la 1^{ère} personne du singulier dans la mesure où il s'agit d'un récit où je suis fortement impliqué.

⁴⁸¹ DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158. Le pavillon N n'est pas nommé, mais nous savons que François Danet y a occupé un poste important et nous avons bien reconnu le service dans la description qu'en fait l'auteur.

souvent investi par des patients considérés comme « marginaux » au regard des critères de classification médicale et de leur mode de vie :

« leurs pathologies relèvent à la fois de la psychiatrie et de la médecine. Le discours des médecins met en évidence que les psychiatres les considèrent comme « somatiques » et les urgentistes comme « psychiatriques ». Du fait d'être « à la fois psychiatriques et somatiques », c'est-à-dire polyvalents et inclassables, ils deviennent exclus de ces deux disciplines. Leurs modes de vie les mettent en marge de la société, et ils s'installent dans un service marginal à sa marge géographique et en marge du soin »⁴⁸².

Ainsi, ce type de patients, malgré leur présence et leur recours souvent volontaire aux urgences, ne bénéficiaient pas d'un accueil très favorable de la part des médecins. Même si plusieurs lectures de l'article de Danet sont possibles, nous avons été particulièrement interpellé par l'analyse que l'auteur fait de l'usage du coin fumeur comme *d'une scène* par ces patients. Trois usages principaux sont à noter.

Le premier est sans doute celui d'une *sociabilité* spontanée qui s'y développe. Danet souligne ainsi le fait qu'il y a entre les patients des phénomènes d'identification forts, voire d'indifférenciation que renforce le comportement des soignants qui assimilent ces sujets les uns aux autres en confondant leurs noms. Ces patients mènent ensemble des actions courtes, semblables à des saynètes, de perturbation du service, en se mêlant à des altercations entre la police et d'autres patients, en insultant le personnel administratif et en sabotant le matériel du coin fumeur. Il s'agit donc d'une forme de sociabilité paradoxale en ce sens que le lien social est éprouvé entre ces sujets dans une expérience partagée de la déviance et de la provocation : « *cet endroit est non seulement un lieu de co-étayage démonstratif entre usagers, mais il est également un lieu d'exhibition de la limite qu'ils dépassent devant ceux [les soignants] qu'ils ne désignent pas explicitement comme les dépositaires de leurs résidus non symbolisés* »⁴⁸³. La démonstration et l'exhibition nous placent bien, d'une certaine manière, dans la logique théâtrale qui montre en exagérant.

Le second usage du coin fumeur, nous dit Danet, est *thérapeutique*. L'auteur de l'article est ainsi très critique sur la disparition de cet endroit : « *quand on constate les effets iatrogènes de la suppression du coin fumeur [décidée à partir d'arguments hygiénistes mais en fait pour se débarrasser de la perturbation qu'il entraînait dans la vie du service], on comprend combien ce lieu servait en réalité de contenant des pulsions, des affects et des fantasmes qui circulaient entre ces membres* »⁴⁸⁴. Danet souligne les aspects théâtraux des phénomènes qui se déroulaient dans ce coin fumeur en qualifiant de « *saynètes* » ce qui émergeait entre les patients. Cela signifie que quand les médecins ne sont pas enclins à accueillir et rencontrer les patients⁴⁸⁵, ceux-ci montent eux-mêmes leurs scènes et leurs intrigues pour traduire et partager imaginativement une expérience de rejet, de marginalisation et de détresse psychique qui ne trouve pas ses signifiants pour faire l'objet d'une parole ou d'un discours qui permette le lien à l'autre et sa reconnaissance :

⁴⁸² *Ibid.*, p.146. Nous reviendrons, dans le chapitre sur le réel de l'urgence, sur ces patients « résidus » et « marginaux » qui fréquentent régulièrement les services d'urgence générale et psychiatrique.

⁴⁸³ *Ibid.*, p.151.

⁴⁸⁴ *Ibid.*, p.150

⁴⁸⁵ C'est-à-dire à leur ouvrir un espace théâtral, une scène

« comme ces saynètes le dévoilent, ces patients investissent ces lieux comme une scène plus que comme un lieu de soin (...). Ces lieux permissifs voire régressifs constituent des espaces-frontières de la technique et de l'accueil, qui servent de réceptacle aux expressions les plus intimes et les plus archaïques des patients »⁴⁸⁶.

Ainsi, lieux de théâtre à part entière, ces lieux ne sont pas envisagés par les sujets ni par les médecins comme lieux de soin bien qu'ils aient des effets thérapeutiques, sur le plan psychique, du fait de la symbolisation et de la (re)construction du lien à l'autre qu'ils permettent de mettre en œuvre.

Le troisième usage du coin fumeur est *clinique*. Danet analyse ce qui s'y passe comme une injonction inconsciente des patients aux soignants environnants à les secourir. Dans ce qu'explique Danet, nous comprenons que le coin fumeur, et tous les lieux marginaux et interstitiels du service d'urgence, constituent des espaces où s'élaborent, par le stratagème d'une théâtralité, le transfert et la demande. Danet raconte ainsi une scène comparable à ce qu'on appelle au théâtre un *aparté* :

« Alexandre, hospitalisé à sa demande pour initier un sevrage éthylique, est âgé de vingt-cinq ans. (...) Alors qu'il n'a jamais parlé aux soignants d'une quelconque incarcération antérieure, il parle fréquemment dans ce lieu [le coin fumeur] de « la rate », y compris devant les personnels médicaux et paramédicaux qui peuvent l'entendre pendant qu'ils absorbent un café à proximité »⁴⁸⁷.

L'aparté est précisément dans le théâtre ce qui sert à une double énonciation : il est une réflexion du sujet pour lui-même⁴⁸⁸ et, en même temps, il est adressé au public (ici, le médecin ou l'infirmier à qui l'on a dit quelque chose qui était impossible à dévoiler dans le face-à-face, dans la solennité et l'exigence du récit de soi lors de l'entretien médical). On voit ici comment la diffraction de l'énonciation réintroduit le sujet dans la logique du symbolique et de la médiation singulier/collectif. A travers ces phénomènes, Danet a été frappé, comme nous, par les aspects de tragédie antique qui se manifestent dans les événements qui se déroulent aux urgences psychiatriques. Son analogie est un peu différente de la nôtre car il fait du psychiatre urgentiste le metteur en scène plutôt que le coryphée :

« Ces saynètes qu'observe chaque urgentiste, entre incompréhension et rejet, s'inscrivent d'une certaine manière dans une logique assez proche de la tragédie grecque, en cela qu'elles viennent lui démontrer que la mort de ces patients est inéluctable, s'il ne se proclame pas nouveau metteur en scène de sa trajectoire de soins, et donc de sa trajectoire de vie »⁴⁸⁹.

⁴⁸⁶ DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media, p.151

⁴⁸⁷ *Ibid.*, p.147

⁴⁸⁸ Dans ce cas, le propos d'Alexandre est adressé à un de ses comparses du coin fumeur, mais nous avons vu l'indifférenciation qui y régnait et qui, du coup, peut faire de ce propos, aussi, un propos adressé à soi-même. Dans le théâtre, il arrive aussi que des apartés concernent une conversation entre deux personnages que le public doit entendre mais pas les autres personnages sur scène.

⁴⁸⁹ DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media, p. 151.

L'analogie proposée par Danet est intéressante mais présente le danger, en assimilant le psychiatre au metteur en scène de la vie du patient, de lui donner trop de pouvoir. En effet, le psychiatre n'a jamais de certitude sur les conséquences de ses interventions. Cela s'explique tout simplement par le fait que la cure, dans le champ du psychisme, s'appuie sur le sens et non sur la cause. D'autre part, dire que le psychiatre est metteur en scène, c'est exclure le patient d'une décision, suite à la crise, qui lui soit propre et c'est, d'une certaine manière, l'empêcher de s'approprier singulièrement l'événement malheureux et insensé qui l'a amené aux urgences.

Malgré cette critique adressée à François Danet, son travail montre encore une fois que les recours aux urgences peuvent s'interpréter comme des situations d'attente du retour des médiations. La multiplicité des cas que nous avons observés montrent qu'il n'y a pas une façon unique et universelle de reconstruire la médiation qui consiste en l'articulation délicate, pour chaque sujet, de la singularité de son désir au lien social. Même pour les sujets les plus marginaux, le service d'urgence offre des espaces dans lesquels une forme de soin et de clinique spontanée se développent, au service de la reconstruction de la subjectivité et d'une nouvelle négociation du rapport au collectif.

B. Dramaturgie de l'urgentiste : usage clinique de la scène de l'urgence et de l'image de l'hôpital

La « *dramaturgie de l'urgentiste* » est un titre que nous reprenons à un article de François Danet⁴⁹⁰. Dans cet article Danet montre qu'une série d'événements récents concernant la santé publique – comme, par exemple, la canicule de 2003, mais aussi la série télévisée *Urgences* – ont contribué à la popularisation du métier d'urgentiste. Derrière Patrick Pelloux, président du seul syndicat de médecins urgentistes, et dans l'optique de faire reconnaître la médecine d'urgence comme spécialité médicale, les urgentistes ont fait grand usage des médias pour donner une image héroïque d'eux-mêmes comme médecins indispensables face aux catastrophes sanitaires. Danet montre ainsi que Patrick Pelloux a su créer, pour les médias notamment, une véritable dramaturgie de l'urgentiste, à travers des interventions sur des plateaux télévisés ou une série d'articles publiés dans *Charlie Hebdo* puis dans un recueil⁴⁹¹. On y repère une représentation de l'urgentiste comme d'un chantre de la fraternité et du partage qui prend à bras-le-corps la misère sociale que les politiques publiques n'arrivent pas à endiguer. Cela se réfère à une certaine réalité que nous avons déjà abordée dans cette thèse mais qui est, dans le discours médiatique des urgentistes, très scénarisée, glorifiée et fantasmée. Nous avons en effet déjà constaté les tendances des médecins urgentistes somaticiens, au pavillon N, à identifier les patients précaires ou relevant de la psychiatrie à des déchets. En tous cas, cela montre que les urgentistes ont su donner une image d'eux-mêmes qui nourrit sans doute les attentes des patients. Les urgentistes somaticiens sont sans doute loin d'activer cette dramaturgie face aux patients et la réservent plutôt aux médias quand il s'agit de revendiquer des moyens financiers et la reconnaissance sociale de la profession. En revanche, et c'est là ce qui nous intéresse, les psychiatres urgentistes sont très discrets sur la scène médiatique, mais ils n'hésitent pas à mettre en œuvre une dramaturgie spécifique face aux patients. Nous allons voir qu'elle consiste essentiellement en une construction et un maniement de l'image de l'hôpital et de l'urgence face aux patients.

⁴⁹⁰ DANET, François. « La dramaturgie de l'urgentiste ». In *Esprit*. Février 2007, n°2. Pages 143-157.

⁴⁹¹ PELLOUX, Patrick. *Histoire d'urgences*. Charlie Hebdo Le cherche Midi, 2007.

La théâtralité du côté des médecins et en particulier des psychiatres nous est apparue dès *l'observation 1* à la suite d'une sorte de *coup de théâtre* du chef de service que nous accompagnions alors. En fait, nous fûmes surpris, à plusieurs égards, par l'importance des *costumes* dans le soin hospitalier.

Lors de mon⁴⁹² premier contact avec les urgences en tant qu'observateur, j'accompagnai le chef de service qui me proposa d'en faire deux tours : le premier pour me présenter rapidement, le second pour commencer l'observation de l'activité soignante. Le deuxième se fit avec une blouse, puisqu'il s'agissait de rencontrer les patients, mais pas le premier. Je remarquai avec étonnement combien la blouse rendait visible le chef de service qui recevait salutations et courbettes lors du deuxième tour alors que nous passions presque incognito lors du premier où nous avions véritablement à interpellier nos interlocuteurs ! Cette expérience, sans doute un peu préméditée avec malice par le chef de service, me rendit très attentif au jeu des costumes dans le service et à ce qu'il révélait des identités soignantes.

Deux remarques sont ici importantes dans notre réflexion sur la mise en perspective de l'urgence et du théâtre.

La première renvoie au fait qu'il existe un type de costume pour chaque classe de soignants : la hiérarchie du service se lit dans la différenciation des blouses (couleur et coupes : nous renvoyons ici aux descriptions du journal). Le plus frappant est que l'équipe de psychiatrie jouit d'une grande liberté vis-à-vis de ses tenues et fait preuve d'éclectisme dans l'usage de la blouse. Tous les psychiatres n'ont pas le même type de blouse, d'une part et, d'autre part, la plupart des intervenants de l'équipe de psychiatrie avec qui nous avons travaillé (psychiatres, psychologues) n'en portent pas ! Cela est intéressant à rattacher à nos considérations précédentes sur le parallèle entre la psychiatrie aux urgences et la fonction du coryphée dans le théâtre grec. En effet, ne pas mettre de costume tout en participant au soin, est une manière de se mettre hors-scène, à la même place que le coryphée dans l'orchestre, hors de la scène de l'urgence proprement dite mais en relation avec elle.

La deuxième remarque renvoie au fait qu'aux urgences, d'autres costumes que les blouses apparaissent car déambulent aussi des acteurs en uniformes que sont, notamment, la police et les pompiers. A ce propos, *l'observation 1* laisse apparaître la force de ces distinctions entre costumes dans la manière dont le patient schizophrène qui sera contenu se détend immédiatement dès lors qu'il passe des mains de la police à celles du psychiatre, alors même que les deux types d'acteurs auront sur lui la même volonté d'apaiser son agitation en contraignant ses mouvements (menottes puis contention mécanique).

Du côté institutionnel, les urgences se comportent donc bien aussi comme un théâtre où se déploie tout un jeu différentiel de costumes qui rendent visibles la hiérarchie soignante, et la division du travail et des fonctions. Cela constitue déjà un discours sans parole qui draine une série de représentations de la médecine pour les patients qui seront amenés dans le service d'urgence et, en premier, dans la salle d'attente, d'abord comme un « public » qui nourrit une attente imaginaire vis-à-vis des médecins à partir d'une lecture de la signification de leurs costumes.

Les psychiatres savent qu'ils peuvent s'appuyer sur l'imaginaire des patients concernant l'hôpital et les urgences. Plutôt que de faire déconsister les croyances des patients sur l'hôpital, les psychiatres les soutiennent et les renforcent pour les mettre au service de la clinique. En s'investissant dans un rôle, en appuyant cette sorte de dramaturgie de l'urgence et de l'hôpital presque déjà acquise par les patients, les psychiatres s'insèrent

⁴⁹² Pour les mêmes raisons que celles évoquées plus haut, nous emploierons momentanément la première personne du singulier pour ce récit qui fait référence à l'expérience ethnographique.

dans une sorte de jeu ou de théâtre, au service de la clinique. La qualification de « jeu » ne dévalorise pas dans notre propos le métier de psychiatre puisque le jeu est au service du patient, il est une sorte d'ajustement à ses fantasmes qui peuvent susciter le transfert, soit la confiance imaginaire en l'institution et le médecin qui, comme on l'a vu avec Lévi-Strauss et la psychanalyse, est gage d'efficacité thérapeutique quand le soin s'inscrit dans le champ de la parole.

Ainsi, nous avons pu constater, notamment à l'*observation 16*, comment les psychiatres manient l'*image* de l'hôpital. De manière générale nous avons remarqué que les propositions d'hospitalisation aux patients, de la part de psychiatres, ne correspondent souvent pas aux possibilités effectives en termes de lits. Cela indique bien que l'image de l'hôpital, à travers le brandissement imaginaire d'un outil collectif (l'hospitalisation sous contrainte notamment), est mobilisée dans l'échange avec le patient dans un but clinique et thérapeutique. Cependant, il y a des usages différents de cette image en fonction de la singularité de chaque patient qui se présente (forme du recours, symptomatologie, notamment). Pour illustrer cela, nous reprendrons le fragment clinique de Monsieur K.⁴⁹³ et nous parlerons de celui, nouveau, de Madame F.⁴⁹⁴.

Au sujet de Monsieur K., la psychiatre gradue ses propositions d'hospitalisation, de l'hospitalisation libre à l'hospitalisation sous contrainte, pour évaluer la représentation qu'il se fait de l'hôpital. La psychiatre met en scène la fonction institutionnelle de l'hôpital qui est de protéger la vie face à un patient qui refuse le soin dans son discours manifeste mais l'adopte dans son comportement latent en allant, au fur et à mesure des propositions de plus en plus drastiques, se recoucher docilement dans son box. La psychiatre comprend peu à peu l'usage que Monsieur K. a fait de l'hôpital, comme une institution qui lui aura apporté temporairement une forme de reconnaissance là où ce sujet faisait l'expérience aiguë de l'isolement et du délitement du lien social. C'est en fait un jeu à deux qui s'est développé où, d'un côté, le patient a mis en scène un suicide et où, de l'autre, la psychiatre a mis en scène le pouvoir de réponse de l'hôpital. Mais nous avons vu plus haut que Monsieur K. ne désirait pas vraiment la mort, et nous constatons que l'entretien se termine avec une décision de la psychiatre de ne pas hospitaliser le patient. Autrement dit, *c'est dans l'imaginaire que s'est instaurée l'institutionnalité de la relation thérapeutique*. La *trouvaille* imaginaire du patient consistait à évaluer la possibilité de l'hôpital d'être garant de la pérennité du lien social, *l'invention* de la psychiatre consistait à mesurer le degré d'attachement et de confiance dans le soin.

Dans le cas de Madame F., on observe le même type de hiatus dévoilant la part imaginaire du discours qui supporte la relation thérapeutique : alors que la psychiatre évoquera face à la patiente l'éventualité d'une hospitalisation sous contrainte, celle-ci sortira finalement de l'hôpital avec une simple réorientation vers son CMP. La psychiatre ne présente pas cette fois la possibilité de mettre en œuvre la mesure médicolégale pour les mêmes raisons que dans le cas de Monsieur K. En effet, il s'agit cette fois non pas d'un sujet qui refuse le soin mais, bien au contraire, de quelqu'un qui fait des recours répétés et très nombreux au service d'urgence. Pour la psychiatre, il n'est plus possible que Madame F. traite ses difficultés psychiques sur le mode répétée de la crise suicidaire qui l'amène aux urgences en entraînant un soin discontinu paradoxal avec la logique de la cure psychique. Ainsi, la proposition d'hospitalisation sous contrainte, qui ne se réalisera pas, est un moyen imaginaire de faire savoir à la patiente qu'il est possible de la maintenir, sur le long cours,

⁴⁹³ La situation de Monsieur K. illustre donc les phénomènes de théâtralisation des deux côtés : celui du soignant et celui du patient.

⁴⁹⁴ Ces deux cas figurent à l'*observation 16* et respectivement aux *fragments cliniques 5* et *6* du journal d'observation.

en milieu hospitalier. La proposition d'hospitalisation, non suivie finalement, cherche à faire événement, rupture dans le syndrome de répétition de l'acte de Madame F.

Dans ces deux cas, on s'aperçoit bien de la manière dont la psychiatrie met en scène le pouvoir institutionnel de l'hôpital. Cela permet peut-être de reconsidérer l'utilité des dispositions de mesure légales qui n'ont pas qu'une dimension punitive, comme on l'entend souvent dans les critiques des familles d'usagers et de patients. En fait, ces dispositions ont trois versants : le premier est réel car il prive de liberté, il contraint un sujet dans ses mouvements ; le second est symbolique car il rappelle la loi dans l'institution sanitaire ; et le troisième est imaginaire car il permet de produire des images de l'hôpital face aux patients dans des buts cliniques et thérapeutiques.

Enfin, dernier développement sur la théâtralité de la psychiatrie d'urgence, nous avons remarqué que les psychiatres font un usage de la scène de l'urgence comme « *espace psychodramatique de soin* »⁴⁹⁵. La littérature clinique sur la prise en charge des sujets suicidants aux urgences emploie en effet la métaphore de la *scène* et du *théâtre* (avec la notion de drame) pour rendre compte du dispositif et de la technique soignante. La scène est envisagée non seulement comme l'espace sur lequel on joue, où on met en œuvre une représentation de soi à destination d'un interlocuteur médecin ou d'un autre patient, mais elle est aussi envisagée comme espace de *projection*. Ce terme, très courant en psychologie, désigne, si l'on n'entre pas dans les détails, le fait pour un sujet de déplacer et de localiser sur un objet extérieur des affects qui appartiennent en fait au sujet lui-même, de manière à ne pas reconnaître ces affects ou à les organiser dans une structure extérieure. Au fond, c'est un peu le rôle de la scène au théâtre que d'être un lieu de projection des affects : *Œdipe Roi* permet aux sujets-spectateurs de se représenter le conflit psychique qui les étreint tous. Ce que les psychanalystes appellent le complexe d'Œdipe ou l'angoisse de castration sont contournés – puisque vus hors de soi – et symbolisés hors du sujet avant que celui-ci ne puisse se les réapproprier. Aussi, le petit Hans projette son angoisse de castration sur la peur du cheval : c'est une forme de projection puisque l'angoisse est focalisée sur un objet extérieur, en une phobie, que l'enfant rencontre moins souvent, du coup, que sa propre angoisse.

Les patients que nous avons rencontrés trouvent dans le service d'urgence une scène tout à fait adaptée pour projeter leurs conflits psychiques. En effet, l'espace du service d'urgence présente la riche ambivalence, soulignée tout au long du journal ethnographique, d'être à la fois très chaotique et très organisé. C'est ce que nous confiait la psychiatre avec qui nous travaillions à l'observation 18 : « *un service d'urgence doit conserver son caractère paradoxal d'être à la fois cadre contenant et lieu chaotique de projection* ». Notre thèse cherche à montrer ce caractère essentiel des urgences qui *se présentent comme un chaos et qui, pourtant, s'organisent et se structurent selon des logiques symboliques fortes mais plus invisibles* que nous cherchons à désigner notamment par l'entreprise de sémiotique de l'espace et d'analyse topologique que nous menons (lieux de communication, lieux du dispositif tragique, etc.). En partant du postulat que la projection est un fait psychique courant et en nous appuyant sur le constat de la dialectique entre le chaos et l'organisation symbolique du service, nous faisons l'hypothèse que l'apparence désorganisée du service lui permet d'être un reflet – une projection, en fait – de l'événement malheureux, désorganisateur psychiquement, qui arrive à certains patients. Il y aurait alors, par l'intermédiaire de cette projection, une identification possible à l'institution et, métonymiquement – puisque la métonymie est un processus psychique majeur selon Lacan

⁴⁹⁵ DANET François et MORASZ Laurent. *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Préface de Michel Walter. Paris : DUNOD, 2008, p. 227 sqq.

– un réarrimage possible au collectif d'une singularité irréductible. En somme, le chaos, qui définit à la fois, mais en partie pour chacun, le sujet et l'institution, est un des pivots qui, dans la prise en charge psychiatrique aux urgences, favorise la reconstruction de la médiation singulier/collectif.

C'est sans doute ce phénomène propre aux services d'urgence que souligne François Danet quand il cherche à théoriser, dans le champ conceptuel de la psychopathologie, la prise en charge des patients en crise suicidaire :

« Le service d'urgence où [le patient] a été accueilli lui a offert un réseau d'étagage multifocal, avec à la fois des éléments chaotiques proches de celui de son psychisme, mais aussi un interlocuteur psychiatrique attentif à ce qu'il puisse déposer les différents éléments de sa problématique auprès des différents lieux et personnes du service, y compris non-soignants »⁴⁹⁶.

Les sciences de l'information et de la communication sont en mesure de rendre compte de ce phénomène décrit ici de manière clinique. C'est ce que cherche à faire notre thèse en traduisant les phénomènes « d'étagage » et de « projection » par une série d'autres comme ceux de médiation, représentation, et relations de communication, qui nous permettent d'articuler aux approches cliniques des considérations sur l'échange symbolique, l'institution de collectif et la dimension politique de l'urgence.

C. Une formule du nouage du réel, du symbolique et de l'imaginaire dans la psychiatrie d'urgence au terme de l'éclairage apporté par la tragédie

La métaphore du théâtre et de la tragédie nous permet de mieux rendre compte à la fois de la place de l'imaginaire dans l'urgence psychiatrique, d'une part, et d'autre part, de l'articulation de l'imaginaire au symbolique. En effet, nous l'avons vu, le théâtre de l'urgence met en scène une relation thérapeutique qui s'inscrit dans l'imaginaire avec la théâtralité des modes d'adresse et de la parole chez les patients et les soignants, avec les semblants⁴⁹⁷ qu'ils mettent en œuvre. Mais le théâtre, en tant que dispositif cette fois et non plus simplement en tant que jeu d'acteur et d'intrigue dramatique, est aussi une structure symbolique qui permet la représentation des affects et de la loi, surtout si l'on se fit à l'analogie tragique. Le service d'urgence est une institution et une structure de médiation au même titre que pouvait l'être le théâtre tragique dans la Grèce antique.

Suite à ces considérations, nous souhaitons ici établir un nouveau schéma, réactualisé par rapport aux précédents en quelque sorte, de l'articulation des dimensions réelles, symboliques et imaginaires de la psychiatrie d'urgence.

Le premier tableau, ci-dessous, concerne la rencontre de Monsieur K. avec la psychiatre que nous analysée plus haut. Ce tableau se lit de gauche à droite et montre qu'entre le réel de la crise et le retour au symbolique qui est l'issue attendue de la prise en charge d'urgence, le sujet et le psychiatre passent par une phase « d'imaginisation » de la relation thérapeutique qui se traduit pour l'un par la mise en scène de sa souffrance sur la scène de l'urgence et, pour l'autre, par le maniement de l'image de l'hôpital. On peut dire qu'il s'agit d'une « trouvaille » énonciative en direction de l'élaboration symbolique de la

⁴⁹⁶ DANET et MORASZ, 2002, *Dunod, op. cit.*, p.234.

⁴⁹⁷ Cette notion de semblant est développée dans le champ de la psychanalyse chez Lacan, notamment dans le séminaire 18 *D'un discours qui ne serait pas du semblant* [1970-1971], Seuil, 2006. Lacan y développe une théorie de l'amour. La relation amoureuse entre l'homme et la femme est pour lui constituée de semblants s'appuyant sur un discours de la parade qui vient voiler l'impossible du rapport sexuel et s'opposer au discours de l'inconscient.

crise, qui se déploie dans le champ de l'imaginaire, au moment où il manque des signifiants pour l'appropriation du réel de la crise. La théâtralisation s'institue comme une sorte de contrat entre le patient et le soignant pour refaire du lien là où le symbolique fait encore défaut, quand la crise pèse encore de son poids d'insensé et d'inexplicable.

	Réel	Imaginaire	Symbolique
Patient (exemple de Monsieur K.)	Alcoolisation	Mise en scène de l'acte suicidaire ; rapport imaginaire à l'hôpital	Demande de reconnaissance ; expression d'un désir de lien
Psychiatre	Agir médical (dégrisement avec perfusion pour la réhydratation + prescription d'anxiolytiques)	Maniement de l'image de l'hôpital (à travers des propositions d'hospitalisation sous contrainte)	Construction d'un parcours de soin ; compromis entre désir du patient et possibilités institutionnelles

Peut-être pourrait-on alors maintenant généraliser et représenter par le schéma suivant une sorte de « cycle » de l'urgence qui met en évidence le fait qu'il y a toujours un reste à la symbolisation qui intervient dans la prise en charge. C'est de ce reste, de ce résidu irréductible de la crise aux solutions du collectif que nous parlerons dans le chapitre suivant, pour approfondir la question du réel de l'urgence. Le schéma suivant, qui apparaît sous forme linéaire, se présente en fait sous forme d'articulations non hiérarchisées que cherchent à figurer les astérisques. En fonction des espaces et des moments du processus de l'urgence (crise, prise en charge, orientation, etc.), on voit par exemple que le réel est articulé à l'imaginaire et/ou au symbolique. On s'aperçoit que chaque instance s'articule aux deux autres. On retrouve ainsi, sous la forme de l'écrit (qui contraint à une représentation linéaire qui ne doit pas tromper), la représentation du nœud borroméen sous laquelle Lacan représente souvent l'articulation des trois instances. Le nœud borroméen est ici « qualifié », « éprouvé », par son application au phénomène de l'urgence psychiatrique. Il dévoile par là qu'elle constitue proprement une structure de médiation.

REEL (angoisse, crise, manifestation symptomatique incompréhensible) * **IMAGINAIRE** (Recours, attente ; scène tragique de l'urgence : imaginaire articulé au symbolique) * **SYMBOLIQUE** (prise en charge, accueil de la parole du patient, construction d'un parcours de soin à l'hôpital ou en ville) * **REEL articulé** au **SYMBOLIQUE** dans l'après-coup (avec un « reste » ou « *résidu* », voir Partie III, chap. 4)

La conclusion de ce chapitre portera sur la question de la vérité et de l'identité dans la psychiatrie d'urgence. Quelle est la conception de la vérité et de l'identité à l'œuvre dans la psychiatrie d'urgence dès lors que l'imaginaire prend une place si importante dans la relation thérapeutique du fait des jeux de masques et de semblants qui la supportent ? Nous avons déjà évoqué le fait que les psychiatres se réfèrent, dans leur clinique, à la vérité du sujet et non à la vérité des faits. Or, la vérité du sujet émerge au travers, notamment, de ses constructions imaginaires qui dévoilent des postures subjectives, des modes de relation à l'autre ou, au contraire, de désaffiliation et de déprise du lien social spécifiques. Nous l'avons vu avec Monsieur K. Ainsi, la psychiatrie n'est pas gênée par l'imaginaire.

Pour aller plus loin, il nous semble que les jeux de masque et de semblant ont aussi un rôle thérapeutique important pour des sujets en crise psychique qui sont en situation de

perdre leur identité. Le masque est en effet une forme de l'identité. Il introduit à la dialectique du rapport à l'autre, au lien social. Il est à la fois le voile que nous portons pour jouer le simulacre de l'identification, de la « mêmété », en masquant nos aspérités singulières et, en même temps, il est source de notre division subjective qui nous renvoie à notre singularité et à la logique du désir. En effet, quand je porte un masque, j'ai toujours un doute sur l'image que je renvoie à l'autre. Son désir envers moi est alors une énigme – que suis-je pour lui, quelle image se fait-il de moi sous ce masque ? – qui me renvoie à l'énigme de mon propre désir et qui, en même temps, m'introduit dans le lien social du fait cette interrogation réciproque sur le désir de l'autre. Peut-être pouvons-nous finir ces développements sur le théâtre sur une citation de Lacan qui analyse la fonction du masque au début du séminaire de l'angoisse. Dans un sorte de songe éveillé, Lacan imagine qu'il met un masque dont il ignore le dessin puis que, doté de cet attribut, il rencontre une mante religieuse géante :

« Comme le masque que je portais, je ne savais pas quel il était, vous imaginez que j'avais quelque raison de n'être pas rassuré, pour le cas où, par hasard, ce masque n'aurait pas été impropre à entraîner ma partenaire dans quelque erreur sur mon identité. La chose était bien soulignée par ceci (...) que je ne voyais pas ma propre image dans le miroir énigmatique du globe oculaire de l'insecte »⁴⁹⁸.

On perçoit bien ici la dialectique du masque, de l'identité et de l'imaginaire que la psychiatrie d'urgence, sorte de théâtre tragique, a pour fonction de réinstaurer pour chaque sujet.

Chapitre 4 : Entre la décharge et l'asile

Sans doute les termes de « décharge » et d'« asile » apparaissent-ils excessifs, voire péjoratifs, pour la description et l'analyse de la psychiatrie d'urgence. Il faut ainsi bien prendre la mesure de l'emploi que nous souhaitons en faire et qui les dégage de toutes sortes de connotations que draine leur usage commun et galvaudé. Parler de « décharge » pour décrire le service d'urgence implique d'abord de prendre des précautions quant à une identification trop rapide entre cet espace de l'institution hospitalière et les lieux de l'espace social consacrés au dépôt, au traitement, au recyclage et à l'élimination des déchets. Cette démarche aboutirait en effet à renvoyer le travail aux urgences psychiatriques à une activité purement technique et elle éluderait donc les aspects de communication et de médiation qui sont à l'œuvre dans l'accueil de la détresse psychique par l'institution. En effet, poussée à l'extrême, la métaphore de la décharge tendrait à envisager l'hôpital comme une machine toute puissante qui ingérerait et métaboliserait des patients pour les faire ressortir transformés et épurés de leurs symptômes⁴⁹⁹, tout comme le déchet ménager, trié, incinéré, broyé ou recyclé à la décharge, trouve un nouvel usage sous forme d'engrais ou de matière première... Ce n'est pas cette image-là que nous désirons susciter d'autant que nous avons pu montrer combien l'urgence psychiatrique consistait, lors de l'accueil de chaque sujet en détresse, en la réarticulation, via une série de procédés s'appuyant sur la communication, d'un désir singulier aux exigences du collectif. Or, la posture clinique qui tâche de repérer et de reconnaître un désir est précisément celle qui prend en compte les aspérités singulières

⁴⁹⁸ LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 10, L'angoisse [1962-1963].* Seuil, 2004. Coll. « Champ Freudien », p.14

⁴⁹⁹ Peut-être s'agit-il là tout de même d'un fantasme de la nouvelle organisation économique de l'hôpital, qui vise la performance et le succès thérapeutique absolu en oubliant parfois que, pour certaines pathologies, le symptôme constitue l'ultime manifestation de l'existence d'un sujet pour les autres. Nous verrons cela à propos des clochards.

et irréductibles d'un sujet, celle qui veille, ainsi, à ne pas produire de l'identique à partir du disparate ou du discontinu, comme dans la métaphore industrielle de la décharge. Aux urgences psychiatriques, pour autant que les contraintes de temps le permettent, à chaque patient correspond la construction d'une trajectoire de soin qui se veut adaptée au sujet, en cohérence avec les coordonnées singulières du symptôme qu'il présente.

Mais alors, compte tenu de ce risque que présente la métaphore de la décharge, pourquoi s'obstiner à l'employer ? Parce qu'elle renvoie à la notion de *déchet* qui nous semble pertinente pour décrire non pas la psychiatrie d'urgence dans la globalité, mais un aspect de celle-ci, qui est la manifestation de sa dimension réelle, au sens où Jacques Lacan entend le réel comme ce qui se situe irrémédiablement hors du symbolique – de ce qui *résiste* à pouvoir être exprimé et faire l'objet d'une représentation pour l'échange ou la reconnaissance. Si le service d'urgence prend ainsi parfois l'allure d'une décharge, c'est qu'il accueille ce qu'on pourrait appeler des *déchets de la société*. Il s'agit de sujets qui se trouvent dans une grande précarité, dans des processus importants de désocialisation qui les empêchent de pouvoir faire l'objet d'une reconnaissance sociale. Ils ne parviennent pas à remplir les conditions de fonctionnement du miroir social qui fait qu'un sujet, dans le collectif, est identifiable à un autre. Ces sujets – clochards délirants et irrémédiablement alcoolisés, vieillards déments, handicapés isolés, tous porteurs d'une forme de folie ou manifestant quelque transgression – ne se voient octroyer aucun statut de la part des institutions multiples qu'ils fréquentent (prison, hôpital, foyers, etc.) et qui se les renvoient sans cesse, prétextant qu'ils ne relèvent pas de leur compétence, en traçant ainsi le chemin de leur errance. Ils incarnent alors une forme de *reste inassimilable* par la société, ils en sont séparés, expulsés et exclus : en ce sens, ils sont des *déchets*.

Afin que notre propos se prémunisse de toute stigmatisation de ces sujets que nous qualifions de « déchets », nous tenterons de définir le terme en faisant appel à la psychanalyse et à la sémiotique, notamment à partir des travaux de Julia Kristeva sur l'abject⁵⁰⁰. Cela aura deux conséquences. D'une part, sur le plan épistémologique, nous serons en mesure de produire une interprétation du statut des « *patients-déchets* » aux urgences qui soit conforme aux grandes orientations théoriques de la thèse et qui puisse s'ancrer dans le champ des sciences de l'information et de la communication. D'autre part, sur le plan théorique et heuristique, nous déplacerons la définition du déchet de son simple statut d'objet sans valeur d'usage ni d'échange, ainsi qu'on pourrait le définir dans une optique économiciste ou techniciste⁵⁰¹ propre à la société contemporaine, vers sa dimension de menace de l'identité et du symbolique en tant qu'il est une *instance transitoire* entre vie et mort, entre sujet et objet, entre unité et discontinuité. En cela, les « *patients-déchets* », parce qu'ils questionnent la capacité du symbolique à inclure les sujets dans la sociabilité, dans les logiques du rapport à l'autre et de l'appartenance, *expriment une forme de critique radicale du contrat social* puisqu'ils en sont une émanation, une exsudation qu'on ne veut pas reconnaître. Le déchet possède en effet la propriété d'être métonymiquement lié au corps dont il provient : l'excrément pour le corps humain, le *patient-déchet* pour le corps

⁵⁰⁰ KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel ».

⁵⁰¹ La logique techniciste assimile le déchet au « résidu ». Or, le résidu n'a pas la propriété transitoire que représente le déchet. Le résidu, ce qui reste suite à une réaction chimique, reliquat de matière qui ne s'est pas transformée, perd la dimension de métonymie et de frontière que comporte le déchet. En appliquant des grilles de lectures du symptôme très rigide face à des patients qui ne s'y conforment pas dans l'expression de leur souffrance, certains soignants en font des *résidus* de la médecine scientifique. En les considérant comme résidus de la médecine, les soignants se prémunissent de considérer ces patients comme des déchets de la société qui les interpelleraient autrement, c'est-à-dire sur un plan plus psychique, anthropologique et politique, dans une épreuve difficile du miroir.

social. Nous verrons comment certains soignants, en difficulté avec cette *métonymie* et la peur de l'identification au déchet qu'ils peuvent éprouver, se défendent par l'emploi de *métaphores* excrémentielles pour décrire l'activité et les patients du service d'urgence. La métaphore est en effet une manière de se distancier de la réalité menaçante à laquelle on fait référence par un jeu de substitutions signifiantes :

« il appartient au signe comme tel d'exercer une fonction de déni à l'endroit du réel qu'il signifie et on peut convenir sans peine (...) que si nous disons ordure, ce nom est beaucoup plus noble que la chose signifiée. Car nous aimons mieux l'entendre que la sentir »⁵⁰².

Le caractère propre à l'abject et au déchet d'introduire un lien métonymique problématique entre des catégories opposées, notamment entre l'intérieur et l'extérieur, entre le sujet et l'objet, entre la vie et la mort, nous est déjà suggéré par l'analyse étymologique. En effet, le terme « *abject* » est issu du verbe latin « *abicerere* » qui donne à la première personne du singulier « *abjicio* » ou « *abicio* » et au participe passé « *abjectus* ». La racine du verbe est « *jacere* », qui signifie « jeter ». C'est le participe passé, adjectivé, qui a donné notre mot en français. L'analyse étymologique du mot montre l'ambivalence du terme à partir de

la préposition « *ab-* » dont le *Trésor de la Langue Française*⁵⁰³ nous indique qu'il peut signifier la séparation, la mise à l'écart (« *hors de* ») mais aussi la provenance. L'abject c'est donc ce qui fait référence, dans une sorte de mixte, à ce qu'on écarte, qu'on ne veut plus reconnaître comme nous appartenant, mais qui a tout de même une provenance, une origine et qui signale par quelque trace d'où il vient. Comme le soulignera Kristeva en menant une analyse psychanalytique, l'abject, c'est ce qui tend à avoir le statut d'objet mais qui garde la trace métonymique d'une origine dans le sujet. D'ailleurs, le fait que le terme « *abject* » soit issu d'un participe passé exprime bien l'idée que l'abject est le résultat d'un processus (de séparation, de rejet) et ne désigne pas un objet inerte, déjà-là, aux contours bien définis. L'abject a une valeur métonymique : il évoque un monde auquel on peut l'associer alors qu'on met tout en œuvre pour l'écartier, le rendre inassimilable. On peut établir le même type de raisonnement étymologique pour le terme « *déchet* », ou la préposition « *de-* » indique la provenance, l'espace d'où vient ce qui est rejeté.

De même que le déchet aura dans notre discours une définition bien précise pour encore une fois tirer au clair la signification politique de la psychiatrie d'urgence, le terme d'asile sera à entendre de manière restrictive. La question de l'asile, quand on traite de psychiatrie, réveille en effet des spectres effrayants. Le terme renvoie spontanément aux images du passé totalitaire de la psychiatrie qui enfermait les fous à vie entre des murs et des portes closes. Les sujets considérés comme déviants, selon une multiplicité de critères qui ne concernaient pas seulement la psychopathologie⁵⁰⁴, étaient mis à l'écart du regard des membres de la société. Aujourd'hui, depuis les années 70 en France, une politique d'ouverture de l'hôpital psychiatrique a permis aux sujets porteurs de maladies mentales de vivre plus ou moins en société. Des structures, dont le Centre Médico-Psychologique (CMP) est le modèle, permettent de recevoir des soins réguliers en « ambulatoire » hors de l'hôpital, en ville. Cependant, cette démarche salutaire d'humanisation de la folie qui a fait sauter les verrous totalitaires de la psychiatrie a eu pour corollaire d'engorger les CMP, qui n'avaient sans doute pas reçu assez de moyens pour l'accueil des patients chroniques, et les services

⁵⁰² LAPORTE, Dominique. *Histoire de la merde*. Christian Bourgeois, 1978. Coll. « *Choix-essais* », p.17

⁵⁰³ Nous nous référons au *Trésor de la Langue Française informatisé* édité par le CNRS et les Universités de Nancy 1 et Nancy 2, consultable à l'adresse suivante : <http://atilf.atilf.fr/tif.htm>

⁵⁰⁴ Voir nos développements ultérieurs sur notre lecture de *L'histoire de la folie*, de Michel Foucault.

d'urgence, qui se sont retrouvés des lieux d'accueil – déversoirs du trop-plein des CMP – de patients psychotiques en crise, en rupture de soins ou dans un parcours d'errance entre diverses institutions. En faisant disparaître ses pratiques totalitaires, la psychiatrie a en même temps perdu sa dimension d'asile, c'est-à-dire de refuge protecteur pour des patients fortement désocialisés, psychotiques chroniques isolés, qui ne trouvent dans aucun territoire de l'espace social les signes de leur appartenance au collectif ni la possibilité d'une reconnaissance. Où qu'ils aillent, ils sont renvoyés à une forme d'altérité à chaque fois différente, qui redouble leur forclusion⁵⁰⁵ psychique. Ainsi, les services d'urgence se comportent parfois pour eux comme une terre d'asile, comme un temps d'arrêt et de repos sur leur route errante, temps où ils peuvent espérer la mince reconnaissance d'un médecin, d'un infirmier ou d'un psychiatre qui apportera un soin maternel (auscultation, douche, repas) et entendra leur parole folle. Il s'agit pourtant d'une terre d'asile bien précaire, qui fournit des reconnaissances éphémères. En somme, les urgences, en assurant une fonction asilaire précaire, incitent à penser, aux côtés de Patrick Declerck, la création de lieux substitutifs qui puissent la mettre en œuvre de manière plus pérenne. Nous le verrons, il ne s'agit pas d'un retour au « *grand renfermement* », mais plutôt de l'invention d'une clinique de l'asile, pour des « *fous de l'exclusion* »⁵⁰⁶, pour des sujets qui cumulent une détresse psychique chronique et presque irréversible avec les effets destructeurs, sur le plan somatique et matériel, de l'extrême désocialisation.

C'est entre ces deux pôles, celui du déchet et celui de l'asile, que nous souhaitons rendre compte d'une des dimensions du réel de la psychiatrie d'urgence. En somme, on pourrait dire que le service d'urgence psychiatrique se comporte parfois comme un *espace de compromis* entre le modèle de la décharge et celui de l'asile, avec toutes les précautions terminologiques que nous avons indiquées précédemment. Ni tout à fait décharge, ni tout à fait asile, pour certains patients, le service d'urgence tient tantôt de *l'espace-poubelle* de la société, tantôt de *lieu-refuge*, parfois des deux, quand, par exemple, un clochard fait une sieste dans un coin reculé de la salle d'attente : échoué, se reposant, mais invisible⁵⁰⁷.

Cette réflexion intervient au moins à double titre dans le cadre de la démarche théorique générale de la thèse.

D'une part, elle tente d'aborder la question du réel de l'urgence plus frontalement que selon la manière dont nous l'avons fait jusqu'à présent. En effet, jusqu'ici, ce n'est qu'incidemment que nous l'avons traitée. Nous avons montré comment la psychiatrie d'urgence consistait principalement en un déplacement de l'urgence du champ du réel – dans lequel elle se présente en fait toujours dans un premier temps : chaos, temporalité ramassée, violence, angoisse – vers les champs de l'imaginaire et du symbolique (pour

⁵⁰⁵ Dans son séminaire sur *Les psychoses* (1955-1956), Lacan explique que cette structure psychique renvoie à une *forclusion* de la fonction symbolique : le langage n'assure pas sa fonction de médiation, mais il maltraite, en quelque sorte, le sujet dont la pensée suit la logique autonome du signifiant (métonymie), dans un accrochage (un capitonnage, dit Lacan) difficile à la chaîne du signifié. Declerck (*Les Naufragés*, Terre Humaine Poche, 2006) parle pour les clochards de « *forclusion anale* » : la fonction de contrôle physiologique des sphincters qui institue, pour le sujet, le premier rapport au temps (scansion ouverture/fermeture) et à l'espace (intérieurité/ extérieurité) n'est pas réalisée ou, plutôt, n'a pas eu d'effets symboliques et se traduit parfois réellement dans le rapport des clochards à l'excrément. Ce qu'il faut retenir de cette notion de forclusion – qui signifie être enfermé dehors – est qu'elle situe toujours les sujets qui en sont porteurs dans un « *ailleurs* », hors de l'espace social de l'appartenance et de la reconnaissance.

⁵⁰⁶ DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche », p. 289.

⁵⁰⁷ Cf. *Observation 19* où nous faisons la description d'un clochard somnolent à côté de son caddie dans un coin de la salle d'attente un peu à l'abri des regards.

une suspension de la crise et de l'urgence puis pour le retour des médiations). Cependant, notre expérience ethnographique mais aussi, sur le plan théorique, la psychanalyse et la sémiotique politique, nous enseignent qu'il y a toujours un *reste* à la symbolisation. C'est la manifestation de ce reste, du *manque* ou du *pas-tout* dirait Lacan, que nous nous proposons d'observer sur notre terrain et de commenter. Nous pourrions alors proposer une nouvelle formule de l'articulation des instances du réel, du symbolique et de l'imaginaire dans la psychiatrie d'urgence.

D'autre part, cette réflexion poursuit la démarche topologique et sémiotique de l'étude de l'espace de l'urgence entreprise depuis le début de la thèse. Elle se déroulera ici en quatre étapes. D'abord, il sera question de conceptualiser la notion de déchet comme une instance psychique et sémiotique qui vient questionner la notion de *limite* et de *frontière* (de la communication, du sens, de l'identité). Nous considérerons son usage précis pour la psychiatrie d'urgence puisqu'il s'agira ensuite de constater où se situent les *lieux du réel* de l'urgence et comment se traduit la question de *la marge et du déchet* dans l'activité même du service (métaphore excrémentielle pour désigner les patients, la contention comme « sale boulot », etc.). Plus loin, nous interrogerons le phénomène de l'*errance*, comme *pratique réelle, contrainte, de l'espace*, à partir d'une relecture de *l'Histoire de la folie*, de M. Foucault. Nous en exhumons les figures de la *Nef des fous*, de la *Cour des Miracles* et de *l'Hôpital Général* pour voir dans quelle mesure elles s'appliquent au phénomène contemporain de l'urgence psychiatrique : les services d'urgence répètent-ils des modes de traitements anciens de la marge et du déchet social ou sont-ils un dispositif innovant ? Nous finirons, avec P. Declerck, sur les *espaces de soins* à inventer face à la manifestation irréductible du réel.

I. Conceptualisation sémiotique et psychanalytique de la notion de déchet : une menace du symbolique et de l'identité

Il convient de définir la notion de déchet en termes théoriques pour montrer qu'en qualifiant ainsi certains patients des urgences, nous dévoilons la critique du politique qu'ils expriment. En quelque sorte, les « patients-déchets » sont des révélateurs insupportables des limites du collectif. Ils expriment l'impossibilité, inhérente à toute organisation collective, organisée sous le mode de la convention (la loi, le droit), de donner une place et une reconnaissance à tous les sujets et à leurs particularités. Ainsi, en creux, les caractéristiques psychiques et sociales des « patients-déchets » révèlent où se situent les exigences de notre contrat social et où se situe la limite de la spécularité. Les « patients-déchets » désignent, en ce sens, un envers de la médiation dont nous avons explicité les modalités et les conditions de réarticulation au sein la psychiatrie d'urgence⁵⁰⁸. Pour ces patients, la vie psychique – dans le désir inconscient de l'exclusion, par exemple – ainsi que la situation sociale – l'absence totale de liens familiaux, professionnels, institutionnels – les place à l'horizon, voire à l'extérieur, de toute vie dans le symbolique, de toute insertion dans le lien social. Pas d'amorce de lien sur le plan social, pas de désir de lien sur le plan psychique : ils sont exclus et résistent à accepter les conditions insatisfaisantes de la médiation – d'un rapport possible au collectif – qu'on leur offre.

Ces exclus disent toute l'abjection de notre société dans l'inacceptation du manque qui fonde toute vie sociale, et celui qui fonde, en particulier, le vivre-ensemble aujourd'hui.

⁵⁰⁸ La psychiatrie d'urgence est un agent, parmi d'autres dans la société, de construction de la médiation. Il est un peu spécifique dans la mesure où il intervient en réponse à une situation de crise. Toutes les institutions contribuent à la construction et à la pérennisation de la médiation, mais pas toujours dans un contexte critique (école, médias, etc.).

Ils donnent à voir cette sorte de trou dans lequel ils se retrouvent plongés et dont tout sujet installé dans le lien social ne veut rien savoir. En incarnant le manque inévitablement opéré par toute vie dans le symbolique ou toute vie institutionnelle, ils incarnent le réel de la société, son envers indicible et impossible à regarder. En effet, tout sujet et toute institution n'existent qu'à la condition d'accepter d'avoir des *limites*, c'est-à-dire de faire l'épreuve du *manque*. Manque à dire pour le sujet confronté à l'âpreté du signifiant, manque à faire une place pour chacun dans les nécessités normatives de l'institution qui, en énonçant un « pour tous », implique une *perte* pour chacun quant à l'expression et la reconnaissance de la singularité de son désir. C'est sans doute l'épreuve de cette perte, l'épreuve de ce manque, de ce « *pas-tout* », qui caractérise fondamentalement l'existence et l'expérience humaine et que désigne la notion de déchet. *Quelque chose d'indéfinissable* choisit dès lors que le sujet entre dans la relation à l'autre par le signifiant, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la loi – la première norme étant le code de la signification⁵⁰⁹.

Les « patients-déchets », les inclassables, les imprévus, les indésirables de l'institution hospitalière, forcent ceux qui les reçoivent à regarder en face le réel et le manque qui constituent l'envers du social. Ces sujets à la dérive expriment la ténuité et la fragilité des limites qui soutiennent et ensèrent le symbolique et l'identité de chacun. En fait, les patients déchets sont insupportables car ils sont à la fois *l'expression et l'incarnation de la perte* (ce que la loi met à l'écart, fait choir : ils sont exclus, des objets chus conséquence d'une société qui s'organise avec des normes) et *la manifestation vivante du refus de la perte* (pour des raisons psychopathologiques qu'analyse admirablement P. Declerck, ils ne veulent pas perdre, ne pas se plier à l'exigence civilisatrice de la perte et, du coup, dépassent les limites, les contraintes du vivre-ensemble et deviennent effrayants tout en nous ressemblant).

Effrayant et ressemblant, c'est bien cette ambivalence qui qualifie, psychanalytiquement, le déchet. Julia Kristeva a admirablement décrit ce que le déchet, une manifestation de l'abject, a d'ambivalent et de menaçant pour l'identité, pour tout ce qui s'appuie sur la construction de limites et de contours, de différences et de similarité, en somme pour le symbolique. Kristeva souligne d'abord que le déchet vient perturber la production du sens : en ce sens, il appartient bien au champ du réel car il est difficilement pensable et représentable. En effet, ce qui peut se penser et prendre du sens est, selon la logique de la sémiotique, ce sur quoi il est possible d'apposer un système de différences – les signes – pour distinguer des éléments dans le continuum, le chaos du monde et les organiser les uns par rapport aux autres selon le système de la syntaxe et, par suite, de la pensée rationnelle. Mais le déchet a cette caractéristique qu'il s'inscrit dans le registre du transitoire : il est ainsi difficilement désignable par un équivalent dans le signifiant, car il change d'état ou, plus exactement, son état est indéfinissable. Plus que tout autre élément de la réalité, il échappe au signifiant, il ne permet pas d'établir un système de différences, il est une chose et une autre et, en tout premier lieu, la vie et la mort à la fois, dont il brouille la limite :

« Une plaie de sang et de pus, ou l'odeur douceuse et âcre d'une sueur, d'une putréfaction, ne signifient pas la mort. Devant la mort signifiée – par exemple un encéphalogramme plat – je comprendrais, je réagis, ou j'accepterais. Non, tel un théâtre vrai, sans fard et sans masque, le déchet comme le cadavre m'indiquent ce que j'écarte en permanence pour vivre. Ces humeurs, cette

⁵⁰⁹ « Toute une partie du désir continue à circuler sous la forme de déchets du signifiant dans l'inconscient », in LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 5 : Les formations de l'inconscient* [1957-1958]. Seuil, 1998. Coll. « Champ Freudien », p.96. Lacan donne ici une définition du manque qui a pour effet de constituer l'inconscient, notamment, par ce qui du désir ne se traduit pas dans la chaîne signifiante, c'est-à-dire ce qui en choisit sans destination et subsiste sous la forme du déchet.

souillure, cette merde sont ce que la vie supporte à peine et avec peine de la mort. J'y suis aux limites de ma condition de vivant. Ces déchets chutent pour que je vive, jusqu'à ce que, de perte en perte, il ne m'en reste rien, et que mon corps tombe tout entier au-delà de la limite, cadere, cadavre »⁵¹⁰.

Dans cette analyse, on sent bien l'ambivalence du déchet qui est à la fois émanation et manifestation de la vie, en même temps qu'il tient déjà de la mort. Il est une métonymie morte du sujet qui est vivant. En cela, dans cette contradiction, cet impensable, il rend impossible toute production de sens à son propos : il ne peut signifier ni la vie, ni la mort. Il est, au fond, ce qui, du corps, n'est pas pris dans le symbolique, plus terrifiant que la pulsion car visible et impossible à symboliser : « *C'est là, tout près, mais inassimilable* »⁵¹¹.

Outre qu'il manifeste l'absence de sens, une limite et une menace au symbolique, Kristeva fait remarquer que le déchet, du fait même de son aspect indéfini et transitoire rappelle avec effroi des affects archaïques, traumatiques, qui ont été pourtant au fondement de notre identité de sujet. Le déchet nous renvoie à l'indifférenciation et au brouillage de la limite éprouvés par le nourrisson qui, dépendant de la mère pour sa survie, doit pourtant s'en séparer pour exister comme sujet, et d'abord comme corps différencié, distinct de celui de la mère. Le déchet possède ce statut ambivalent du nourrisson d'être de la mère et, en même temps, de devoir avoir son existence propre, après avoir été expulsé, séparé... La première épreuve de cette séparation, de la différenciation de deux corps est donc la naissance : « *de la violence immémoriale avec laquelle un corps se dépare d'un autre pour être, l'abjection conserve cette nuit où se perd le contour de la chose signifiée et où n'agit que l'affect impondérable* »⁵¹². Perte du contour et poids de l'affect, on a bien là une définition possible du réel tel qu'on la trouve chez Lacan. Cette séparation se répète dans les étapes du miroir puis de l'acquisition progressive du langage : « *l'abject nous confronte (...) à nos tentatives les plus anciennes de nous démarquer de l'entité maternelle avant même que d'ex-ister en dehors d'elle grâce à l'autonomie du langage* »⁵¹³. On comprend bien ici le statut du déchet qui renvoie métonymiquement au fantasme utérin de l'indifférenciation, à un état du sujet où il n'a pas encore fait l'épreuve de la castration par le symbolique qui introduit la différence fondamentale (l'enfant n'est pas la mère, l'enfant n'est pas l'objet de la mère qui, elle, désire ailleurs) avant de plonger le sujet dans la logique symbolique, celle d'un système de différences. Cette logique-là, qui consacre la séparation, celle qui permet de mettre des signifiants là où l'objet est désormais absent, celle qui présentifie l'absence grâce au langage, est celle qui se fonde sur le manque et que nous évoquions autrement plus haut comme condition du rapport à l'autre. C'est en effet la distance introduite par le signifiant qui me permet de considérer l'existence de l'autre et de me saisir moi-même comme sujet. Ainsi, l'abject, que manifeste le déchet, renvoie à un brouillage des limites, c'est-à-dire à un évanouissement du symbolique : « *L'entre-deux, l'ambigu, le mixte* »⁵¹⁴. C'est cette angoisse de l'évanouissement du symbolique et de l'évanescence des limites de l'identité que viennent manifester les « patients-déchets » des urgences – rebuts malodorants,

⁵¹⁰ KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel », p.11*

⁵¹¹ Ibid., p.10

⁵¹² Ibid., p.17

⁵¹³ Ibid., p.20

⁵¹⁴ Ibid., p.12

laid, transgressifs de la société⁵¹⁵. Ils interrogent les soignants sur le plan de leur propre psychisme, mais aussi dans une dimension plus politique. Nous essaierons plus loin de comprendre comment ils se défendent de cela.

La réflexion psychanalytique de Kristeva est intéressante à transposer au plan politique. En effet, si les « patients-déchets » sont impliqués dans les mouvements psychiques des soignants, à l'échelle du singulier, ils se situent aussi dans un rapport spécifique à l'institution et au politique, à l'échelle du collectif. Ce qui se passe sur le plan politique et qui amène la société à donner à certains sujets le statut de déchet est, dans une certaine mesure, comparable au processus psychique qui constitue l'abjection. Le précaire, le miséreux, l'exclu ont commencé par appartenir, par être constitutif de la société, tout comme l'excrément était, avant d'être expulsé, partie du corps. C'est un processus, composé de facteurs socio-économiques divers, ainsi que d'événements de vie imprévus⁵¹⁶, qui, peu à peu, a fait que tel sujet ne pouvait plus faire l'objet d'une reconnaissance, d'une identification possible avec les autres sujets de l'appartenance. L'exclu est le déchet du corps social au même titre que l'excrément est celui du corps humain. L'excrément et l'exclu marquent à la fois la séparation entre l'intérieur et l'extérieur (du corps, social, humain) en *même temps* qu'ils appellent à une reconnaissance de leur provenance qui leur est *déniée*. Cette figure de la *dénégation*, applicable sur le plan psychique et politique, est importante puisqu'elle montre comment des normes tendent à s'affirmer sans vouloir se reconnaître car, à trop se faire reconnaître, elle dévoilerait l'arbitraire d'une limite – c'est-à-dire l'idée qu'il n'y a peut-être pas de limite. Dénier une appartenance, une provenance, c'est affirmer une norme sans la dire, c'est la dire en creux, car à la dire positivement, explicitement, cela révélerait son caractère conventionnel et évanescent, brouillé, incertain. Dénier que l'excrément c'est aussi nous, c'est s'assurer de pouvoir édifier les limites (symboliques) de notre corps. Dénier que l'exclu, le « patient-déchet » c'est aussi nous (la société), c'est s'assurer de pouvoir tracer une limite symbolique à l'appartenance qui garantisse la possibilité de la reconnaissance et, plus loin, la constitution de l'identité politique. Si le miséreux est le même que moi, alors je n'ai plus d'idée de la société, je ne parviens à la définir, faute de pouvoir en tracer les limites. Le déchet, le fou, le miséreux expriment ainsi toujours une critique sociale radicale. En cela, la psychiatrie, qui les reçoit aux urgences, est toujours politique car soit elle met en œuvre des formes de pouvoir qui réalisent l'exclusion et la mise à l'écart (hospitalisation sous contrainte, contention), soit elle soutient, en écoutant ces patients et en tentant de leur donner une place sociale, une forme de critique politique.

Dominique Lhuillier, en s'appuyant sur les travaux de J. Kristeva, propose une analyse de la notion de déchet moins abstraite et plus ancrée sur la vie sociale, dans une perspective psychosociologique. Cela nous intéresse évidemment pour l'usage que nous souhaitons en faire en vue de l'analyse du réel la psychiatrie d'urgence. Selon nous, D. Lhuillier dégage deux éléments principaux de son analyse de la notion de déchet qu'elle tire d'enquêtes qu'elle a menées auprès de riverains de déchetteries et auprès de « *professionnels de l'ordure* », d'« *ouvriers du nettoyage* » et de soignants en contact avec les « *traces de la*

⁵¹⁵ Qui contreviennent donc aux exigences « *d'ordre, de propreté et de beauté* » énoncées par Freud comme étant celle de la civilisation (cf. FREUD, Sigmund. *Malaise dans la civilisation* [1929]. PUF, 1971. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse »).

⁵¹⁶ Cette part d'arbitraire est importante car c'est le plus effroyable dans le processus d'exclusion et qui contribue à la formation du processus de dénégation de l'exclu, qui le constitue comme déchet. L'imprévu indique que « ça peut arriver à tout le monde » et ceci rapproche d'emblée l'exclu de l'inclus, en brouillant la limite entre les deux statuts. Or, le brouillage de la limite est constitutif de l'abjection, nous dit Kristeva.

mort »⁵¹⁷. D'une part, le déchet renvoie à l'irreprésentable et, d'autre part, il désigne une crise du lien.

Sur la dimension d'irreprésentable du déchet, Lhuillier reprend peu ou prou les développements de Kristeva qu'elle valide par ses enquêtes de terrain. Elle indique que le rapport de chaque sujet et de la société au déchet ne doit pas être réduit à un rapport technique ou économique (avec la métaphore du recyclage, de l'usine de traitement des déchets qui redonne une *valeur d'usage* à l'ordure). Pour Lhuillier, cette conception du déchet, qui apparaît spontanément dans les discours des enquêtés, est une façon de rationaliser l'angoisse que suscite le déchet sur le plan psychique et socioculturel⁵¹⁸. Ce que remarque Lhuillier dans les entretiens, c'est que les élaborations symboliques des enquêtés pour définir le déchet sont très pauvres : cela ne signifie pas que ceux-ci ont un vocabulaire pauvre ou une faible capacité d'abstraction, mais bien que le déchet est irreprésentable, impossible à mettre en discours :

« la langue utilisée pour signifier cette chose doit être épurée, dégagée de la fange qui colle au signifiant. Déchet est moins inconvenant qu'ordure, l'excrément est à peine plus acceptable que la merde, le corps euphémise la répulsion que suscite le cadavre ou la charogne, la dégradation est préférée à la décomposition qui vaut toujours plus que la pourriture »⁵¹⁹.

Partant de ce constat de l'indicible du déchet, il faudra nous interroger plus loin sur les métaphores produites par les soignants pour décrire les «patients-déchets» qui sont d'ailleurs souvent des patients renvoyés à la psychiatrie. Il conviendra de s'interroger sur la raison pour laquelle la confrontation à l'impossible de la représentation dans la médecine est, ainsi, renvoyée à la psychiatrie.

Pour Lhuillier, le déchet a ce pouvoir de faire vaciller tous les efforts des sujets pour organiser le monde symboliquement, lui donner de l'ordre et pouvoir le lire et le dire ; il rappelle toujours un envers de nos efforts pour nous débarrasser de la vie pulsionnelle et de notre corporéité qui viennent toujours troubler ce qui s'organise dans le champ de l'échange : le déchet « *se présente essentiellement sous la forme d'un passeur de limites, brouillant tout ce qui différencie, classe et ordonne. L'espace, le temps, les règles, les catégories, ne lui imposent pas de limites : il est le négatif qui oppose une logique du contradictoire et de l'incertitude à la logique de l'ordre* »⁵²⁰. En effet, le déchet et l'ordure sont toujours une manifestation du désordre : ils se présentent en tas, mélangés (peut-être est-ce pourquoi nous nous évertuons aujourd'hui, dans une forme de paranoïa écologiste, à les trier⁵²¹) ; ils s'envolent, voguent dans les égouts, les rivières, ils n'ont pas d'espace fixe, ils errent ; ils résistent au temps (déchets nucléaires⁵²²) en même temps qu'ils sont une indication de la

⁵¹⁷ Voir LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique » et LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media. Pages 73-98.

⁵¹⁸ LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique », pp.74-75

⁵¹⁹ *Ibid.*, p.88

⁵²⁰ *Ibid.*, p.80

⁵²¹ C'est aussi une obsession du service du service d'urgence que de trier et d'orienter les patients...

⁵²² « *même morts et enterrés les déchets demeurent actifs et leur durée de vie dans la mort défie notre représentation de la temporalité construite sur la désintringation de la vie et de la mort. (...) La mise à l'écart des déchets tente de préserver cette*

mort en nous (la merde qu'il faut perdre pour vivre, nous disait Kristeva) ; ils sont nocifs mais aussi engrais ; ils indiquent la discontinuité des choses quand nous cherchons à fonder des unités (et en tout premier lieu celle de notre corps, depuis le stade du miroir) ; etc.

Outre la traduction des considérations sémiotiques et psychanalytiques de Kristeva au plan psychosociologique, D. Lhuillier souligne que l'abject, manifesté dans le déchet et dans l'ordure, signale une *crise du lien*. Cela nous intéresse particulièrement pour saisir la signification politique – le message politique insupportable – des « patients-déchets » qui sont en crise psychique et qui sont porteurs d'une crise du lien. On saisira bien ici qu'ils incarnent un envers complet de la médiation car ils problématissent, à travers leur détresse, la petite tragédie subjective du *pas-tout* dans le champ du psychisme et, en même temps, sans que cela ne soit vraiment articulé, parallèlement donc, ils manifestent, en tant qu'ils incarnent un *déchet social*, le *pas-tout* dans le champ du politique. Ils ne sont pas assimilables aux autres patients des urgences, les plus courants, qui souffrent de la difficulté, toute névrotique, à *articuler* le psychique et le social, désir et norme. Les patients déchets ne sont pas dans une quête tragique d'appropriation de la norme (comme le patient déprimé et suicidaire qui n'accomplit pas les exigences de l'entreprise, par exemple) : ils sont *hors-norme*, ils expriment la crise du lien, ce que la société est contrainte d'expulser pour exister. Ainsi, ces patients ont des difficultés à s'identifier aux autres patients des urgences. Or, cette identification, qui intervient avant la prise en charge, et qu'ils manquent, est pourtant déjà thérapeutique, comme nous l'avons vu. Par leur statut de déchet, d'objet détaché du social, ils sont d'emblée exclus d'une forme de soin spontané qui gît dans les processus d'identification entre patients.

La crise du lien contenu dans le déchet a évidemment à voir avec le brouillage des limites et le vacillement du symbolique :

« l'abjection se porte électivement sur ce qui introduit une crise du lien et une crise de la limite. (...) L'objet usagé reste reconnaissable (...). De même, le contenu de notre poubelle n'a pas la malaisance des déchets d'une provenance indétectable. Tant que l'origine, l'appartenance, la filiation n'est pas dissoute, ce lien maintenu préserve de l'abjection. Inversement, le déchet informe, condamné à l'exil et à l'errance envahit et menace. La puissance de l'ordure s'exerce dans la déliaison »⁵²³.

Un tel propos a de quoi mettre mal à l'aise puisque, à le lire comme une métaphore, il semble décrire tout à fait le statut et le parcours de ces patients désocialisés et fous auxquels nous nous intéressons ici. Le clochard, par exemple, est malaisant et menaçant parce que nous ne parvenons pas à le reconnaître comme une métonymie de nous-mêmes. En quelque sorte, il s'opère comme un refoulement du lien de contiguïté qui nous unit à lui et qui est, métaphoriquement, le lien qui nous unit à nos déchets. Ce qui est refoulé, ce sont les étapes de l'exclusion et de la désocialisation qui ont amené un sujet qui me ressemblait à devenir un déchet comme « ça »⁵²⁴. Envisager ce lien m'amènerait à reconnaître ce déchet social comme mon semblable, cela m'amènerait à me dire que l'image qu'il me renvoie pourrait bien être mon destin. La société produit des déchets sociaux quand elle refoule le lien qui unit ses membres à ceux-ci : de fait, elle refuse de reconnaître une appartenance à ces sujets, elle les forclôt, elle les rend abjects : « *Le marginal, le désaffilié a rompu ses attaches*

dissociation, mais celui-ci serait toujours susceptible de faire retour et de perturber le cycle de la vie », LHULLIER et COCHIN, *Des déchets et des hommes* (1999), déjà cité, p.111.

⁵²³ *Ibid.*, p.78-79

⁵²⁴ « Comme ça » : c'est-à-dire innommable. On peut ici faire référence au « ça » de la deuxième topique freudienne.

avec sa communauté d'origine, comme les détritiques dont l'inconsistance et le déclassement s'originent dans leur indétectable provenance »⁵²⁵. Patrick Declerck, dans son ouvrage sur les clochards de Paris, a bien montré comment la « rupture des attaches » était tout à la fois le fait de la société et des sujets eux-mêmes dont la configuration spécifique de leurs conflits psychiques exploite, investit les processus sociaux de l'exclusion : tout comme le mystique investit la religion pour réaliser sa folie, le clochard investit la pauvreté et les limites de notre contrat social à inclure tout le monde pour réaliser sa folie de l'exclusion, nous dit Declerck⁵²⁶.

En s'inscrivant dans notre thèse, cette réflexion sur le déchet nous donne des outils théoriques pour interpréter un aspect complexe de la psychiatrie d'urgence puisqu'il s'agit de penser des phénomènes presque impensables. Le chercheur qui a fréquenté le terrain n'est en effet pas plus épargné que le soignant devant le spectacle de la déchéance, de la laideur, de l'abandon et de la puanteur, en un mot de l'abject. Au-delà, l'intégration de cette réflexion sur le déchet dans notre thèse est une invitation, faite aux sciences de l'information et de la communication, à s'interroger sur les limites de la communication, du sens et de la représentation. Car s'interroger sur l'envers de la communication, sur l'impossible de la communication, sur le réel, en fait, c'est en définitive s'interroger sur les fondements fragiles et précaires de la médiation. La psychiatrie d'urgence donne à voir à quel point les relations sociales s'articulent et se reconstruisent sur des processus de communication en même temps qu'elle montre, à travers la question du déchet, que toute construction d'un lien, par le langage, s'accompagne d'une perte innommable. C'est cette ambivalence insoluble que font éclater au grand jour les situations d'urgence psychiatrique et que tente de résoudre sans cesse la psychiatrie d'urgence dans la mise en œuvre de l'accueil et du soin. Le réel étant par définition imprévisible, la tâche est à recommencer sans cesse, à chaque fois qu'un patient arrive dans le service. En considérant ainsi le poids du réel dans la communication, on pousse notre champ disciplinaire à s'ouvrir à l'analyse des « ratages » de la communication comme le fondement même de ce qu'est la communication : une sorte d'impossible nécessaire, qui, en même temps, unit et sépare.

II. Deux aspects de la manifestation du réel dans la psychiatrie d'urgence : les « patients-déchets » et le « sale boulot » de la contention

A. Métaphores excrémentielles et assignation des patients au statut de déchet par les soignants : une défense psychique contre l'identification

La vie du service d'urgence est traversée, de temps à autres, notamment lors des situations d'engorgement (de constipation du service, pourrait-on dire ?), par un discours, principalement mis en œuvre par les médecins somaticiens et les infirmiers, à connotation excrémentielle. En fait, les métaphores excrémentielles et les images autour du déchet concernent tantôt l'activité du service, tantôt certains patients.

Pour l'activité du service, deux métaphores sont récurrentes : celle qui assimile le service à une zone de dépôt des déchets (la décharge, la poubelle) et celle qui le représente comme une usine de recyclage ou comme une station d'épuration. Le journal

⁵²⁵ LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique », p.144.

⁵²⁶ DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche ». p. 289.

ethnographique nous a permis de consigner quelques-unes de ces expressions : « *ici, c'est la poubelle* », « *c'est le dépotoir* » (*observation 10*), par exemple. Ce qu'il faut surtout souligner ici, dans l'emploi de ces métaphores, c'est ce qu'elles permettent psychiquement pour les soignants. Il y a en effet là un jeu de *distanciation double, voire triple* du soignant par rapport au « patient-déchet ». Le danger de l'identification au patient étant trop proche, il s'agit pour le soignant de se distancier de lui. La métaphore est une façon de le faire par le signifiant qui a pour fonction de mettre l'objet et la référence du discours à distance. Or, les métaphores en question ne portent pas directement sur le patient, mais le plus souvent sur l'activité du service. Le service, décrit comme décharge, suggère qu'il accueille des déchets, eux-mêmes métaphore de sujets innommables. On a donc une succession de deux métaphores qui « s'emboîtent » : sorte de réseau métaphorique qui « voile » doublement l'abject. Tout se passe comme si les « patients-déchets » étaient *tabous*, intouchables, et qu'il fallait s'en prémunir deux fois, par le signifiant, pour s'en distancier, pour ne pas les atteindre, en quelque sorte. Le troisième « étage » de la distanciation réside dans la signification des métaphores désignant l'activité du service, autour du thème de l'*expulsion*. On lira, aux *observations 2, 3 et 13* notamment, l'usage d'images signifiant l'évacuation excrémentielle pour désigner l'activité d'orientation des patients : « *faire la vidange* [du service] » (c'est-à-dire libérer des lits), « *tirer la chasse* » (même idée), « *ventiler* » (*idem*), « [aller à] *la criée* » (réunion entre plusieurs médecins intervenant dans le service où se décide l'orientation des patients). Si la vidange et la chasse sont des métaphores assez explicites, peut-être convient-il de donner un petit commentaire des deux autres termes. L'emploi du verbe « *ventiler* » n'est pas anodin. Il est même sans doute « choisi », de façon inconsciente, par les médecins. Il exprime à la fois le procédé d'expulsion-séparation propre à la définition du déchet car ventiler c'est faire passer de l'air frais pour chasser l'atmosphère viciée, mais il rend aussi compte de la remise en ordre symbolique nécessaire après la confrontation au déchet : ventiler, nous dit *Le Robert*, c'est aussi trier, répartir. On retrouve là l'obsession⁵²⁷ écologique du tri des déchets qui empreint notre société actuelle. La « *criée* » est aussi une construction signifiante ambivalente : elle traduit un procédé où on tente de faire du patient une valeur marchande (de lui donner, à *tout prix*, une valeur symbolique là où il menace de ne pas en avoir, de rester au rebut, dans le service) en même temps qu'elle réduit le patient à un animal – poisson frais mais mort –, réduction dont Kristeva nous dit qu'elle réveille l'expérience de l'abject : « *L'abject nous confronte (...) à ces états fragiles où l'homme erre dans les territoires de l'animal* »⁵²⁸.

Un dernier registre métaphorique intervient pour qualifier l'activité soignante, c'est celui de la dévoration, de l'ingestion, de la métabolisation : « *il est pour les psychiatres celui-là : on n'a pas grand-chose à se mettre sous la dent* », « *elle m'a bien saoulée celle-là, il faut la virer à N2* » (*observation 6*, propos de médecins somaticiens) ou encore « *le somaticien n'avait pas de bifteck somatique à se mettre sous la dent* » (*observation 10*, propos de la psychiatre). On voit comment la métaphore cannibalique (une sorte d'attrait, de fascination pour ces patients que les soignants voudrait bien *se mettre sous la dent*) s'accompagne d'une forme de dégoût (le *bifteck* n'est pas bon ou le patient-aliment *saoule*, au point qu'il faut le *virer* – le vomir comme un mauvais alcool ou une viande avariée ?). On retrouve ici des éléments de ce que Freud analyse dans *Totem et Tabou* : les soignants réintroduisent sans doute, face à ces manifestations du réel incarnées par ces patients, un peu de symbolique

⁵²⁷ La névrose obsessionnelle peut s'entendre comme une recherche de l'ordre qui s'oppose à l'expression anarchique de la pulsion.

⁵²⁸ KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel », p.20

en constituant des couples de signifiants opposés (bon/mauvais ; touchable/intouchable ; nommable/innommable, etc.).

Il y a cependant des situations où les patients sont désignés plus directement, sans passer par l'intermédiaire de la description du travail d'accueil et de tri. Les métaphores sont celles du déchet, de la merde (ou de ce qui lui est associée avec des images de fluides viciés comme l'huile de vidange), de l'excès, du surplus. Le terme « *déchet* » est souvent employé, car il est corrélatif à la désignation du service comme poubelle. On peut ici noter une expression relevée à l'*observation 10*, presque redondante, et qui signifie bien le sentiment des médecins et des infirmiers d'avoir à faire au reste du reste : « *on se récupère les déchets que tout le monde refuse* » ou encore « *c'est un patient dont on ne sait plus quoi faire* » (*observation 6*). On découvre ici le statut d'excès, d'irréductibilité, de supplément qui rentre bien dans la caractérisation du déchet et, plus loin, du réel. Le terme de « *patient inclassable* » revient aussi souvent dans le discours de beaucoup de soignants, y compris celui des psychiatres (*observations 3 et 8*, notamment). On sera aussi attentif à l'usage récurrent de l'image du patient qui « *encombre* » des lits (sous-entendu dont la pathologie qu'il présente ne justifie pas qu'il séjourne à l'hôpital⁵²⁹) et qui renvoie ainsi le patient à un « *encombrant* », l'objet volumineux qu'on met dans la rue, dont on veut se séparer et dont le dictionnaire *Le Robert* nous dit qu'il a un synonyme dans la langue : le « *monstre* »... On constate comment, par association d'idée, métonymiquement, le vocabulaire des soignants signale de multiples manières l'altérité radicale de ces patients. Cette volonté de caractériser autant l'altérité s'inscrit sans doute dans une angoisse de l'identification.

Si les médecins emploient ainsi de telles métaphores, c'est sans doute pour se protéger d'une identification au déchet « facilitée » par un certain nombre d'éléments qui tient à la fois au métier de soignant en général et à celui d'urgentiste en particulier.

Sur le métier d'urgentiste, la thèse de François Danet nous a déjà donné des pistes quand il nous explique que les urgentistes constituent, dans l'ordre des distinctions au sein du champ de la médecine universitaire, une sorte de marge⁵³⁰. Ainsi, le danger de l'identification avec les « patients-déchets » est toujours menaçant puisque le soignant peut se dire qu'il est comme eux, un marginal. Or, il est impossible pour le soignant, qui s'estime travailler au service de la vie et du lien, de se voir en miroir chez un sujet qui évoque la mort et la déliaison et qui, souvent, n'apporte pas de satisfaction sur le plan thérapeutique. En effet, ces patients ne vont jamais véritablement mieux du fait des multiples pathologies qu'ils présentent. Chez les clochards, nous explique P. Declerck, les seules pratiques d'alcoolisation massives déclenchent des pathologies somatiques et psychiques si intriquées et multiples (énurésie, ulcère, délire, apathie, etc.) qu'il est impossible d'apporter un soin *ciblé* comme le promet aujourd'hui la médecine hospitalière.

Plus généralement, comme l'estime Dominique Lhuillier, « *la prévalence de la problématique de la contagion-contamination (psychique-symbolique) dans certaines situations de travail est manifeste* »⁵³¹. Elle met alors en perspective, pour qualifier ces situations de travail, les professionnels de l'ordure, les ouvriers du nettoyage et les soignants. Selon elle, chacun s'expose au déchet au travers d'un risque métonymique (être ce qu'on manipule). L'éboueur est notamment angoissé par l'odeur du déchet qu'il porte et qu'il ne sentirait plus *comme si cette odeur faisait partie de lui*, c'est pourquoi,

⁵²⁹ Voir *Observations 6 et 13* du journal ethnographique.

⁵³⁰ Voir nos développements sur ce point au chapitre 2 de cette partie. Et voir DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.

⁵³¹ LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media, p.89

dans son discours, il se défend en évoquant les moyens techniques de ramassage et de traitement des déchets : « *la médiation de l'outil introduit une distance au déchet et conforte l'impératif d'évitement* »⁵³². Les médecins évoquent aussi parfois la technicisation de leur métier, comme nous avons pu le noter dans le journal ethnographique (*observations* 4 et 14, par exemple). Aussi, comme nous l'avons dit, les soignants sont toujours aux urgences au contact de patients entre la vie et la mort, que ce soit dans le discours (patients suicidaires) ou dans le corps. Cette frontière floue entre vie et mort à laquelle ils ont quotidiennement affaire implique des stratégies de défense psychique : Dominique Lhuillier nous explique alors que la « *menace métonymique* »⁵³³, cette sorte de continuité vie-mort incarnée dans le déchet, est dépassée par l'usage de la métaphore qui permet un jeu de substitution et de déplacement de l'affect. C'est bien ce que nous avons dégagé plus haut.

B. Les « patients-déchets » : rebuts inassimilables de l'institution en charge du reste

Changeons maintenant un peu de perspective et penchons-nous plus précisément sur le profil de ces « patients-déchets » tels que nous avons pu les rencontrer au pavillon N. Quelques-uns ont déjà été présentés au long de cette thèse, mais nous n'avons pas encore évoqué le cas de Madame J. (*fragment clinique* 1). Cette patiente est marginale à plusieurs titres.

Madame J. incarne bien le déchet en ce qu'elle est *rejetée* sur plusieurs plans à la fois et qu'elle exerce une sorte de *pouvoir de l'abject* en menaçant, par son existence même, l'ordre et les limites des institutions sanitaires et sociales. Comme nous venons de le voir, grâce aux métaphores excrémentielles, les soignants peuvent nourrir des illusions sur le service d'urgence dont l'activité se réduirait, selon eux, à un cycle où alterneraient souillure puis purification. Il y a cependant des patients, comme Madame J., qui viennent contredire ce fantasme et qui procurent ainsi de la colère ou de l'angoisse aux les soignants. En effet, cette patiente souille mais ne disparaît pas, en s'inscrivant comme une tache indélébile dans le service – pour filer la métaphore et rendre compte au plus près du sentiment des acteurs du soin. Mais Madame J. est avant tout un « patient-déchet » parce qu'elle est innommable. Innommable, ou plutôt inclassable et inqualifiable par les institutions qui seraient susceptibles de lui porter secours. Voilà sept mois qu'elle séjourne dans le service d'urgence sans que les médecins n'arrivent à lui trouver une solution d'orientation ! Cela s'explique par le fait qu'elle cumule un grand nombre de difficultés qui, prises isolément, lui permettraient d'être accueillie quelque part mais qui, concentrées en une seule personne, font d'elle un problème inextricable... A cause d'une maladie congénitale orpheline, Madame J. n'est pas autonome : elle se déplace en fauteuil roulant et a besoin de soins réguliers. Il existe bien des structures d'accueil spécialisées, mais l'obtention des places est difficile (file d'attente) et l'éligibilité à ces structures doit obéir à une série de critères, dont certains sont prioritaires et que la patiente ne remplit pas. En outre, Madame J. présente des troubles psychiques d'allure paranoïaque, mais elle n'est pas en crise et ses symptômes, qui se manifestent à « bas bruits », ne justifient pas une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de son secteur qui la refuse obstinément alors que les soignants avaient une fois envisagé cette piste. Enfin, Madame J. est en grande difficulté sociale. Même si cela est enrobé dans un discours un peu paranoïaque, la patiente affirme qu'elle se fait piller par son entourage amical qui, en plus, est constitué de bien peu

⁵³² Ibid., p80

⁵³³ LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique », p.89.

de sociabilités. « *Profitant de ses faiblesses* », ces mêmes personnes occuperaient son appartement à son insu, sans qu'elle puisse engager de recours contre eux d'autant que sa tutrice se montre inexistante. De plus, elle affirme avoir « *coupé les ponts* » avec son assistante sociale. On retrouve dans ce tableau clinique des caractéristiques propres aux patients extrêmement désocialisés décrits par P. Declerck qui cumulent la double difficulté d'être rejetés par toutes les institutions – sanitaires, sociales – et de mettre en scène, de provoquer, en quelque sorte, leur propre exclusion du fait de leur profil psychopathologique (ici, la paranoïa qui « permet » de mettre les autres à distance). L'état de santé mentale et psychique de Madame J. rend impossible le recours à d'autres solutions sociales comme l'insertion dans une famille d'accueil – qui n'a pas la compétence pour certains soins – ou une aide à domicile pour laquelle le conseil général octroierait trop peu d'heures...

En séjournant aux urgences, Madame J. est à la fois chanceuse et honnie. Elle est chanceuse car, face aux fins de non recevoir des institutions de l'espace public qui exigent des critères d'accueil stricts (monopathologie ou difficultés sociales à l'exclusion de tout autre problème de santé), elle trouve une place dans le service d'urgence. En effet, il s'agit peut être de la seule institution qui accepte d'accueillir des patient « frontaliers », inclassables par aucune institution et, en même temps, relevant de chacune (en ce sens, ils ne sont pas « apatrides »). C'est bien la définition du déchet que d'être métonymiquement associé au corps qui le rejette. La situation « frontalière » de Madame J. est d'ailleurs lisible dans l'espace même du service d'urgence puisque sa chambre attitrée se situe dans le service N1, le service d'hospitalisation dit « mixte » du pavillon N, qui reçoit des patients souffrants de troubles somatiques ou psychiatriques ou des deux. En même temps, Madame J. est honnie : elle est l'objet d'un intense rejet de la part de certains soignants, comme nous avons pu le constater dans nos observations. Comme nous l'indiquons dans le *fragment clinique 1*, elle est raillée et méprisée en réunion clinique où, chaque jour, son cas est évoqué : on la qualifie de « *boulet* ». Là encore, le terme est significatif par ce qu'il renvoie au réel – « *une charge dont on ne peut se délivrer* », nous dit le dictionnaire Robert. D'autres désignations sont plus neutres et moins agressives comme un « *Madame J., c'est Madame J.* », toutefois accompagné d'un soupir. Mais ici aussi, la forme tautologique signale bien une impossibilité de la désignation et de la représentation qui renvoie au réel qu'incarne la patiente et qui rappelle les considérations issues de l'enquête de D. Lhuillier qui soulignait le manque signifiant dans l'épreuve de nomination du déchet. En outre, Madame J., a séjourné dans le service depuis sept mois – une durée de séjour extrêmement longue pour la prise en charge d'urgence – et vient faire vaciller la définition et la vocation de cet espace institutionnel. Cette patiente rappelle chaque jour aux médecins la vanité de leurs défenses face au sentiment qu'ils nourrissent de travailler dans un « *dépotoir* ». Madame J. est bien là en dépôt, dans l'espace clos de sa chambre, là où normalement les patients ne font que passer. Elle n'est même pas de ces patients que nous avons déjà évoqués, comme Madame G. (*observation 7*) ou Monsieur A. (*fragment clinique 11*), qui profitent du service d'urgence comme d'une étape de repos dans leur parcours d'errance. En somme, cette patiente montre que même l'institution en charge (de fait) du reste de la société produit (ou ne peut éviter de ne pas produire) son propre reste, le *reste du reste*, un irréductible : en un mot, le réel. En se faisant mépriser et railler, en étant rejetée, Madame J. incarne une sorte de retour du refoulé permanent du service d'urgence qui, pourtant, n'est pas avare d'inventions et de constructions symbolique pour l'empêcher de surgir.

D'autres patients, en revanche, font l'objet d'une sorte de refoulement. C'est le cas d'un patient que nous relatons, brièvement, à l'*observation 4*. Avec la psychiatre avec qui nous travaillons, nous allons en effet faire la découverte, dans le box de contention (« box 0 » déjà mentionné) d'un patient *oublié*. Il était pourtant arrivé la nuit précédente, accompagné par

la police, car il présentait un danger pour l'ordre public et des signes de décompensation psychotique. Le psychiatre de garde avait alors prononcé une hospitalisation d'office en prescrivant la contention du patient. En règle générale, lors de cette procédure, le transfert du patient en hôpital psychiatrique ne tarde pas, de manière à réaliser le transport quand le patient est encore sous l'effet des calmants, pour qu'il ne perturbe pas le service d'urgence et pour qu'il puisse bénéficier d'un cadre de soin plus adapté. Cette fois-là, le transfert du patient n'a pas été réalisé et il a passé la nuit et la matinée attaché à son lit. Nous le découvrirons extrêmement agité dans cet état, sans possibilité d'échanger quelque parole avec lui, car il hurlait et insultait la psychiatre. L'hôpital psychiatrique de destination avait repoussé temporairement le moment de son admission tandis que le service d'urgence avait ensuite oublié de relancer la demande de transfert du patient. Oublié des deux structures hospitalières, le patient n'existait plus ni pour l'une, ni pour l'autre : « patient-déchet » caractérisé ainsi par le refus d'appartenance dont il est l'objet.

C. Le « sale boulot » de la contention

Afin d'achever ces descriptions et ces analyses de l'expression du réel et de la thématique du déchet dans le service d'urgence, nous souhaitons maintenant faire référence à un travail qui nous fut demandé par la cadre-infirmier du pavillon N. Il s'agit d'une étude sur les représentations des infirmiers et des aides-soignants sur la contention⁵³⁴. Comme le montre aussi *l'observation 17*, la contention est une expérience du réel de l'urgence autant pour les soignants que pour les patients, même si elle ne se traduit pas de la même manière pour chacun d'eux.

Concernant le rapport des soignants à la contention, il y a beaucoup à dire. En effet, en fonction du type de soignants (psychiatre, médecin, infirmier, aide-soignant) et du type de patient concerné par la contention (patient âgé, patient en crise psychique, patient alcoolique, etc.), ce rapport varie. Disons d'abord grossièrement que la contention est d'autant plus difficilement supportable par les soignants qu'elle concerne ce que nous avons appelé, plus haut, les « patients-déchets ». En procédant à une contention auprès de ces patients, les soignants se sentent menacés dans leur identité professionnelle puisque l'opération leur apparaît alors plutôt comme une mesure sécuritaire ou policière que comme une pratique soignante⁵³⁵. Sans doute la notion de « sale boulot », que Dominique Lhuillier emprunte à l'Ecole de Chicago (E.C. Hughes)⁵³⁶, nous permettra-t-elle de bien saisir ce qui est en jeu à la fois psychologiquement et socialement pour les soignants quand ils ont à mettre en œuvre cette pratique spécifique qui consiste à immobiliser un patient sur son lit, au moyen de liens en tissu ou en cuir, pour garantir sa sécurité et/ou celle du service d'urgence.

⁵³⁴ On trouvera en annexe le document remis au pavillon N à la suite de l'étude. Nous avons travaillé à partir de huit entretiens, menés sur une période de deux mois, que nous avons retranscrits et analysés selon une méthodologie exposée dans le document. La retranscription des entretiens ne figure pas en annexe car nous étions convenus avec les enquêtés que leur propos ne seraient pas communiqués aux responsables du pavillon N, de manière à ce qu'ils puissent profiter d'une parole la plus libre possible sur un sujet très sensible aux urgences. Bien sûr, on trouve des extraits des retranscriptions dans le corps du document qui viennent en appui de nos analyses.

⁵³⁵ Peut-être convient-il ici de préciser le contexte de la demande de l'étude dont nous avons parlé et dont sont issues ces considérations. Il s'agissait pour la cadre-infirmier, dans le cadre de « l'évaluation des pratiques professionnelles », de savoir si les formations sur la contention qui avaient été dispensées auprès des infirmiers et aides-soignants s'étaient révélées efficaces, c'est-à-dire si elles avaient réussi à les convaincre de la dimension thérapeutique de la contention.

⁵³⁶ LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media. Pages 73-98.

Mais avant de développer cette notion, on peut d'ores et déjà dire que lors de la contention, particulièrement celle d'un « patient-déchet », les soignants, appelés à mettre en œuvre un acte, n'ont plus le loisir de se réfugier derrière les constructions imaginaires défensives que nous avons décrites plus haut (métaphores excrémentielles, etc.). Ils sont acculés à rencontrer le réel et une forme d'incarnation du déchet qu'ils tentent pourtant d'éviter en permanence. En fait, quand elle est mise en œuvre dans un contexte psychiatrique, la contention concerne presque par définition un « patient-déchet ». C'est parce qu'il se manifeste de plus en plus comme déchet de l'institution, reste irréductible, que tel patient finira par être contenu. Inversement, ou plutôt en miroir, c'est le fait que tel patient soit contenu qui l'institue et le désigne, en conséquence, comme patient-déchet. En effet, la décision de contention survient au moment de ce que l'on pourrait appeler une

⁵³⁷
crise majeure de la communication. Ce cas se présente quand, pour le patient et les soignants, toutes les ressources symboliques et imaginaires que nous avons envisagées et décrites depuis le début cette thèse – instauration de lieux de communication, mise en œuvre de l'efficacité symbolique, théâtralisation de la souffrance⁵³⁸ – ont été épuisées au point de rendre impossibles l'instauration de l'échange symbolique et de la reconnaissance intersubjective et sociale. Or, c'est bien l'irréductibilité, la résistance à être pris dans des structures symboliques ou imaginaires, l'impossibilité d'un « recyclage », au fond, qui qualifie le déchet et qui institue le sujet qui répond à de tels critères dans le service d'urgence comme « patient-déchet ».

1. La contention, « sale boulot » des urgences psychiatriques : la confrontation au réel

Il va donc s'agir de relire notre expérience ethnographique de la contention et notre étude des représentations des infirmiers et des aides-soignants à l'aune de la notion de « sale boulot ». Selon D. Lhuillier, pour qu'un travail soit qualifié de « sale boulot », il doit répondre à un certain nombre de critères. Tout d'abord, le « sale boulot » ne renvoie pas à une profession à part entière, mais à une part dévalorisée du travail délimité par cette profession. En cela, il répond à une logique de division morale du travail. Dans chaque profession, des tâches sont considérées comme plus ou moins valorisantes, comme plus ou moins dégradantes, comme plus ou moins humiliantes. Selon Lhuillier qui reprend Hughes, on s'approche tendanciellement d'une activité de « sale boulot » quand on effectue des tâches s'apparentant à des « restes de la production socialement reconnue et valorisée »⁵³⁹ et qui amène à « la confrontation de la souillure et de la transgression »⁵⁴⁰ face auxquelles se dessine « la précarité du sens du travail »⁵⁴¹. On retrouve clairement ici la thématique du déchet et c'est pourquoi les professionnels du déchet ont plus de « sale boulot » à effectuer que les autres. Dans chaque profession, des sujets se retrouvent en charge des tâches considérées comme nobles (c'est-à-dire reconnues comme faisant le « cœur du métier ») tandis que d'autres se retrouvent reléguées à des formes de tâches déconsidérées et même parfois refoulées par la profession qui exige pourtant qu'elles soient accomplies. En cela,

⁵³⁷ Majeure, pour dire exceptionnelle, car, au fond, comme le montre cette thèse, c'est toujours une forme de crise de la communication qui justifie le recours aux urgences psychiatriques.

⁵³⁸ Respectivement aux chapitres 1, 2 et 3 de cette partie.

⁵³⁹ LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media, p. 74

⁵⁴⁰ Ibid., p.74

⁵⁴¹ Ibid., p.74

parce qu'elles ne sont pas reconnues mais pourtant obligatoires tout en confrontant le sujet qui les exécute à manier une forme d'abjection, ces tâches se nomment « sale boulot » : l'adjectif « sale » revoyant à la fois à la saleté mais aussi à l'avalissement ou au désagrément (comme dans l'expression « une sale affaire »). Lhuillier donne des exemples de « sale boulot » dans différents champs (police, prison, industrie du déchet). L'exemple qui nous intéresse le plus est celui de l'hôpital :

« la division morale du travail de soins semble être ordonnée autour d'une répartition clivant les activités au service de la vie (les activités thérapeutiques, celles des médecins d'abord, des infirmières ensuite) et les activités au service de l'épuration des traces de la mort (les aides-soignantes et les personnes d'entretien). (...) [les aides-soignantes] ne tirent pas de la dignité de l'activité thérapeutique les mêmes bénéfices matériels et symboliques que le médecin et l'infirmière »⁵⁴².

Aux urgences du pavillon N, nous avons pu observer, en effet, que tous les soignants ne participaient pas aux contentions au même titre. Cette participation différenciée dessine des formes de rapport plus ou moins distancié au réel et au déchet et, par suite, institue une forme de division morale du travail aux urgences. La contention est renvoyée au « sale boulot » des urgences psychiatriques. Alors que les psychiatres prescrivent les contentions, ils ne les exécutent pas à proprement parler. Ils se contentent de parler au patient pour l'informer de ce qui va se passer tandis que ce sont des infirmiers et des aides-soignants, voire des médecins, mais c'est plus rare, qui se saisissent des membres du patient pour l'attacher. Ainsi, le psychiatre reste dans le symbolique, à la fois dans la parole et l'énonciation de la loi, tandis que les autres soignants mettent en œuvre un acte qui a, pour eux, une dimension plus ou moins humiliante puisqu'ils se confrontent à la possibilité de recevoir des coups d'un patient qui se débat, parce qu'ils doivent user d'une certaine force et d'une technique d'immobilisation des membres qui les renvoient à une impression de s'adonner à une activité antinomique au soin. On constate alors combien l'épreuve de la contention redouble le sentiment de déclassement repéré par Lhuillier chez les aides-soignants : en effaçant les traces de la mort et en assurant une fonction qui s'apparente parfois pour eux à une action policière, ils sont dans une situation où ils peuvent perdre le sens de leur travail, où leur identité professionnelle est menacée. En abordant plus bas la question de la sublimation – psychologique et sociale – du « sale boulot », nous montrerons cependant que les infirmiers et les aides-soignants se réassurent sur leur identité professionnelle et sur le bien-fondé de leur place dans les métiers du soin en faisant des distinguos entre les pathologies et souffrances des patients. Selon eux, il y aurait des malades plus authentiques que d'autres pour lesquels la contention trouverait plus ou moins de portée thérapeutique. En se dotant d'une portée thérapeutique, pour de « vrais » malades qui en ont « besoin », la contention n'est alors plus totalement identifiable au « sale boulot » puisqu'elle se rapproche des tâches valorisées dans le champ de la médecine, celles qui soignent, qui sont au service de la vie et non pas celles qui isolent et font disparaître les traces de ceux pour qui la médecine trouve peu de réponse à la détresse et qu'elle rejette. Nous y reviendrons.

La posture du psychiatre qui dirige la contention, en assurant *un rôle symbolique de médiateur* entre le patient et les soignants, sans y prendre *réellement* part, suscite parfois, quand ce rôle est mal assuré, de l'animosité de la part des équipes d'infirmiers et d'aides-soignants qui ont procédé à la contention. En fait, cela est compréhensible car ils sont renvoyés encore une fois au fait qu'ils doivent accomplir le « sale boulot ». Lhuillier nous

⁵⁴² *Ibid.*, P.84

explique en effet qu'on identifie le « sale boulot » par un autre critère important qui est celui de la délégation : « *tous les métiers comportent une part de « sale boulot », c'est-à-dire des tâches dévalorisées ou désagréables. Ce sont celles-ci qui seront l'objet de tentatives de délégation* »⁵⁴³. Nous avons pu vérifier la validité de cette hypothèse lors d'une contention demandée par la psychiatre et qui s'était mal passée (*observation 17*). Il s'agit de la contention de Monsieur P. (*fragment clinique 7*). Le patron de l'entreprise où Monsieur P. est comptable trouve son employé très bizarre le jour où il revient de congé-maladie. Comme il tient des propos délirants inquiétants, le patron décide de l'emmener aux urgences psychiatriques. Quand nous rencontrons le patient, celui-ci présente en effet des signes de décompensation psychotique qui nécessitent une hospitalisation en psychiatrie. Le patient accepte une hospitalisation libre, pour prendre du « repos ». Le temps que la psychiatre contacte l'hôpital qui puisse l'accueillir, le patient a changé d'avis et refuse maintenant d'être hospitalisé. Très vite, il s'agite, devient violent et menaçant, ce qui pousse la psychiatre à demander qu'on le contienne. La contention, qui se fera dans des conditions précipitées et chaotiques parce que le patient se sent persécuté et victime d'une injustice, est difficile : Monsieur P. se débat, des soignants prennent des coups tandis que la psychiatre, sans doute dans la panique, coordonne mal les opérations⁵⁴⁴. Dans la compréhension du rapport des soignants à la contention, le plus important est sans doute ce qui se passe ensuite quand je⁵⁴⁵ vais me faire reprocher de ne pas avoir participé à la contention et, d'une certaine manière, en n'ayant pas mis la « main à la pâte », m'être épargné le « sale boulot ». L'agressivité des médecins, infirmiers et aides-soignants à mon égard s'explique par le contexte : je passe, à ce moment-là de l'enquête de terrain, pour un interne de psychiatrie. En observant sans agir, j'ai donc incarné, aux côtés de la psychiatre, la délégation du travail qui désigne le « sale boulot ». Le statut d'interne a été ressenti comme insuffisant et injuste pour incarner cette délégation et instaurer une telle division morale du travail.

2. Les conditions de sublimation du « sale boulot » : éviter la confrontation au réel

Comme l'indique Dominique Lhuillier, face à l'assignation au « sale boulot », les sujets qui y sont confrontés, comme par exemple les soignants qui doivent faire des contentions, tentent de sublimer ces tâches pour retrouver un sens à leur travail. On va ici se retrouver dans une situation identique aux processus défensifs que nous avons observés plus haut. Alors que les métaphores excrémentielles et de la décharge interviennent *a priori* pour se défendre d'une identification aux « patients-déchets », la sublimation du « sale boulot » intervient *a posteriori*. C'est tout à fait ce qui est apparu dans notre étude où nous avons rencontré des soignants dans un fort désir de parler, de se confier à un tiers, pour livrer un discours sur la contention qui est un événement récurrent du service qu'ils ont peu le temps d'élaborer symboliquement. D. Lhuillier théorise ce que nous avons éprouvé lors des échanges que nous avons eu avec les infirmiers et les aides-soignants :

« Ceux qui sont en charge du sale boulot ont à construire les conditions d'une légitimation qui permette d'éviter l'assimilation-identification avec l'objet déchu

⁵⁴³ Ibid., p.78

⁵⁴⁴ Pour les détails de la description de ce moment qui fut très impressionnant et effrayant pour l'observateur que nous étions, se reporter au récit de *l'observation 17*.

⁵⁴⁵ L'emploi temporaire de la première personne du singulier ici se justifie pour assurer plus de clarté dans l'exposé de la saynète.

et / ou la transgression et qui ouvre l'accès à la sublimation. Les conditions de la sublimation ne sont pas seulement psychologiques, mais aussi sociales »⁵⁴⁶.

Pour les soignants, le risque de la contention est en effet, encore une fois, à s'approcher trop près de ces patients déchets ou transgressifs, sans la médiation du langage, celui de la métonymie et de l'identification. Les soignants se demandent ainsi s'ils ne ressentiraient pas une injustice s'ils étaient à la place de ce patient qui est à l'hôpital et à qui ils n'estiment pas donner un soin...

Nous avons repéré trois modes principaux de sublimation du « sale boulot » de la contention : la construction d'une hiérarchie qui ordonne les souffrances et les pathologies des patients en justifiant ou non la portée thérapeutique de la contention ; le fait que la contention constitue un outil de mesure de la solidarité du service ; le fait que la contention s'inscrive dans la logique politique et institutionnelle d'une médecine sociale.

Le premier point est à la fois une défense et de la sublimation puisque la hiérarchisation des souffrances et des pathologies que les infirmiers instituent quand ils parlent de la contention sert, en même temps, à rendre compte de ce qu'est un « vrai et bon » soin (sublimation du métier) et à stigmatiser certains patients au travers de métaphores du déchet. C'est ainsi que pour les nombreux patients alcooliques du pavillon N, pour lesquels une contention est parfois nécessaire le temps qu'ils dégrisent avant d'être pris en charge, la contention n'est pas considérée comme un soin. Les infirmiers et aides-soignants se sentent alors menacés dans leur identité de soignant. Ils estiment assumer là un rôle policier dont ils se défendent en renvoyant le sujet alcoolique à la figure du « patient-déchet » que nous avons déjà dégagée. Quelques extraits des entretiens en rendent bien compte : « *il n'a rien à faire chez nous, c'est pas des soins, c'est de la sécurité* » ; « *il n'y a pas de soins particuliers, ils cuvent* » ; « *l'alcoolisé, on le dépose chez nous, parce qu'on sait pas quoi en faire* »⁵⁴⁷. La thématique du dépôt, d'une part, celle de l'excédent et du surplus inassimilable (ne pas savoir quoi en faire) et enfin celle de l'absence de soin, renvoient ces patients à l'abject dans la mesure où ils brouillent l'ordonnancement des fonctions sociales dont les soignants des urgences ont une idée très précise. Il y a notamment tout un vocabulaire qui sert à marquer les limites entre soignants, policiers et pompiers et qui sont désignés respectivement comme les « *blancs* », « *les bleus* » et « *les rouges* ». Il y a en revanche certains patients, notamment des psychotiques en crise de décompensation, pour lesquels les infirmiers ont l'impression de véritablement exercer un soin et d'être dans leur métier quand ils procèdent sur eux à une contention. Les moyens de rationaliser dans ce cas la portée soignante de l'opération – il s'agit ici davantage de sublimation – sont de deux ordres. Le premier est un argument médical tiré sans doute des formations aux soins psychiatriques : la contention est un moyen de « rassembler » le psychotique qui est dans une situation où il éprouve le « morcellement » de son corps. La contention « soigne » car en contenant, elle met un frein à la manifestation de symptômes. On est alors dans une logique médicale connue et rassurante. Le deuxième argument est celui de l'authenticité de la souffrance. Quand la souffrance est estimée authentique par les soignants la contention est un soin, elle fait partie du travail d'infirmier : elle pare à la récurrence du passage à l'acte pour un patient suicidaire ; elle intervient pour le patient psychotique qui n'est pas considéré avoir *choisi* sa pathologie : « *le patient psychiatrique, il est malade, il a une pathologie psychiatrique, il a une maladie de la tête* ». On voit bien la différence de conception de la souffrance par rapport aux patients alcooliques : « *Ces gens, c'est pas une maladie qu'ils ont, c'est qu'ils ont pris une cuite, c'est un choix de leur part* ». On retrouve un peu ce critère

⁵⁴⁶ LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media, p.93.

⁵⁴⁷ Cet extrait et les suivants sont issus des entretiens de notre enquête dont le rapport figure en annexe

pour les tentatives de suicides qui sont parfois considérées comme moins authentiques que d'autres pathologies psychiatriques : « *on est dans une confrontation perpétuelle entre cette personne qui peut mourir et qui ne l'a pas choisi et celle qui veut mourir et qui est en bonne santé* ». Ainsi, l'analyse de la nature de la demande et du profil pathologique permet aux infirmiers et aides-soignants de construire des différences de signification de la contention, ce qui est une manière de symboliser le réel auquel elle confronte inévitablement.

Dans la logique de sublimation du « sale boulot » de la contention, un autre point intéressant se dégage des entretiens avec les infirmiers et les aides-soignants. La contention est perçue par les soignants comme une forme de mise à l'épreuve de la solidarité dans le service. Il s'agit vraiment d'une sublimation puisque la dimension réelle de l'acte est refoulée (contraindre, priver de liberté, se confronter à la violence et à une crise de la communication et de la relation soignante) pour laisser apparaître une représentation acceptable et valorisante qui est en rapport, mais déplacée, par rapport au point de réel. Quand une contention est nécessaire, il se produit comme un rassemblement du service dont les personnels travaillent en temps normal plutôt solitairement : « *on est tous dans la même galère, quand on attache, c'est plus le secteur de quelqu'un, le patient il appartient à tout le monde* » ; « *une bonne contention, c'est une culture de service* » ; « *on est vachement soudés, on n'aurait pas confiance en nos collègues, les contentions se passeraient beaucoup plus mal* ». A travers ces propos, on comprend mieux les invectives, évoquées plus haut, que nous avons essuyées quand nous avons observé une contention sans y participer alors même que nous passions pour un soignant. Notre comportement a été ainsi perçu comme une menace contre les efforts de sublimation du « sale boulot » qui, du fait de notre présence non-participante, ne permettait plus de manifester une forme de lien et d'identité soignante.

Enfin, le dernier mode de sublimation de la contention qui se construit collectivement consiste, pour les soignants, à considérer la contention comme le corolaire d'une médecine sociale et humanitaire. En quelque sorte, les infirmiers et aides-soignants des urgences se considèrent comme des acteurs au service de la bonne marche de la cité. Là encore, la sublimation se manifeste par le fait que l'acte réel est refoulé au profit de l'investissement d'une mission et d'une responsabilité collective reconnue et valorisante pour le sujet qui l'assume : « *on reçoit une population qui est quand même amenée à être contenu* » ; « *on est la soupape de sécurité de la société* » ; « *je fais de la médecine humanitaire du fait de toute la misère sociale qu'on récupère* ». Dans notre étude, nous avons remarqué que plus les soignants investissent et assument le rôle qu'ils jouent sur le plan politique, à travers leur activité soignante, moins la contention est ressentie comme difficile et comme une manifestation d'un réel insupportable de l'urgence psychiatrique

Peut-être est-il possible, au terme de ces développements sur la contention, d'en produire un autre type d'analyse, un peu décalé mais pas étranger, moins psychosociologique et davantage politique. Au-delà de la manière dont les soignants investissent psychiquement et collectivement la contention, celle-ci exprime une dimension politique de l'urgence en ce qu'elle est une forme de mise en œuvre de pouvoir, une mise en œuvre, pour parler comme Max Weber, de la « *violence physique légitime* ». La formulation de Weber est assez précieuse pour notre propos, et cela à double titre.

D'une part, le fait qu'on puisse observer la pratique de la contention dans le service d'urgence qualifie bien l'hôpital comme un lieu de pouvoir, comme un territoire de l'Etat qui donne au soin une dimension toujours-déjà politique, malgré des conceptions du soin, en vigueur dans le champ de la médecine, qui cherchent souvent à le rabattre simplement sur

ses aspects scientifiques, techniques ou cliniques. Il faut ici se référer à la définition de l'Etat donnée par Max Weber dans *Le savant et le politique* :

« L'Etat est cette communauté humaine qui, à l'intérieur d'un territoire déterminé (le « territoire » appartient à sa caractérisation), revendique pour elle-même et parvient à imposer le monopole de la violence physique légitime »⁵⁴⁸.

Pour Weber, on reconnaît la présence de l'Etat, non pas par ses fins mais par son moyen, quand il mandate des acteurs qui sont en mesure d'exercer, dans un territoire donné, une violence physique sans qu'elle soit punie, mais légitimée (dont l'exercice est reconnu par tous les sujets de l'appartenance, mais dont est méconnu ou refoulé le caractère arbitraire, conventionnel, qui justifierait sa contestation). A partir du moment où cette délégation de la violence physique est vérifiable aux urgences – notamment par les mesures de médecine légale inscrites dans le droit et qui autorisent la contention – l'espace hospitalier est un lieu de pouvoir et les soignants sont, à ce moment précis, des agents et des représentants de l'Etat. Notre thèse tente de montrer comment, aux urgences, la clinique et le politique s'imbriquent toujours, selon différentes modalités. Sans être la principale à l'œuvre, la contention constitue une de ces modalités. Les urgences sont ainsi un lieu de pouvoir et de médiation qui sont deux modalités de lire et d'installer le politique dans l'espace de l'hôpital. On pourrait ainsi dire qu'aux urgences le statut des soignants oscille entre agents de l'Etat et médiateurs du lien social. Aux urgences, la présence du politique se caractérise tantôt par les efforts de réhabilitation sociale de sujets venus exprimer une détresse aux multiples dimensions qui les a isolés, temporairement ou durablement du collectif, tantôt par un rappel de la loi par la contrainte à travers la mise en œuvre de la violence légitime par les soignants, même si ce cas est quantitativement plus rare. Ce sont deux manières de réinstaller le symbolique, par la parole ou par la force.

D'autre part, il faut s'attarder, dans la formule de Max Weber, sur la question de la légitimité qui est interrogée de manière cruciale par les soignants des urgences, comme nous venons de le voir à travers les différentes modalités de contestation et de sublimation du « sale boulot ». Le discours des infirmiers nous apprend qu'aux urgences rien n'est gagné quant à la légitimation de la mise en œuvre de la violence physique. Cela nous apprend quelque chose d'essentiel sur les services d'urgence : ils semblent constituer une institution qui n'est pas absolument définie et contrainte par l'Etat, mais plutôt une institution en perpétuelle remise en question, en perpétuelle reconfiguration, qui a alors une forme d'autonomie ou de plasticité. Ce qu'apportent les patients, dans leurs demandes singulières et imprévisibles, place toujours les soignants devant un dilemme. En effet, il faut choisir et décider : soit ces demandes constituent une forme d'infraction à ce qui est tolérable et acceptable dans l'espace public, et premièrement dans l'espace public hospitalier, et ces demandes constituent alors une menace au lien social et imposent de mettre en œuvre la violence physique, dès lors légitime ; soit ces demandes sont entendues comme une remise en question du contrat social et une injonction à le réviser, mais alors la mise en œuvre de la violence physique à l'encontre des sujets concernés est ressentie comme arbitraire et injuste, situant les soignants hors de leur métier, de leur identité. Nous reviendrons, dans la conclusion générale de cette thèse, sur cette alternative à laquelle les urgences sont confrontées, entre (ré)affirmation de la loi, interrogation du contrat social et invention du politique.

⁵⁴⁸ WEBER, Max. *Le savant et le politique. Préface, traduction et notes de Catherine Colliot-Thélène. La Découverte, 2003.*

Coll. « Poche », *Sciences humaines et sociales*, p.118

III. Les urgences psychiatriques aujourd'hui : un lieu de l'espace public qui porte les traces de la Nef des Fous, de la Cour des Miracles et de l'Hôpital Général. Figures de l'errance et du déchet et leur rapport à la folie dans l'histoire

Nos considérations précédentes sur le rapport de la psychiatrie au déchet pourraient apparaître comme de simples reviviscences, sous la forme de l'urgence, du rapport que la société a toujours entretenu avec les questions de la marge, de l'errance et de la folie. En effet, les descriptions de Michel Foucault, dans son *Histoire de la Folie*, semblent parfois se rapprocher de ce qu'on observe aux urgences psychiatriques. Afin d'éviter tout réductionnisme et pour dégager la spécificité contemporaine de la psychiatrie d'urgence, nous nous proposons maintenant de projeter, dans une perspective comparatiste, une partie de nos résultats sur la toile de fond que représente l'ouvrage de Foucault.

En ce qui concerne le rapport entre Foucault et les urgences, il faut obligatoirement faire référence aux travaux de François Danet que nous avons déjà évoqués. Une de ses hypothèses consiste à affirmer que dans les services d'urgence se lisent des reviviscences de formes anciennes de l'hôpital, avant que celui-ci ne soit absorbé par les logiques de la médecine dite scientifique. En observant le cas de patients comme ceux que nous venons d'évoquer qui ne trouvent aucune place pour être accueillis dans les services hospitaliers de spécialité et qui fréquentent régulièrement les urgences, voire y séjournent plusieurs semaines, Danet affirme que « *ces malades donnent un statut d'hôtel-Dieu et d'Hôpital Général aux services d'urgence dans une reviviscence des logiques religieuses compassionnelles et répressive sociale que l'hôpital clinique, scientifique et managérial a voulu anéantir* »⁵⁴⁹. Autrement dit, aux urgences, l'hôpital retrouverait son rôle historique, celui qu'il a eu le plus longtemps dans son histoire, jusqu'au 19^e siècle, d'accueil et de gestion de la misère et du « *déchet social* »⁵⁵⁰. Pour Danet, les urgences incarnent la transformation institutionnelle de l'hôpital, passé d'une institution répressive ayant pour vocation le contrôle social à une institution dévolue au soin, lui-même appuyé sur les découvertes médicales et cliniques : « *en forçant le trait, on peut dire que l'hôpital s'est engagé dans un processus qui, en quelques décennies, l'a fait passer de l'hébergement sans soin aux soins sans hébergement* »⁵⁵¹. Dans la perspective historique ici adoptée et qui vient compléter nos approches sémiotiques et psychanalytiques précédentes, les « patients-déchets » des urgences seraient, en définitive, un reste (presque au sens mathématique du terme) des opérations de réaffectation de l'ancienne population fréquentant « l'hôpital sans soin » et qui n'ont trouvé de place ni dans le nouveau système hospitalier, ni dans les institutions de la solidarité et de l'assistance sociale. Pour Danet, « *les déchets sociaux, dont les nouveaux contours ne peuvent être définis par les nouveaux outils sémiologiques des médecins se sont retrouvés en vacance d'institution pour les accueillir* »⁵⁵².

⁵⁴⁹ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006, p.173.

⁵⁵⁰ Ce terme est employé par Danet lui-même (p.34) qui s'interroge parfois ironiquement, ou cyniquement – sur le statut des urgences, entre « *espace poubelle de notre société ou genre institutionnel innovant* » (p.11). François Danet a été psychiatre au pavillon N. Dans sa thèse de psychologie sociale sur la professionnalisation de la médecin d'urgence (déjà citée), Danet a aussi enquêté dans d'autres services d'urgence où la thématique du déchet était prégnante dans le discours des soignants.

⁵⁵¹ Ibid., p.66.

⁵⁵² Ibid., p.38

La démarche de Danet indique qu'il semble pertinent de mettre en perspective les affirmations de Foucault avec la réalité contemporaine de l'urgence. Il y a manifestement une continuité à travailler entre la fonction de l'hôpital vis-à-vis de la folie à l'âge classique et la manière dont la psychiatrie accueille aujourd'hui les patients aux urgences. Cependant, le travail de Danet pourrait donner l'impression d'une sorte de déterminisme historique, de projection du passé sur le présent. Bien sûr, le passé permet toujours de mieux comprendre le présent. C'est au fond ce qui est au fondement de la science historique. Il nous semble pourtant que la réalité de l'urgence psychiatrique aujourd'hui ne puisse pas se réduire à ce que Foucault explique sur le « *Grand renfermement* » ou le « *monde correctionnaire* ». Ce serait encore tomber trop vite dans une vision de la psychiatrie comme répressive et excluante, dont nous avons fait le choix de nous écarter. En réalité, les urgences d'aujourd'hui ont bien pour fonction d'accueillir les populations marginales et les sujets fous mais notre étude nous a montré qu'elles ne consistent pas nécessairement dans l'enfermement ou l'hospitalisation contrainte. L'urgence aujourd'hui, en créant des *parcours* de soins et donc en remettant les sujets en détresse psychique *en mouvement dans l'espace social*, quitte à ce que ces sujets fassent des retours répétés aux urgences, s'approche aussi d'un mode de relation à la folie et à l'altérité que Foucault décrit au début de *l'Histoire de la folie* dans son chapitre « *la Nef des fous* ». Les urgences sont héritières d'une histoire longue de l'hôpital et du rapport à la folie ; elles portent des traces disparates de ce qui les a précédées mais elles présentent en revanche aussi des formes inédites que nous tenterons de dégager.

Nous allons donc passer l'urgence psychiatrique au crible de trois figures qui sont présentes dans *l'Histoire de la folie* de Michel Foucault : la *Nef des Fous*, la *Cour des Miracles* et *l'Hôpital Général*. Nous espérons, en dégagant des continuités et des ruptures par rapport à ces figures recouvrant des réalités sociales historiques particulières, rendre compte du caractère hybride de l'urgence psychiatrique. Nous verrons ce que les urgences psychiatriques doivent à l'histoire et en quoi elles sont une institution éminemment contemporaine. Ce qui ne pourra pas se réduire aux figures du passé rendra compte des conceptions contemporaines de l'altérité, sous-jacentes aux pratiques observables dans l'accueil de la détresse psychique, psychosociale et sociale aux urgences. Nos arguments s'appuieront sur nos résultats précédents, sur notre journal et sur des études annexes que nous avons menées autour du pavillon N.

Notre réflexion fonctionnera dialectiquement. Ainsi, par exemple, nous nous demanderons en quoi l'urgence est assimilable à la Nef des fous et, partant de là, sur ce que la réflexion de Foucault sur le rapport à la folie à la Renaissance *éclaire* de l'urgence. Puis, en sens inverse en quelque sorte, nous détaillerons ce qu'une telle conception semble *laisser dans l'ombre* de la réalité contemporaine de l'urgence. En passant de figure en figure, nous essaierons de dégager ce qui constitue l'originalité de l'accueil de la détresse mis en œuvre par la psychiatrie d'urgence aujourd'hui.

A. L'urgence psychiatrique et la Nef des fous

Quand nous avons relu le premier chapitre de *l'Histoire de la folie*, après avoir commencé notre immersion au pavillon N, nous avons eu l'impression de trouver dans les propos de Foucault un réservoir de métaphores, de notions ou de concepts en mesure de rendre compte de l'urgence psychiatrique. Les notions employées le plus souvent par Foucault pour décrire le rapport à la folie et à l'altérité et les pratiques mises en œuvre qui rendent compte de ce rapport sont celles de *mouvement*, de *circulation* et de *seuil*. Au Moyen-âge et à la

Renaissance, on n'enferme pas les fous et les marginaux, mais on a quand même un moyen de les mettre à l'écart : on les rend prisonniers d'une forme de circulation permanente.

Relisons donc quelques passages du début de l'ouvrage de Foucault, en les illustrant au moyen des données dont nous disposons. Nous tenterons d'en tirer quelques conclusions, notamment sur la question du rapport, qui nous semble fondamental, entre désignation d'un sujet comme représentant l'altérité et pratique spécifique (pathologiques ?) de l'espace. Cela nous ramènera à des considérations sur notre approche topologique⁵⁵³ de l'urgence qui nous en confirmeront sa pertinence.

Relire Foucault, d'abord. Ce que nous voudrions retenir du chapitre intitulé la « Nef des fous », c'est la manière dont il rend compte d'une *géographie du fou* (les lieux où on le trouve) et de pratiques sociales vis-à-vis du fou qui se réfèrent à des conceptions sous-jacentes de la folie.

Alors qu'à l'âge classique, le fou est isolé, parmi d'autres marginaux et miséreux, à l'hôpital général, alors qu'à l'époque moderne il est enfermé pour subir une cure dans les asiles psychiatriques quand un regard scientifique et clinique est porté sur lui, à la Renaissance, le fou vit dans l'espace public. Il n'a cependant pas une pratique de cet espace équivalente à un sujet qui répond aux normes sociales. Foucault nous explique, qu'à cette époque, le fou se trouve dans des *lieux de passage*, des *carrefours*, des *seuils*. En effet, la pratique sociale vis-à-vis des fous n'est pas l'enfermement, mais la mise en circulation qui est, au fond, une autre façon de rendre prisonnier un sujet ou de l'exclure puisqu'il est impossible pour lui de s'identifier à un lieu propre, fixe. Des représentations picturales de la folie (la *Nef des Fous*, de Bosch) témoignent de la manière dont on embarquait les fous, nous dit Foucault. Des bateaux, chargés des sujets qui représentaient l'envers de la norme sociale, voguaient sur les fleuves d'Europe, de ville en ville. Les fous, en circulation, n'étaient ainsi jamais vraiment dans les villes :

« ils ont existé, ces bateaux qui d'une ville à l'autre menaient leur cargaison insensée. Les fous avaient alors une existence facilement errante. (...) Il arrivait souvent qu'on les confiât à des bateliers : à Francfort, en 1399, on charge des mariniers de débarrasser la ville d'un fou qui s'y promenait nu »⁵⁵⁴.

Le plus intéressant reste l'analyse que fait Foucault de cette réalité historique qui comporte une utilité sociale d'éloignement du fou, certes, mais qui manifeste aussi la conception du fou de l'homme médiéval et renaissant. Lisons Foucault un peu longuement :

« Il ne faut pas réduire la part d'une efficacité pratique incontestable ; confier le fou à des marins, c'est éviter à coup sûr qu'il ne rôde indéfiniment dans les murs de la ville, c'est s'assurer qu'il ira loin, c'est le rendre prisonnier de son propre départ. (...) Cette navigation du fou, c'est à la fois le partage rigoureux, et l'absolu Passage. Elle ne fait, en un sens, que développer, tout au long d'une géographie mi-réelle, mi-imaginaire, la situation liminaire du fou à l'horizon du souci de l'homme médiéval – situation symbolique et réalisée à la fois par le privilège qui est donné au fou d'être enfermé aux portes de la ville : son exclusion doit l'enclorre ; s'il ne peut et ne doit avoir d'autre prison que le seuil lui-même, on le

⁵⁵³ Partie III, chapitre 1

⁵⁵⁴ FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Gallimard, 2005. Coll. « Tel ». p. 22

retient sur le lieu du passage. (...) Il est le Passager par excellence, c'est-à-dire le prisonnier du passage »⁵⁵⁵.

Traduisons, pour la suite, ce passage en des termes dont nous avons déjà fait l'usage dans la thèse. Ce qui marque le rapport à la folie à l'époque médiévale et renaissante, c'est la *forclusion* de l'espace public (« être enfermé aux portes », Foucault le souligne lui-même) et c'est la thématique du *non-lieu*. Or la forclusion, appartenant au vocabulaire de Lacan, et le non-lieu, appartenant à celui de Marc Augé, ont déjà constitué des catégories notionnelles décrivant et interprétant, pour nous, l'urgence psychiatrique. On y reviendra.



Représentation du tableau La Nef des Fous de Jérôme Bosch (vers 1510-1515, Musée du Louvre, Paris).

Il nous semble que s'il y a une reviviscence des conceptions passées du rapport à la folie dans les services d'urgences, elle se situe dans cette description de Foucault. Bien sûr, le rapport à la folie n'est plus d'ordre mystique comme il a pu l'être à l'ère médiévale et renaissante. Il faut dépasser ce qui est de l'ordre du contexte historique pour se plonger dans les structures plus profondes qui tracent les limites entre les exclus (le fou, le marginal)

⁵⁵⁵ *Ibid.*, pp. 25-26

et ceux qui ne le sont pas. Espace de circulation, espace d'accueil de l'errance, lieu frontière, seuil de l'espace public, les urgences psychiatriques rappellent étrangement la Nef des fous. Voyons cela en détail, avec des exemples que nous allons commenter.

Le premier commentaire portera sur un travail que nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises. Il s'agit d'une étude statistique que nous avons menée pour un hôpital psychiatrique de la région lyonnaise, sur l'activité de son service d'urgence⁵⁵⁶. Nous donnerons quelques résultats très précis qui rendent compte de la manière dont la pathologie psychique est aujourd'hui, dans une mesure importante, en circulation dans l'espace public⁵⁵⁷. L'enquête a porté sur l'analyse de fiches remplies par les médecins lors de leur rencontre avec les patients. Sur une durée de cinq ans (1999-2003), 14 689 fiches ont été collectées. Le premier résultat, très étonnant, est que ces 14 689 passages ne correspondent qu'à un faible nombre⁵⁵⁸ de patients, soit 6568. Nous mîmes donc en évidence qu'il existait des patients « chroniques de l'urgence », c'est-à-dire qui y faisaient des recours répétés (de 2 à 99 passages, sur les 5 années de l'étude). A titre d'exemple, les patients qui ont eu recours au service d'urgence plus de 13 fois en 5 ans représentent 1,6% des *patients* mais 16% des *passages* ! Donnons d'autres caractéristiques de cette population précise des habitués de l'urgence. Les patients qui la composent sont bien connus du secteur psychiatrique couvert par l'hôpital (83 % des patients) ; ces patients ont recours de leur plein gré au service pour 65% d'entre eux et ils viennent seuls au service pour 62% d'entre eux ; enfin, le recours débouche sur une simple consultation pour 51% d'entre eux et ceux qui restent hospitalisés le sont librement la plupart du temps (75% des cas).

Il y a bien sûr une sorte d'artifice à mettre en perspective ces quelques chiffres puisqu'ils concernent des cohortes de patients parmi lesquelles il ne nous était pas donné la possibilité de suivre la trajectoire d'un patient en particulier. Ainsi, il serait erroné de dire que le profil type du patient ayant recours aux urgences psychiatrique est un homme, habitué du service et connu de son secteur de psychiatrie et qui vient aux urgences pour une simple consultation. Mais on peut dire en revanche qu'il y a une forte probabilité pour que ce patient existe. C'est toute la difficulté de l'interprétation des données statistiques. C'est ici que l'expérience de terrain doit venir se confronter aux chiffres, pour les faire parler correctement, en quelque sorte. Deux moments de mon expérience de terrain me semblent donner du sens à ces chiffres.

Le premier correspond aux échanges que nous avons eus, à plusieurs reprises, avec la psychiatre qui était responsable du service d'urgence sur lequel portaient les statistiques. Nous avons travaillé ensemble jusqu'à la publication de l'étude. Elle affirma que les chiffres que nous avons établis lui donnaient les ordres de grandeur de fréquentation du service, qu'elle ignorait, par des populations qu'elle avait clairement identifiées en revanche dans sa clinique. Elle disait pouvoir associer des visages et des noms aux chroniques de l'urgence, ces patients, disait-elle, pour qui les urgences constituaient un lieu de passage et un point de halte temporaire dans leur errance sociale et psychique. Elle nous confia que, pour des

⁵⁵⁶ Voir l'annexe pour les graphiques qui correspondent aux chiffres que nous donnons et pour l'exposé de la méthodologie qui a présidé à la collecte et à la construction des données. Cette étude a aussi fait l'objet d'une publication à laquelle on peut se reporter : THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.

⁵⁵⁷ On le sait depuis le livre de Patrick Declerck, *Les Naufragés*, sur lequel on reviendra et dans lequel l'auteur montre que beaucoup de clochards sont psychotiques. Mais des sujets porteurs d'autres difficultés psychiques, moins graves, sont ballotés entre différents lieux de l'espace public.

⁵⁵⁸ Important en valeur absolu, mais faible en valeur relative par rapport au nombre de passages.

raisons financières, son service avait dû fermer car il était consommateur de trop de moyens. Cependant, disait-elle, amère vis-à-vis des administrateurs, il aurait fallu, pour sauver le service, se contenter de constater que cette population des chroniques de l'urgence ne nécessitait pas beaucoup de moyens, sinon « *une salle où profiter d'une conversation avec un infirmier et d'un café* ». Ainsi, nous avons là, mis en évidence par les statistiques et les constats cliniques qu'ils évoquent, la manifestation d'une fonction spécifique de l'urgence psychiatrique comme point de passage et point d'arrêt temporaire à la fois : n'est-ce pas la définition de la frontière ou du seuil, évoqués par Foucault ? Comme à la Renaissance, le fou (ces habitués de l'urgence sont majoritairement des psychotiques chroniques) circule incessamment entre différents lieux. Aujourd'hui, ces lieux d'errance ne sont plus les fleuves ni les points d'arrêt les villes. Ce sont les trajets incessants entre les urgences, l'hôpital et les différents lieux des services ambulatoires proposés par la sectorisation psychiatrique. Ces fous ne s'arrêtent vraiment jamais dans un lieu, ils sont en circulation perpétuelle. Les urgences se positionnent comme carrefour, frontière entre espaces différents. Comme à la frontière, on s'y arrête un instant avant de reprendre sa route, après s'être reposé, avoir échangé quelques mots et décliné son identité.

Il nous semble qu'ici se manifeste ce que Foucault pourrait appeler notre conscience contemporaine de la folie, c'est-à-dire le rapport que nous entretenons avec celui que nous définissons comme l'autre absolu, à partir des pratiques sociales qui le concernent. En effet, notre époque a voulu changer, à partir des années 60, le visage de la psychiatrie. En France, cela s'est manifesté par la mise en œuvre (à partir du milieu des années 80) d'une nouvelle politique de santé mentale fondée sur un dispositif appelé « sectorisation ». Cela a consisté à permettre aux sujets souffrants de pathologies psychiatriques de vivre leur vie en dehors de l'hôpital psychiatrique. D'une certaine façon, on mettait fin à une longue politique d'enfermement du fou depuis le *Grand Renfermement*. Il s'est agi d'ouvrir la psychiatrie sur la ville. Un double mouvement a accompagné cette politique d'ouverture : une réduction du nombre de lits dans les services de psychiatrie fermés et la création de lieux de soins dits ambulatoires (centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, etc.). Chaque secteur, correspondant à une zone géographique couvrant 70 000 à 100 000 habitants, dispose de ces différentes structures ambulatoires, et chaque secteur est relié à un service d'hospitalisation d'un hôpital psychiatrique proche. Ainsi, en fonction de leur lieu d'habitation ou de leurs difficultés, les patients sont orientés vers l'hôpital ou en ambulatoire. Un séjour court en hôpital (trois semaines en moyenne) peut se poursuivre par un suivi en CMP et vice-versa. Alors que la politique de sectorisation s'installait et que les lits des hôpitaux psychiatriques étaient réduits, réduisant de fait les possibilités de longs séjours des patients chroniques, les services d'urgences des hôpitaux généraux qui au départ recevaient exclusivement des accidentés de la route ou des pathologies somatiques aiguës (accidents cardiaques, etc.) se mirent à recevoir la détresse psychique, légère, aiguë et chronique. Les hôpitaux psychiatriques se dotèrent alors aussi de services d'urgences. En fait, les institutions ambulatoires, connaissant des délais de prise en charge de plus en plus longs et manquant de moyens humains et financiers, n'étaient pas en mesure de recevoir les patients les plus chroniques de la psychiatrie qui se retrouvèrent pourtant hors de l'asile.

Ce petit rappel historique a pour but de montrer comment les bonnes intentions de libération du fou n'ont pas été complètement accomplies, puisque certains sujets se sont retrouvés, en dehors de l'hôpital psychiatrique, sans lieu, contraints à l'errance et au passage récurrent par les urgences qui ont cette dimension, pour les patients, de continuer à évoquer l'hôpital, de donner le sentiment d'une continuité d'un lien avec l'hôpital. Ainsi, d'une certaine manière, c'en est fini du *Grand Renfermement*, mais on assiste à un retour

de la circulation du fou comme une façon de le mettre à distance. Tout se passe comme si on l'acceptait parmi nous à condition qu'il ne s'arrête pas trop longtemps à nos côtés, dans les lieux auxquels nous nous identifions. Les urgences psychiatriques, au fond, peuvent être considérées comme moteur, turbine qui active, à son insu, cette circulation, en construisant, comme on l'a vu dans les pages précédentes, des *trajectoires*. Mais attention, le constat que nous faisons-là ne remet pas du tout en cause la manière inventive avec laquelle les psychiatres des urgences reçoivent la parole des patients, telle que nous l'avons décrite dans les pages précédentes. Ce n'est parce que l'on repère de grands mouvements (la circulation des fous) que cela invalide ce qu'on a observé et interprété sur les faits de médiation précis qui s'élaborent dans les entretiens entre les psychiatres et les patients.

L'autre moment de l'expérience de terrain qui donne sens aux chiffres de l'étude statistique est bien sûr celui de l'expérience ethnographique au pavillon N. Elle apporte une confirmation et un élargissement à la fois. La population reçue dans le service d'urgence d'un hôpital psychiatrique n'est pas la même que celle qui l'est dans un service d'urgence d'un hôpital général où intervient une équipe de psychiatrie. De plus, dans le premier cas, nous disposons de données statistiques et de peu de données ethnographiques, dans le second cas, c'est le contraire. Pourtant, nous constatons des faits équivalents. Nous avons en effet pu repérer des profils et établir quelques chiffres à partir des entretiens de psychiatrie auxquels nous avons assisté⁵⁵⁹ aux urgences de l'hôpital général. Il en ressort que 57% des patients rencontrés ont eu déjà recours aux urgences ou aux services de psychiatrie avant le jour où nous les avons rencontrés. Les patients comptabilisés correspondent à ceux qui y ont recours pour la deuxième fois, jusqu'à la douzième fois. Ainsi, la mise en mouvement des sujets en détresse psychique, leur passage incessant dans cette « Nef » des services d'urgence, s'observe aussi à l'hôpital général, d'un point de vue statistique. Certains fragments cliniques, que nous connaissons maintenant bien, illustrent cette forme de demi-exclusion – puisqu'il est tout de même question d'accueil – par la mise en circulation.

On peut d'abord renvoyer au cas de Madame G (*observation 7*). Elle fait partie de ces patientes qui fréquentent le service d'urgence régulièrement, en y ayant recours plus d'une dizaine de fois par an. Mme G. fait partie de ces sujets qui ne trouvent refuge dans aucune institution qu'il s'agisse de l'hôpital ou des structures d'assistance sociale. C'est une femme errante et héroïnomane qui reçoit un traitement de substitution très fort. Elle erre dans un quartier de Lyon que nous connaissons bien. Elle traîne principalement dans deux endroits : sur une place très passante (le *lieu de passage*, le *carrefour* par excellence) ou assise devant la porte d'une institution d'aide aux personnes précarisées, quand celle-ci est fermée... Un jour, je⁵⁶⁰ la croise sur les marches de cette institution, sur *le seuil* donc. Elle me demande de l'argent et, contrairement à d'habitude où je passe mon chemin, je m'arrête pour lui parler car je vois à son poignet le bracelet qu'on met aux patients du pavillon N. Elle m'explique qu'elle en vient et qu'on n'a pas voulu d'elle, malgré son pied enflé qu'elle présenta pour formuler sa demande de prise en charge... Nous avons une brève conversation où je perçois un désir de lien (voir journal). Il me semble que cette image d'une femme à la vie errante, toxicomane, assise sur le seuil d'une institution qui a portes closes et portant le bracelet des urgences est très frappante et illustre bien ce que nous disions sur la manière contemporaine dont sont mis à l'écart, *dans une sorte de vagabondage urbain et institutionnel*, les indésirables de la société d'aujourd'hui. Mme G. n'est pas enfermée

⁵⁵⁹ Cela figure en annexe, dans le document intitulé « Tableau récapitulatif des patients rencontrés »

⁵⁶⁰ Pour la clarté de la rédaction et comme cet épisode fait référence à une expérience personnelle, nous emploierons temporairement la 1^{ère} personne du singulier.

mais elle erre entre des points de passages ou des seuils : places, urgences psychiatriques, marches d'une institution. Madame G., entre l'errance, la dépendance toxicomaniaque et quelques accès de paranoïa n'est ni assez folle ni assez malade pour être accueillie dans un asile⁵⁶¹ qui lui corresponde. Elle erre indéfiniment en côtoyant les autres de la cité à qui elle ne fait pas bien peur mais qui ne lui donnent pas non plus de lieu pour exister.

Evoquons à nouveau le cas de Monsieur A. (*fragment 11*) que nous n'épuiserons décidément pas. Insistons ici sur la manière dont ce vagabond qui a l'habitude de fréquenter les institutions médicales préfère se saisir d'une adresse que lui donne la psychiatre plutôt que d'accepter d'être hospitalisé et hébergé à cette adresse. Monsieur A. montre là combien sa vie dans la cité aujourd'hui se situe sur le seuil et montre que seule cette solution peut lui convenir : en effet, une adresse ne se lit-elle pas de l'extérieur de l'endroit qu'elle désigne ?

Madame G., Monsieur A. sont des sujets forclos, « enfermés aux portes de la ville », comme dirait Foucault décrivant les fous du Moyen-âge. Notons à ce propos le nom que possédait le pavillon N quand il a été créé et dont la désignation résiste dans la bouche des anciens du service : « *la porte de N* ». L'urgence psychiatrique n'est finalement rien d'autre qu'une porte pour ces sujets, à la différence près qu'elle n'est pas fermée, même s'il est question de la passer pour déboucher vers un ailleurs qui peut de nouveau être l'errance.

Il y aurait encore à décrire le cas de Monsieur D. (*fragment 3*) qui va et vient entre la prison, l'hôpital psychiatrique et les urgences. On pourrait aussi faire référence au cas de Madame F. (*fragment 6*) qui, le jour où nous la rencontrons en est à son douzième passage aux urgences, alors qu'elle vient juste de sortir sur décharge de l'hôpital psychiatrique...

Nous avons donc tenté d'exprimer une analogie, qui nous semble frappante, entre les urgences psychiatriques et la Nef des fous décrite chez Foucault. Cela nous a permis de dégager la manière dont notre époque côtoie la folie : elle est d'accord pour que la folie réintègre l'espace de la ville, mais à condition qu'elle n'ait pas de lieu propre. Cependant cette mise en perspective n'épuise pas la définition de l'urgence psychiatrique. En effet, les fous, les marginaux et les exclus *passent* et *repassent* bien au pavillon N. Cependant, d'autres figures s'y manifestent parfois, notamment celle de la Cour des Miracles. C'est ce que nous allons voir à présent, en poursuivant notre chemin avec Foucault et son *Histoire de la folie*.

B. L'urgence psychiatrique et la Cour des Miracles

La figure de la Cour des Miracles n'est pas, à proprement parler, décrite sous ces termes dans *l'Histoire de la folie*. Cependant, elle correspond à une réalité historique (et mythique à la fois) contre laquelle s'est institué l'Hôpital Général au 17^e siècle. Les sujets qui composaient la Cour des Miracles sont exactement ceux, décrits par Foucault, qui firent l'objet du *Grand Renfermement*. Mais pourquoi mobiliser cette figure spécifique alors que notre démarche consiste à suivre avec précision le texte de Foucault pour le mesurer à la réalité de l'urgence ? Il y a deux raisons à cela.

La première est que la Cour des Miracles nous semble correspondre à une « géographie intermédiaire » du fou qui s'intercale entre la Nef des fous et l'enfermement dans les hôpitaux généraux. Progressivement, entre la Renaissance et le 17^e siècle, les fous et les marginaux ne sont plus totalement dans l'errance, mais ils ne sont pas non plus totalement enfermés. Ils existent et vivent dans un lieu clos et précis certes, mais

⁵⁶¹ Nous jouons sciemment avec l'équivoque de ce mot évoquant à la fois l'hôpital psychiatrique et la protection. Voir la fin de ce chapitre où nous proposons une lecture de Patrick Declerck.

ce sont eux-mêmes qui ont produit le geste de leur clôture dans un lieu spécifique de l'espace public. Ces lieux, dans plusieurs villes de France et d'Europe, s'appelaient « Cours des Miracles ». Nous allons décrire celle de Paris, repaire des fous, voleurs, miséreux qui établirent une société alternative, un ghetto dirait-on aujourd'hui, au carrefour de rues parisiennes malfamées.

L'histoire de la cour des miracles est difficile à retracer. Les travaux d'historiens sur le sujet sont peu nombreux, sans doute du fait que les habitants de la cour des miracles n'ont pas produit d'archives propres et qu'on est obligé de se fonder sur des discours extérieurs (notamment les rapports de police). De plus, la connaissance de ce fait social est colonisée par un imaginaire puissant qui a été construit par Victor Hugo dans *Notre Dame de Paris* et, par suite, dans les diverses adaptations au cinéma, au théâtre, à la télévision qui en ont été faites. Pour décrire la « société alternative » que constituait la cour des miracles dans le Paris des 15^e, 16^e et 17^e siècles nous nous référerons au travail de Chantal Dupille sur le sujet⁵⁶². Nous allons faire un bref résumé du travail de l'historienne pour rendre compte de ce qui, de la Cour des Miracles, subsiste d'une certaine manière aux urgences. Confronter la réalité historique à la réalité du présent permet d'entrevoir des continuités dans le rapport de notre société à la folie et à l'exclusion. On verra aussi les limites de l'analogie courante entre Cour des Miracles et service d'urgence.

Il y avait plusieurs « cours des miracles » à Paris : les deux plus célèbres se situaient, pour l'une, à l'emplacement actuel de la place des Vosges (3^e arrondissement) et, pour l'autre, qui disparut en 1667, la dernière, près de l'actuelle rue Damiette dans le 2^e arrondissement de Paris (voir figure), soit à l'époque dans le cul-de-sac de la rue Saint-Sauveur. Chantal Dupille nous accompagne vers ce lieu sinistre :

« Pour accéder à la cour des miracles, il fallait s'égarer dans des ruelles détournées, enchevêtrées, tortueuses, sombres, puantes, vrais labyrinthes de coupe gorge aux noms évocateurs : rue Tire-boudin, rue Merderet, rue de la Grande Truanderie »⁵⁶³.

Dupille nous précise que la cour des miracles était une association de délinquants, de criminels et de marginaux qui avaient établi leurs quartiers dans différents endroits de Paris. Il était très difficile pour la police d'y pénétrer la nuit. La cour des miracles était une association de mendiants, de sans domiciles, de délinquants, de fous et d'infirmités qui faisaient commerce de leurs larcins. Ils volaient et exploitaient la charité des parisiens en donnant en spectacle leurs infirmités et blessures, véritables parfois, mais le plus souvent simulées. L'historienne indique qu'on aurait aujourd'hui de la peine à se figurer comment une telle population ait pu être réunie en un même lieu. Elle écrit en 1971, date à laquelle les services d'urgence commencent à peine à connaître les recours d'une population en détresse psychosociale. Aux côtés de François Danet, et en relisant cursivement notre journal, nous pourrions dire que certaines caractéristiques de la population de la cour des miracles ont des airs de famille avec celles de la population que nous avons rencontrée aux urgences. Oui, il y a des délinquants, des infirmes, des SDF, des fous et des personnes en situation de précarité aux urgences. Lors de nos observations, il est arrivé à plusieurs reprises que le psychiatre soit appelé pour statuer sur la dangerosité et les troubles mentaux d'un sujet en garde à vue qui avait commis des violences dans les transports publics ou au travail. Inutile de rappeler, nous les évoquâmes à plusieurs reprises, les SDF qui ont recours

⁵⁶² DUPILLE, Chantal. *Histoire de la cour des miracles*. Préface de Didier Decoin. Hachette, 1971.

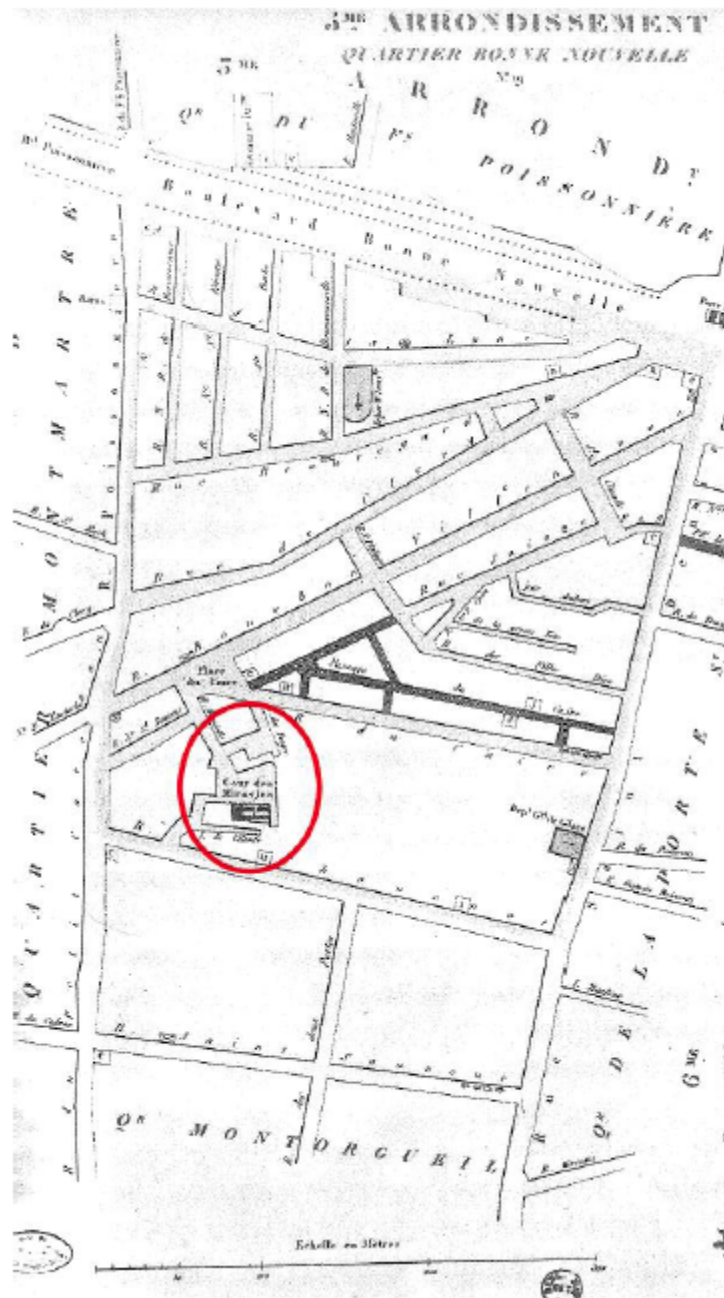
⁵⁶³ Dupille (1971), p.38. *Nous retrouvons ici encore la figure du déchet et de l'abject.*

aux urgences ou viennent chercher discrètement un peu de chaleur dans un coin invisible de la salle d'attente. Les urgences ont bien des *allures* de cour des miracles.

Mais poursuivons notre enquête historique pour éviter de faire de l'*allure* une *analogie* complète. Pourquoi la cour des miracles avait-elle ce nom ? D'abord, nous dit Dupille, parce que c'était une cour, au sens politique du terme, traversée par des rapports de pouvoir : la cour des miracles avait une organisation monarchique, avec un roi et des suivants. Il est inutile de retracer ici la hiérarchie très complexe de cette cour dont les rôles et leur importance se définissaient en fonction des larcins commis. On peut tout de même citer cette amusante remarque de Dupille : « *Les quartiers de noblesse s'évaluaient en nombre d'infirmités. Pour être reine de beauté à la cour des miracles, il fallait étaler un ensemble de défigurations propres à allécher les hideux poux masculins* »⁵⁶⁴. Ce que cela révèle, c'est que tout en copiant le modèle politique de leur époque, la monarchie, les habitants de la cour des miracles y introduisaient beaucoup de subversion. Ensuite, la population qui peuplait la cour des miracles s'était fait une spécialité des « miracles ». Pour profiter de la charité chrétienne, les membres de cette cour bricolée simulaient douleurs et souffrances, mais tout disparaissait « comme par miracle » à la nuit tombée. L'historienne explique ainsi que « *les simulateurs jouissaient d'un immense succès. En étalant leurs plaies lamentables, ils parvenaient à émouvoir le public, d'autant que la maladie et l'infirmité étaient alors considérées comme un signe divin et que la charité faite à son prochain était censée protéger le donateur* »⁵⁶⁵. Autrement dit, les habitants de la cour des miracles sont des simulateurs ou des malades imaginaires. C'est à partir de cette caractéristique que nous devons discuter plus en profondeur l'analogie possible avec les urgences. Déjà, nous venons de le voir à propos de la contention, cette conception de la fausse maladie (associée à la précarité) est présente chez un certain nombre d'acteurs du soin quand ils cherchent à qualifier la population qui a recours aux urgences. Surtout, les médias, notamment la presse régionale que nous avons étudiée de près, construit aussi toute une représentation autour de la population des urgences.

⁵⁶⁴ Ibid., p.77

⁵⁶⁵ Ibid., p.49



La Cour des Miracles de la rue Saint-Sauveur (entourée) apparaît encore sur cet extrait d'un plan de Paris datant du 19e siècle (reproduit dans Dupille Chantal, Histoire de la Cour des Miracles)



Voici une représentation d'un faux-mendiant de la Cour des Miracles, retrouvée par Chantal Dupille à la BNF, sur une estampe non datée.

La deuxième raison, plus sémiotique, de travailler autour de cette image de la Cour des Miracles est qu'elle constitue, aujourd'hui, un imaginaire profond de ce que représente l'urgence, en particulier psychiatrique. On voit très bien cela dans les représentations du pavillon N issues de la presse locale lyonnaise que nous avons relevées à partir d'une étude de corpus. Nous nous contenterons ici de développer seulement quelques résultats de cette étude pour ne pas alourdir la lecture de la thèse. D'autre part, bien que notre thèse se situe en sciences de l'information et de la communication, nous ne souhaitons pas donner une importance trop grande à cette étude des représentations médiatiques pour laisser à l'approche ethnographique sa valeur centrale. Nous renvoyons donc aux annexes pour le détail de l'étude (méthodologie, corpus et résultats non évoqués ici)⁵⁶⁶. Cette étude, à partir de laquelle nous souhaitons retrouver des éléments d'histoire sur le pavillon N, donna des résultats supplémentaires très intéressants.

Mais avant de rendre compte de la manière dont la presse locale mobilise cette imaginaire de la cour des miracles, retrouvons-en les caractéristiques dans le roman de Victor Hugo, *Notre-Dame de Paris*⁵⁶⁷. L'action du roman se passe à la fin du 15^e siècle. La plus belle présentation de la cour des miracles se trouve au chapitre 6, livre 2 (« *la cruche cassée* »). Hugo décrit l'entrée de Gringoire dans la cour des miracles. Celui-ci ne sait pas où il s'aventure. Il croise des mendiants (un aveugle et un boiteux) à qui il refuse de donner la pièce qu'ils réclament. Alors que Gringoire essaie d'échapper aux mendiants qui insistent, ils le poursuivent en « abandonnant » leur infirmité. Et Gringoire de dire « *je vois bien les aveugles qui regardent et les boiteux qui courent* ». S'ensuit une description du narrateur qui fait de la cour des miracles le repaire de la délinquance parisienne, du « déchet social » et

⁵⁶⁶ On trouvera en fait la version de cette étude qui a été publiée et dont voici la référence : THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMÉYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010.

⁵⁶⁷ HUGO, Victor. *Notre-Dame de Paris*. [1831] Texte établi, présenté et annoté par Jacques Seebacher et Yves Gohin. Paris : Gallimard, 1999. Coll. « Bibliothèque de la pléiade ».

de malades imaginaires usant de leurs infirmités simulées pour demander la charité. Lisons la prose grandiloquente de Hugo qui, dans sa manière de peindre le tableau de la cour des miracles en forçant le trait, trace le contour des représentations modernes de celle-ci, au-delà des descriptions des historiens :

« Il était en effet dans cette redoutable Cour des Miracles, où jamais honnête homme n'avait pénétré à pareille heure ; cercle magique où les officiers du Châtelet et les sergents de la prévôté qui s'y aventuraient disparaissaient en miettes ; cités des voleurs, hideuse verrue à la face de Paris ; égout d'où s'échappait chaque matin, et où revenait croupir chaque nuit, ce ruisseau de vices, de mendicité, de vagabondage, toujours débordé dans les rues des capitales ; ruche monstrueuse où rentraient le soir avec leur butin tous les frelons de l'ordre social ; hôpital menteur où le bohémien, le moine défroqué, l'écolier perdu, les vauriens de toutes les nations, espagnols, italiens, allemands, de toutes les religions, juifs, chrétiens, mahométans, idolâtres, couverts de plaies fardées, mendiant le jour, se transfiguraient la nuit en brigands ; immense vestiaire, en un mot, où s'habillaient et se déshabillaient à cette époque tous les acteurs de cette comédie éternelle que le vol, le prostitution et le meurtre jouent sur le pavé de Paris »⁵⁶⁸.

Dans cette description, on voit bien quelles caractéristiques de la cour des miracles sont mises en relief. « *L'honnête homme* » (auquel est censé s'identifier le lecteur) est l'opposé des habitants de la cour, porteurs de tous les défauts sociaux. Le droit n'y a pas cours puisque les représentants de l'Etat y disparaissent. Notons la manière dont le narrateur construit sa description des habitants sous la thématique du déchet (« *égout* », « *croupir* »). L'autre visage de la cour qui se dégage de cette puissante description est sans doute celle de la fausse maladie : « *hôpital menteur* », « *plaies fardées* ».

C'est avec étonnement que nous découvrîmes que la presse locale, quand elle traitait du pavillon N et de ses patients, empruntait très systématiquement la métaphore de la cour des miracles comme médiation symbolique et comme référence à l'imaginaire pour rendre compte au lecteur des difficultés du service d'urgence en situation d'engorgement. Pour le journal, la cour des miracles est une figure opérante pour décrire deux dimensions du service d'urgence. D'abord pour s'indigner des situations de violence et s'étonner des recours de patients en détresse sociale. Aussi, la presse valorisant et se fondant sur une vision hypertechnicisée de l'urgence ne comprend pas que des patients qui ne présentent pas des pathologies à hospitaliser d'urgence viennent encombrer le service et rendre le travail des médecins compliqué et moins efficace (selon une logique, quelque peu idéologique, selon laquelle la médecine, comme les autres champs techniques et scientifiques, se doit d'être performante ; cette vision élude encore une fois la dimension relationnelle de la médecine, peu évoquée dans les articles du corpus). Face à ce constat, la presse mobilise la figure de la cour des miracles pour distinguer de « vrais » et de « faux » patients, les « faux » patients étant ceux, souvent, qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique. Cette distinction sert d'argument, pour la presse régionale, pour expliquer les situations d'engorgement des urgences : de faux patients viennent gripper la mécanique performante de l'hôpital. En adoptant cette perspective là, la presse se range du côté de l'idéologie entrepreneuriale de l'hôpital que nous avons déjà évoquée à plusieurs reprises. Ceci n'a rien d'étonnant quand on connaît les proximités traditionnelles entre la presse locale et les

⁵⁶⁸ Hugo ([1831], 1999), p. 82

sources institutionnelles⁵⁶⁹. Ce qui doit cependant nous interpeller à partir de cette étude de corpus, c'est encore une fois la manière dont la presse témoigne, en suivant la logique foucauldienne, d'une conscience de la folie et de l'altérité et de sa géographie, c'est-à-dire des lieux où elles peuvent exister. Visiblement, si l'hôpital général garde une fonction d'accueil de la détresse médicale, psychique et sociale dans le lieu des urgences – la presse et notre journal en font doublement état – ce qu'exprime la presse qui parle au nom du collectif, c'est qu'aujourd'hui l'hôpital doit se rabattre sur la médecine scientifique et la clinique somatique. Autrement dit, dans la presse apparaît en filigrane, une sorte de mouvement du collectif, symbolique, qui chasse les fous et les pauvres hors de l'hôpital général. Dans le corpus, alors que cette population, manifestant des détresses psychiques et/ou sociales, est clairement identifiée comme indésirable aux urgences de l'hôpital (cette cour des miracles n'a rien à y faire), il n'est envisagé aucune solution alternative pour elle. Encore un fois, cette population se retrouve symboliquement condamnée à l'errance puisque la presse ne lui trouve aucun lieu du social alternatif où exister.

Les urgences du pavillon N ou la « cour des miracles »

Les urgences médicales de l'hôpital Edouard-Herriot accueillent beaucoup de patients « à problèmes ». Pendant que les malades se plaignent de l'attente, les soignants, souvent victimes de violence, se sentent bien seuls

ACCUEIL DU PAVILLON N, 20 HEURES. Six personnes attendent sur des brancards dans le hall des urgences médicales et psychiatriques de l'hôpital Edouard-Herriot, rétroci pour cause de travaux. « On a deux patients envoyés par la cardio. Souvent, la traumatologie nous

vices. Avec 3 h 40 d'attente moyenne à cette heure, ce jeudi est dans la moyenne. « Hier, c'était très calme car c'était un soir de match... Mais les nuits de pleine lune, il y a plein de personnes agitées et il y a deux mois, on a eu une soirée avec huit heures d'attente », raconte



Titre, chapeau et début de l'article paru sur le pavillon N dans le Progrès, édition de Lyon, le 23 septembre 2008, où le service d'urgence est associé à la cour des miracles. Extrait de notre corpus

Alors que la Nef des fous nous paraît une image opératoire pour décrire et interpréter l'accueil d'urgence en psychiatrie aujourd'hui, celle de la Cour des Miracles nous renseigne plus sur les conceptions imaginaires de l'urgence aujourd'hui. Nous avons décelé cet imaginaire sur deux plans principalement. D'une part, il traverse les représentations médiatiques. D'autre part, il traverse les représentations des acteurs du soin, ainsi que nous avons pu le voir dans l'étude sur la contention puisque des distinctions sont opérées entre patients qui souffrent authentiquement et patient qui auraient « choisi » leurs difficultés. Les psychiatres quant à eux, n'adhèrent pas à l'imaginaire de la cour des miracles. Il nous semble qu'il y a plusieurs raisons à cela. D'abord, il y a le fait fondamental que les psychiatres ont une conception spécifique de la vérité (qui n'est jamais la vérité de la science, mais celle du sujet qui parle) et qui fait que le clivage entre souffrance authentique et simulée, au cœur de la métaphore de la cour des miracles, n'est pas opérant. Au fond, pour les psychiatres, le sujet ne ment jamais (ou plutôt il ne peut jamais dire la vérité, jamais toute la dire tant le langage y est insuffisant). Que le sujet théâtralise sa souffrance ou qu'il raconte une histoire à dormir debout, pour le psychiatre, il est un sujet qui s'accommode du symbolique pour formuler une demande d'aide, à entendre entre les lignes. De plus, les psychiatres hospitaliers sont accoutumés au fait que la détresse psychique s'accompagne de difficultés sociales.

⁵⁶⁹ Voir notamment sur ce point NEVEU, Erik. *Sociologie du journalisme*. La Découverte. Coll. « Repères ».

Nous voudrions, pour terminer sur la cour des miracles, ajouter une anecdote qui ne figure pas dans le journal ethnographique mais dont il nous semble qu'il faut la raconter ici. Un jour, alors que nous avons achevé notre étude de corpus, nous en parlâmes à la psychiatre avec qui nous travaillions. Intéressée, elle nous demanda de lui donner à lire nos résultats. Nous lui fîmes parvenir un document qu'elle lut. La fois suivante, alors que nous travaillions à nouveau avec elle, elle nous annonça que notre document avait été « salvateur ». En effet, une journaliste du *Progrès* s'était rendue quelques jours plus tôt au pavillon N pour faire un reportage. La psychiatre était de garde ce jour-là et fit tout pour fuir la journaliste, refusant ses interviews, prétextant beaucoup de travail. En effet, ayant lu, dans notre document, la représentation de la psychiatrie construite par la presse locale, elle ne voulait pas alimenter l'imaginaire de Cour des Miracles par quelques considérations sur les patients de la psychiatrie. Quelques jours plus tard, l'article parut en faisant peu de cas de la psychiatre, décrite ainsi : « *comme tous les autres, la psychiatre de garde est débordée* ». Mais rien n'y fit contre la force de l'imaginaire journalistique sur les urgences, puisque l'article du *Progrès* du 23 septembre 2008 titra : « *Les urgences du pavillon N ou la cour des miracles* »...

Chantal Dupille nous raconte que la dernière Cour des Miracles parisienne disparut en 1667. C'est l'époque où Paris se nettoie de ses fous et des ses miséreux en créant l'Hôpital Général dont Foucault nous indique qu'il est fondé par un décret en 1656⁵⁷⁰. D'après l'historienne, ce sont des querelles intestines qui affaiblirent la dernière cour des miracles. Il y eut des dissensions entre les voleurs et ceux qui demandaient la charité avec leurs fausses infirmités. Cette dernière activité était en effet plus lucrative et moins risquée que le vol. Mais le coup de grâce fut cependant porté par le lieutenant général de police de Paris, Nicolas de la Reynie. Les habitants de la cour des miracles de la rue Saint-Sauveur furent difficiles à déloger. Le lieutenant de police, après des essais infructueux en utilisant la force, dut employer une autre stratégie. Il inventa une nouvelle taxe, dite des « *boues et des lanternes* »⁵⁷¹. Elle servit à financer la réfection et l'assainissement des rues de Paris ainsi que leur éclairage. Avec ces travaux, De La Reynie s'approcha peu à peu du dernier bastion de la Cour des Miracles : les rues coupe-gorge mal éclairées furent remplacées par des rues dans lesquelles il était possible de circuler le soir sans être agressé. Les ressources et les lieux où pouvaient se commettre les méfaits se sont ainsi raréfiés et la dernière cour des miracles fut démantelée, très affaiblie, par une ultime attaque de police en 1667. Dupille conclut : « *Peu de temps après le démantèlement de la cour des miracles, la truanderie parisienne se trouva répartie entre la prison et l'hôpital général, ou bien repoussée vers la province* »⁵⁷². L'ère de l'enfermement des fous et des pauvres s'ouvre à cette époque, ce que Foucault appelle le *Grand Renfermement*. Existe-t-il, dans les urgences psychiatriques d'aujourd'hui des réminiscences de l'hôpital général comme il y a des rejetons de la *Nef des fous* et de la *Cour des Miracles* ? Nous continuons là notre relecture de *l'Histoire de la folie*.

C. L'urgence psychiatrique et l'Hôpital Général

Notre thèse porte sur la psychiatrie d'urgence à l'hôpital général : le signifiant d'hôpital général ne doit pas nous faire commettre l'erreur d'une analogie trop rapide avec l'Hôpital Général décrit par Foucault, qui est un autre type d'institution, sans vocation médicale : « *Dans son fonctionnement, ou dans son propos, l'Hôpital général ne s'apparente à aucune*

⁵⁷⁰ Foucault, *Histoire de la Folie*, op. cit., p.71

⁵⁷¹ Dupille, p.187

⁵⁷² Ibid., p.192

idée médicale. Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise en France à cette même époque »⁵⁷³.

Quelle signification porte aujourd'hui le signifiant « hôpital général » ? D'abord, il s'oppose aux hôpitaux de spécialité, et plus particulièrement à l'hôpital psychiatrique. En réalité, il serait impossible de retrouver une institution équivalente aujourd'hui à l'hôpital général d'hier. L'hôpital général de l'âge classique réunissait une population hétérogène qui est aujourd'hui disséminée dans plusieurs institutions. Il y avait certes des fous qu'on enfermait et des fous pauvres. A ce titre, une subsistance de l'hôpital général serait l'hôpital psychiatrique d'aujourd'hui dès lors qu'il hospitalise sous contrainte (l'hospitalisation d'office, prononcée par le préfet pouvant être considérée comme une héritière de la lettre de cachet). Mais il faut se garder d'aller trop vite dans la comparaison car l'hôpital psychiatrique aujourd'hui ne se définit pas seulement selon sa fonction d'enfermement du fou ou de mise à l'écart de la misère telle qu'elle est liée à une pathologie psychiatrique. Il est aussi le lieu de l'exercice de la clinique. On en a pour preuve les débats cliniques mouvementés qui s'y déroulent entre défenseurs des théories analytiques et défenseurs du cognitivo-comportementalisme ou de l'approche neurobiologique de la souffrance psychique. De plus, pour des raisons budgétaires (manque de lits et tarification à l'activité), on ne désire plus que les patients restent au long cours à l'hôpital. Une fois leurs pathologies « stabilisées »⁵⁷⁴, ils sont renvoyés vers leur domicile ou vers les structures sociales et les structures de soin de la ville, en milieu dit « ouvert ». Aussi, d'autres institutions ont aujourd'hui pour fonction d'héberger et d'accueillir la misère sociale et pourraient, elles, être considérées comme des héritières disséminées de l'hôpital général : centre d'hébergement d'urgence, foyers, Samu social, etc. En somme, ce que nous nommons hôpital général aujourd'hui est peut-être ce qui a le moins à voir avec l'hôpital général d'hier. L'hôpital d'aujourd'hui est très orienté par la médecine scientifique. Il est le lieu d'enseignement des grands professeurs qui exercent dans des services de spécialités qui réduisent les patients à leur organe affecté par telle pathologie et qui mobilise telle technologie médicale. Autrement dit, l'hôpital général d'hier était un lieu où l'on enfermait et où l'on prodiguait peu de soins, à part pour préserver la santé publique à l'extérieur, nous dit Foucault, pour que l'asile ne soit pas un foyer concentré de maladies. L'hôpital général d'aujourd'hui soigne exclusivement et héberge le moins possible, en éludant les caractéristiques sociales et psychiques du sujet qu'il reçoit. On pourrait dire que le signifiant est resté le même mais que le signifié s'est inversé. A part, peut-être, si l'on considère les urgences, en particulier psychiatriques, qui, dans le lieu de l'hôpital général, reçoivent la folie, la misère, et disposent du pouvoir de prononcer des hospitalisations sous contraintes, parfois pour de longues durées.

Pour essayer de valider ou d'infirmer cette analogie possible entre hôpital général de l'âge classique et urgences psychiatriques aujourd'hui, il nous semble qu'il faut l'observer selon deux critères : la question de l'enfermement et celle de la fonction sociale et politique de l'urgence.

Première question : Peut-on parler de pratiques d'enfermement de la folie et de la misère aux urgences aujourd'hui ?

⁵⁷³ Foucault, *Histoire de la Folie*, p.73.

⁵⁷⁴ Observons la connotation mécaniste de ce signifiant couramment employé dans le champ de la psychiatrie pour désigner un patient qu'on estime sorti de la crise.

C'est principalement dans les services d'urgence que se prononcent les mesures d'hospitalisation sous contrainte⁵⁷⁵ qui ont à voir avec la santé du patient et le maintien de l'ordre public⁵⁷⁶. En effet, le texte de loi qui régit ces hospitalisations⁵⁷⁷ indique qu'il est toujours nécessaire d'avoir deux avis médicaux, voire un seul dans les situations d'urgence. Cet avis est assorti soit d'une lettre d'un tiers proche du patient (HDT) qui demande l'hospitalisation, soit d'une décision du préfet (HO). Les psychiatres des urgences ont ainsi souvent une activité légale (le pavillon N est un service d'accueil des urgences médicales, psychiatriques et *médico-légales*) parallèlement ou articulée à leur activité soignante. Les services en charge de l'ordre public (police, mais aussi pompiers ou Samu dans une certaine mesure) s'adressent facilement aux services d'urgence dès lors qu'ils constatent un trouble mental chez celui qu'ils estiment troubler l'ordre public. Il existe une procédure, dite de réquisition (voir *observation 1*, par exemple), qui permet à la police de demander à un médecin un examen médical statuant sur l'état psychique de la personne qui trouble l'ordre public.

Il faut donc prendre en compte le fait que la demande, de la part des forces de police, est relativement importante. Aussi, d'autres patients, amenés par le Samu ou des proches, peuvent faire l'objet d'une hospitalisation sous contrainte mais sur la décision du psychiatre assorti de la demande d'un proche ou du préfet, mais sans demande préalable des forces de l'ordre dans ce cas.

Observons de nouveau quelques chiffres, issus de notre étude statistique et de nos observations ethnographiques. Dans le service d'urgence de l'hôpital psychiatrique sur lequel a porté l'étude statistique, le taux d'hospitalisation sous contrainte peut paraître important. Sur la totalité des passages, 66% ont fait l'objet d'une hospitalisation⁵⁷⁸. Dans cette cohorte de patients hospitalisés, le taux d'hospitalisation sous contrainte est de 36% environ (avec 30% d'HDT et 6% d'HO). Remarquons tout de même que la majorité des patients sont hospitalisés librement. Notons aussi que les patients habitués de l'urgence, s'il arrive qu'ils soient hospitalisés lors de leurs recours aux urgences, le sont librement pour 75% d'entre eux. En revanche, pour les patients dont c'est le premier recours, quand ils se font hospitaliser, c'est sous contrainte dans 45% des cas (avec 38% d'HDT et 7% d'HO). Ce que révèlent ces chiffres et leurs nuances, c'est que certes les services d'urgence des hôpitaux psychiatriques enferment, mais qu'il ne s'agit pas non plus d'une institution « aveugle » puisque les patients connus du service ne subissent plus la contrainte quand ils se font hospitaliser. Cela indique qu'il existe un *usage* de l'hospitalisation sous contrainte, ce que montre notamment, plus qualitativement, notre expérience ethnographique.

Nous détaillerons la question de l'usage et de la justification de l'hospitalisation sous contrainte dans la réponse à la deuxième question. Donnons encore ici quelques chiffres.

⁵⁷⁵ Précisons que c'est là qu'elles se prononcent mais que ce n'est pas là qu'elles ont lieu, mais à l'hôpital psychiatrique. Il peut arriver qu'un patient soit contenu (physiquement ou chimiquement) dans un box fermé pendant quelques heures avant son entrée à l'hôpital psychiatrique qui attend qu'une chambre se libère, par exemple.

⁵⁷⁶ Dans le champ du politique, « l'état d'urgence » est déclaré quand l'ordre public est gravement menacé, ce dont témoigne l'article 16 de la constitution de la Ve République. Parce qu'elle a une dimension politique, l'urgence psychiatrique a aussi à voir avec l'ordre, mais il ne faudrait pas la réduire uniquement à cela puisqu'elle est aussi, et surtout, le plus souvent, une urgence subjective durant laquelle l'insupportable du réel se manifeste au sujet qui, un temps, n'a plus de place, dans l'ordre symbolique. Il faudrait s'interroger sur les rapports et les différences entre ordre public et ordre symbolique.

⁵⁷⁷ Les modes d'hospitalisation sont régis par la loi du 27 juin 1990. Voir les articles L3211 et suivants du code de la santé publique.

⁵⁷⁸ Les quelques chiffres que nous donnons ici sont lisibles sous forme de graphiques notamment en annexe.

Jean-Pierre Martin, psychiatre à l'hôpital Esquirol et membre d'un réseau s'intéressant aux rapports entre souffrance psychique et précarité, indique, en octobre 2009, qu'à Paris « une hospitalisation d'office sur trois concerne un SDF ou un précaire quant au logement »⁵⁷⁹. Cette indication qui doit interpeller, nous indique aussi dans quel sens lire les chiffres d'hospitalisation d'office qui est la mesure sanitaire la plus proche d'un acte de police (puisque l'hospitalisation est prononcée par le préfet sur avis médical et que cette hospitalisation est elle-même levée par le préfet). L'auteur de l'article, en observant que les hospitalisations sous contrainte concernent les plus précaires de la société, fait le pont avec les descriptions de Foucault sur le grand renfermement :

« L'histoire a fixé le vagabond, le sans aveu comme une des expressions de la folie, avant d'en faire une maladie sociale. Les lois d'internement sont nées de ce traitement spécifique qui se partage l'hôpital psychiatrique avec la prison. Ce sont les classes opprimées qui sont l'objet du discours sur les classes dangereuses. La rue est un no man's land entre l'hôpital et la prison. Cette contrainte d'ordre public s'applique absolument et aujourd'hui la psychiatrie est appelée, malgré ou à cause de sa modernité médicale et psychologique, à en être l'instrument. Délirer dans la rue est une des principales causes de ces hospitalisations sous contrainte à Paris ».

Cette opinion, très forte, très critique vis-à-vis de la manière dont la psychiatrie peut être instrumentalisée pour des actions de police ne doit pourtant pas faire écran à la réalité de l'hospitalisation en psychiatrie. Rappelons que les hospitalisations d'office dont parle Martin représentent 5 à 7% des hospitalisations en psychiatrie. Prenons acte tout de même que les HO concernent pour une large part les ultra-précaires de notre société.

Concernant nos observations, portant sur 50 situations, nous décomptons 10 hospitalisations sous contrainte, ce qui représente 20% du total des patients et 28% des patients qui ont bénéficié d'une hospitalisation. Les hospitalisations d'office, au nombre de 3 représentent 8,5% des hospitalisations et les hospitalisations libres 63,5%. Le nombre de situations permet difficilement de faire des statistiques très valables, mais nos chiffres sont cohérents avec les chiffres précédents : l'hospitalisation libre est la règle, l'hospitalisation sous contrainte l'exception. Cela diffère évidemment de ce qu'était l'enfermement à l'hôpital général à partir de l'époque classique où tous les asociaux (fous, pauvres et perturbateurs de l'ordre moral et intellectuel) étaient enfermés sans condition.

Deuxième question : Quelles sont les justifications contemporaines de l'enfermement ? Ont-elles à voir avec les justifications économiques et morales qui avaient cours à l'âge classique ?

Notre hypothèse est que si, en apparence, les patients qui sont hospitalisés sous contrainte peuvent présenter un profil sociologique et psychique proche des pensionnaires de l'hôpital général de l'âge classique, la démarche qui a présidé à la décision de leur hospitalisation est en revanche fondamentalement différente.

Dans *l'Histoire de la folie*, Foucault nous explique que ce sont en partie des impératifs sociaux, économiques et moraux, qui constituent les raisons de l'enfermement brutal et massif de certains sujets à partir de la fin du 17^e siècle.

A partir de cette époque en effet une première ligne de partage traverse le monde social et désigne d'un côté ceux qui ont la possibilité d'être reconnus par le collectif, de lui

⁵⁷⁹ In « Ne pas rajouter la violence à la violence », *Rhizome, Bulletin de santé mentale et précarité*, octobre 2009, édité par l'observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE), p.13

appartenir, et de l'autre ceux qui en sont exclus. Cette ligne de partage s'appuie sur des arguments économiques. D'un côté, on a ceux qui travaillent et contribuent à la richesse de la société et, de l'autre côté, les oisifs : mendiant, vagabonds, miséreux, chômeurs⁵⁸⁰. Alors qu'au Moyen-âge et à la Renaissance le pauvre avait une sorte d'aura mystique en constituant une sorte de lien avec le divin, à l'âge classique, les valeurs bourgeoises de productivité, d'ordre et de travail commencent à s'installer. Ainsi, les hôpitaux généraux servent à enfermer le peuple de la misère selon deux buts : qu'il ne trouble plus l'ordre public et qu'il soit mis au travail forcé. On a déjà l'idée, qui rencontre du succès dans les milieux de droite aujourd'hui, que les classes précaires sont des classes dangereuses et que le travail est rédempteur. Voici donc le premier usage de l'internement à l'âge classique, à la fois régulateur de l'économie et agent de l'ordre social :

« L'âge classique utilise l'internement de manière équivoque et pour lui faire jouer un double rôle : résorber le chômage, ou du moins en effacer les effets sociaux les plus visibles, et contrôler les tarifs lorsqu'ils risquent de devenir trop élevés. Agir alternativement sur le marché de la main d'œuvre et les prix de la production. En fait, il ne semble pas que les maisons d'internement aient pu jouer efficacement le rôle qu'on en attendait. Si elles absorbaient les chômeurs, c'était surtout pour en masquer la misère, et éviter les inconvénients sociaux et politiques de leur agitation »⁵⁸¹.

La deuxième ligne de partage qui divise le monde social entre ses inclus et ses exclus enfermés (ses forçats) est celle qui s'appuie sur les valeurs de l'institution familiale bourgeoise en train de se constituer. Ces valeurs sont à l'origine d'élaboration de normes sociales rigoureuses qu'il convient de ne pas transgresser au risque d'être enfermé dans les mêmes lieux que ceux où l'on met le peuple de la misère décrit plus haut. Ces normes, nous dit Foucault, concernent trois objets : la sexualité, la pratique religieuse et la connaissance. Celui qui devient déviant par rapport aux normes de la famille bourgeoise devient susceptible d'être puni, enfermé et corrigé dans les lieux de l'internement :

« En un sens, l'internement et tout le régime policier qui l'entoure servent à contrôler un certain ordre dans la structure familiale, qui vaut à la fois comme règle sociale, et comme norme de la raison. La famille avec ses exigences devient un des critères essentiels de la raison ; et c'est elle avant tout qui demande et obtient l'internement »⁵⁸².

Foucault décrit alors successivement comment on enferma des homosexuels considérés comme déviants ou des sujets connaissant des pratiques amoureuses qui ne correspondent pas à l'ordre du mariage (prenant pour preuve les pièces de Molière). Les pratiques religieuses alternatives à la religion en vigueur sont aussi punies et leurs auteurs enfermés : « l'hôpital général et les maisons d'internement reçoivent en grand nombre des gens qui sont mêlés de sorcellerie, de magie, de divination, parfois aussi d'alchimie »⁵⁸³.

Foucault nous indique enfin que les hôpitaux généraux servaient à l'exclusion des sans-valeurs mais avaient aussi pour but de corriger les sujets internés pour les ramener à la

⁵⁸⁰ Afin d'éviter les anachronismes, il faut prendre garde à ne pas avoir une définition du chômage trop contemporaine. Le fait de ne pas travailler pouvait bien sûr être lié à un contexte de crise économique, mais pas seulement.

⁵⁸¹ Foucault, *Histoire de la folie*, p.98

⁵⁸² *Ibid.*, p.124

⁵⁸³ *Ibid.*, p.131

raison : « *L'internement a un sens précis et doit jouer un rôle bien particulier : celui de ramener à la vérité par les voies de la contrainte morale* »⁵⁸⁴.

Voilà donc, brièvement, les raisons qui présidaient à l'internement à partir de l'âge classique et avant la naissance de la clinique qui ouvrira la porte de la modernité et à un autre rapport à l'altérité et à la folie. Peut-on maintenant dire que les hospitalisations sous contrainte prononcées aux urgences obéissent à des impératifs similaires ?

Nous voudrions dire que non, mais l'observation superficielle de la réalité est troublante car elle indique bien que ce sont les plus pauvres qui sont hospitalisés d'office, ce sont ceux qui troublent l'ordre public (violence physique, sexuelle), ce sont ceux qui délirent en interrogeant trop catégoriquement les savoirs qui fondent la connaissance à notre époque (les délires que nous avons rencontrés lors de nos observations sont souvent mystiques, divinatoires ou s'échafaudent sur des théories pseudo-scientifiques qui froissent les certitudes de la raison toute puissante qui commande notre façon de penser et d'élaborer des savoirs sur le monde).

Cependant, ce qui différencie ces deux populations (internés et hospitalisés sous contrainte) c'est surtout la démarche qui a présidé à l'hospitalisation : rien de comparable, à notre avis, entre la lettre de cachet et la décision d'hospitalisation prise suite à un entretien avec un patient aux urgences. Nous renvoyons ici à nos analyses du cas de Monsieur C. (*fragment clinique 10*) et de Georgette (*observation 7*) pour lesquels l'hospitalisation sous contrainte s'est articulée à des préoccupations cliniques. Comme nous avons pu le montrer, dans chacun des cas, *la psychiatre articule des contraintes médico-légales avec un acte clinique*. Par rapport à l'époque du Grand Renfermement, le recours à la clinique tente de réduire l'arbitraire de l'enfermement.

En somme, l'analogie entre l'urgence psychiatrique et l'Hôpital Général n'est pas la plus convaincante. Les urgences sont un lieu de passage bien avant d'être un lieu de l'enfermement. Par ailleurs, si les urgences prononcent des mesures d'enfermement qui peuvent paraître arbitraire et dans la continuité des lettres de cachet de l'époque classique, une telle comparaison, trop rapide, oublierait la spécifique de la clinique des urgences qui articule, comme on l'a montré au long de la thèse, les contraintes médico-légales avec la parole du patient ou celle de son entourage. Ces paroles ne sont pas envisagées comme preuves accablantes ou justifiant à bon compte une mesure d'internement, elles sont prises comme indices de la manifestation de la vérité du sujet chez qui le symptôme est la métaphore d'un désir non-entendu, non pensable par le social. Cette posture réduit, sans la faire disparaître, la dimension arbitraire d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte.

D. Les urgences psychiatriques : miroir trouble et manifestation des modalités contemporaines du rapport à l'espace réel et symbolique

Les développements précédents conduisent maintenant à une nouvelle relecture de nos propos sur l'approche topologique de l'urgence que nous avons menée sous plusieurs angles dans la thèse. L'urgence psychiatrique, considérée à travers *l'Histoire de la folie*, réaffirme qu'elle est une problématique de l'espace. Nous la décrivions précédemment en termes de lieux, associés à des fonctions précises. Nous insistions peu sur la dimension du passage, du mouvement et de la frontière dont nous estimons désormais qu'elle est une caractéristique primordiale.

Avant de développer cela, rappelons notre démarche. Elle a été essentiellement analogique puisqu'il s'est agi de rendre compte de l'urgence psychiatrique en la comparant

⁵⁸⁴ Ibid., p.135

à des moments historiques où furent mises en place des formes institutionnelles et des pratiques sociales spécifiques en rapport avec la folie et la précarité⁵⁸⁵. L'analogie a l'avantage de dégager des continuités historiques. Il faut cependant aussi considérer ce qui est irréductible à l'analogie, son résidu, en quelque sorte, et qui manifeste la spécificité contemporaine du phénomène observé. C'est ce que nous allons voir ici pour l'urgence.

Les analogies successives de l'urgence avec la *Nef des Fous*, la *Cour des Miracles* et l'*Hôpital Général* associées à nos observations contemporaines sur l'urgence laissent penser à un dénominateur commun : tout sujet qui manifeste un rapport déréglé ou pathologique à l'espace est susceptible d'être considéré comme fou ou relevant de l'urgence, c'est-à-dire porteur d'un excès de singularité par rapport aux normes des pratiques de l'espace⁵⁸⁶. Mais quel est le rapport spécifique à l'espace réel et symbolique qui motive aujourd'hui le recours aux urgences au-delà de tout ce que révèlent les analogies précédentes qui placent le fou tantôt comme prisonnier du passage, tantôt comme sujet à l'enfermement ? Il nous semble que si, *dans une certaine mesure*, ce qui se passe aux urgences aujourd'hui peut s'*apparenter* aux schémas anciens des rapports des sociétés à la folie, il convient maintenant de dégager des spécificités à l'accueil d'urgence contemporain, non apparentables à toute autre forme ancienne.

C'est un peu le travail qu'a mené Ian Hacking dans son ouvrage *Les Fous voyageurs*⁵⁸⁷

. L'auteur s'intéresse à ce qu'il nomme les « *maladies mentales transitoires* », c'est-à-dire ces maladies qui ont été repérées par les psychiatres d'une époque, qui ont eu un succès clinique et scientifique importants et qui disparurent aussi brutalement qu'elles émergèrent au bout de quelques années en n'étant plus repérable chez aucun sujet. La maladie qu'il évoque, la « fugue hystérique » (ou épileptique), concerne une fois de plus des sujets dont on estime, dans la France de la fin du 19^e siècle cette fois, qu'ils ont un rapport pathologique à l'espace. Hacking essaie de comprendre ce qui, dans le contexte social et culturel de l'époque, a pu faire qu'on a repéré les fugueurs et qu'on les a catégorisés comme malades mentaux.

Hacking montre bien que le vagabondage est, depuis toujours, une pratique de l'espace propre aux sujets que l'on nomme fous. Cependant, et c'est aussi ce que nous montre Foucault dans la transition entre moyen-âge et âge classique, cette errance a pris des valeurs différentes à chaque époque :

« Quand le fait de voyager est-il pathologique ? A quel moment les aliénés expriment-ils leur folie par le voyage ? Si de tout temps les fous ont voyagé, leur vagabondage n'a pas toujours été présenté comme une forme spécifique de folie. (...) Les esprits chagrins peuvent toujours bougonner qu'Ulysse était aussi fou qu'on peut l'être, ce n'est pas ce que raconte l'histoire. (...) Œdipe n'est pas moins fou que Jack Kerouac sur la route. Nombre des événements mémorables

⁵⁸⁵ C'est un terme moderne qu'il faut bien sûr transcrire pour chaque époque que nous avons observée en utilisant des termes tels que mendicité, misère, etc.

⁵⁸⁶ Les pratiques d'espace subversives décrites par Michel de Certeau dans *L'Invention du quotidien* sont des pratiques non relevées comme faisant partie de l'urgence car elles sont des pratiques de névrosé tranquille, pourrait-on dire : elles ne font pas exploser le symbolique, elles *composent* avec. L'imaginaire qui se dégage du parcours singulier du citadin de De Certeau n'est valable que pour lui et n'est pas repéré par les autres. Rien à voir avec une pratique délirante ou désorientée de l'espace telle qu'on peut, par exemple, la constater chez certains clochards.

⁵⁸⁷ HACKING, Ian. *Les fous voyageurs*. Seuil. Les empêchements de penser en rond, 2002.

de la mythologie grecque se produisent alors que leurs personnages sont en chemin. L'arrogant Œdipe traverse à pied l'étroit défilé entre Delphes et Daulis quand il rencontre son père venant en sens inverse, monté sur un char. Tragique, marqué par le destin, mais pas fou »⁵⁸⁸.

C'est finalement à partir du Moyen-âge que le vagabondage est associé à la folie (ce qu'on a vu à travers la *Nef des fous*) jusqu'à nos jours. S'appuyant sur ce qu'écrit Jacques Donzelot dans la *Police des familles*, Hacking affirme ainsi que « *le vagabondage est devenu l'universel de la pathologie mentale à travers lequel il est possible de distribuer toutes les catégories de folie et d'anomalie* »⁵⁸⁹. Mais il faut bien sûr faire l'hypothèse que ce vagabondage, pratique de l'espace par le fou, ne recouvrait pas la même valeur à chaque époque : « *Il convient de ne pas identifier le vagabondage de 1897 aux sans-abris de 1997. Ceux-ci n'ont pas la même signification pour nous que le vagabondage dans la France d'il y a un siècle* »⁵⁹⁰.

Hacking s'interroge sur la signification du vagabondage à la fin du 19^e siècle à travers la manière dont on l'a médicalisé un temps dans le champ de la psychiatrie (Charcot avait son idée sur les pathologies de fugue). A nous de nous interroger sur la signification de l'errance à travers la manière dont elle est accueillie aux urgences psychiatriques.

Pour nous décrire la pathologie de fugue, Hacking prend l'exemple d'Albert, un jeune employé du gaz de Bordeaux, qui sera le premier cas d'espèce de cette maladie relevée par son médecin, Tissier, en 1887. Albert fait des voyages obsessionnels, sans but. Il parcourt des milliers de kilomètres, à pied ou en train jusqu'à des endroits très reculés de l'Europe de l'Est. Quand Albert entreprend de manière compulsive un de ses voyages, il est dans une semi-conscience, comme hypnotisé. Il se « réveille » dans un autre pays et se demande ce qu'il fait là. Récupéré par la police, il est raccompagné à Bordeaux où il est pris en charge par son médecin qui commence à élaborer une théorie pour qualifier cette maladie nouvelle. Jusqu'en 1909 environ, on va la repérer chez de plus en plus de sujets, alors qu'elle était « invisible » auparavant. De grands débats auront lieu entre les médecins de l'époque pour savoir s'il s'agit d'une pathologie hystérique ou épileptique (les deux grandes catégories qui organisaient, à la fin du 19^e siècle et au début du 20^e siècle la classification des maladies mentales). Hacking cherche alors à comprendre pourquoi à cette époque la fugue a été médicalisée dans le champ de la santé mentale. L'auteur répond en expliquant que la psychiatrie vient répondre à une ambivalence présente dans la société quant à la question du voyage qui pose un problème de signification. En effet, la fin du 19^e siècle correspond à la fois à une époque de valorisation du voyage dans ses aspects de découverte touristique qui s'oppose à une version condamnée du voyage quand elle se caractérise par le vagabondage sans but qui est le lot des oisifs et des trublions de l'ordre social. Ainsi, le recours au médecin sert à établir une norme de ce que c'est que de parcourir des espaces de manière respectable, pathologique ou délinquante :

« Le tourisme est alors censé être une activité positive, à la fois romantique et bonne pour l'intellect, comme en témoignent l'amélioration des guides Baedeker et le Touring Club de France, avec ses trente volumes de Sites et Monuments. (...) Mais il existe un versant plus sombre du voyage, une obsession typiquement

⁵⁸⁸ *Ibid.*, pp.119-121

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p.157

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p.157

française du vagabondage. Nos médecins [de la fin du 19^e] tiennent à souligner que leurs fugueurs ne sont pas des clochards. (...) Je suggère que l'une des caractéristiques d'une nouvelle maladie mentale est qu'elle se loge et qu'elle se love dans une culture sur un mode bicéphale. Le mode le plus simple est qu'il existe deux versions de la « même chose », l'une l'apanage des vertueux et l'autre l'apanage des vicieux, entre lesquels s'immisce la maladie, comme la fugue prospère entre tourisme et vagabondage ».

Tout se passe comme si la pathologie mentale, ici la pathologie de fugue, servait de *zone frontière flottante* entre deux façons de parcourir l'espace qui prennent des valeurs symboliques opposés. Au fond, la désignation et la définition de la pathologie a un rôle sémiotique puisqu'elle permet de distribuer, de part et d'autre d'elle-même, de façon différentielle, ce qui appartient au champ de la délinquance ou à celui de l'ordre, problème qui intéresse évidemment la fin du 19^e siècle théâtre de tensions politiques majeures entre classes sociales. Notons en effet que le tourisme dont on parle n'est pas le tourisme de masse d'aujourd'hui et qu'il appartient principalement aux riches. D'où la question de la pathologie qui émerge quand c'est un modeste employé du gaz qui parcourt l'espace sur de grandes distances, lui qui, selon la classe à laquelle il appartient, ne peut pas être touriste, à moins d'être fou...

Ce bref détour par les « aliénés voyageurs » du 19^e siècle doit nous faire revenir aux urgences psychiatriques du 21^e siècle. En suivant la réflexion de Hacking nous pourrions dire que les urgences psychiatriques sont porteuses d'une ambivalence sociale et qu'elles repèrent et accueillent les sujets désarmés avec cette ambivalence. Il ne s'agit plus de l'ambivalence entre tourisme et vagabondage propre à la charnière 19^e/20^e siècle. L'ambivalence contemporaine quant au rapport à l'espace se rapprocherait de la manière dont notre société nous impose d'articuler notre vie à la fois dans les lieux et dans les non-lieux, pour reprendre des notions de Marc Augé⁵⁹¹ que nous avons déjà développées plus haut⁵⁹². Beaucoup de sujets qui recourent aux urgences nous semblent forclos des lieux (espaces d'identification qui fondent l'appartenance, espaces réels et symboliques auxquels se réfèrent l'histoire singulière et collective du sujet) et des non-lieux (espace de la circulation permanente, de l'anonymat où l'on s'identifie fugacement et individuellement par son billet d'avion à la borne d'embarquement de l'aéroport, par sa carte bancaire au supermarché) à la fois, c'est-à-dire dans l'impossibilité même d'articuler ces deux modalités contemporaines du rapport à l'espace.

Nous pensons pouvoir faire l'hypothèse selon laquelle les services d'urgence sont un espace de la *flottance*, une zone charnière. La *flottance*, terme que nous forgerons plus précisément au chapitre suivant, se situe notamment aux urgences dans la possibilité de cohabitation et d'articulation du lieu et du non-lieu. Il nous semble qu'Augé décrit, à la fin de son ouvrage, cette flottance, ou plutôt cette oscillation, dans notre société, entre les non-lieux et la nécessité de vivre dans les lieux :

« Dans la réalité concrète du monde d'aujourd'hui, les lieux et les espaces, les lieux et les non-lieux s'enchevêtrent, s'interpénètrent. (...) Lieux et non-lieux s'opposent (ou s'appellent) comme les mots ou les notions qui permettent de

⁵⁹¹ AUGÉ, Marc. *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Seuil, 1992. Coll. « La librairie du XXI^e siècle ».

⁵⁹² Partie III, chapitre 1

les décrire. Mais les mots à la mode – ceux qui n'avaient pas le droit d'exister il y a une quinzaine d'années – sont ceux des non-lieux. Ainsi pouvons-nous opposer les réalités du transit (les camps de transit ou les passagers en transit) à celles de la résidence ou de la demeure, l'échangeur (où l'on ne se croise pas) au carrefour (où l'on se rencontre) le passager (que définit sa destination) au voyageur (qui flâne en chemin), l'ensemble (« groupe d'habitations nouvelles », pour le Larousse), où l'on ne vit pas ensemble et qui ne se situe jamais au centre de rien (grands ensembles : symbole des zones dites périphériques), au monument où l'on partage et où l'on commémore, la communication (ses codes, ses images, ses stratégies) à la langue (qui se parle) »⁵⁹³.

Lieux et non-lieux constituent une grille sémiotique de lecture des rapports à l'espace construits par le monde contemporain, un peu de la même manière que le couple voyage/vagabondage a pu constituer un binôme de termes opposés servant de grille de lecture au monde de la fin du 19^e siècle. Dans la frontière flottante entre les opposés, il y a des possibilités de situer l'indéfinissable de la pathologie.

Les urgences psychiatriques, en constituant un *espace flottant*, frontière, entre lieu et non-lieu rendent disponibles des modalités d'articulation entre lieu et non-lieu qui sont devenues impossibles à réaliser pour certains sujets en détresse. Les urgences sont en effet un non-lieu en ce qu'elles constituent un passage, un seuil, un espace de circulation anonyme, infini ou incessant (c'est l'analogie avec la *Nef des Fous*, notamment). Mais elles peuvent aussi être considérées comme un lieu car on s'y arrête, on y est accueilli pour y avoir éventuellement une *place* (place d'hospitalisation, par exemple, pour donner la définition la plus concrète de la place) dans un lieu immuable qu'est l'hôpital – qui est à la fois un *monument*, une *demeure* (même temporaire, même contrainte) et un *carrefour* (c'est-à-dire un lieu de rencontre), pour reprendre les termes de Marc Augé déclinant sa notion de lieu anthropologique.

Les urgences reçoivent ainsi deux types de sujets :

· *Les sujets forclos des lieux et des non-lieux.*

C'est le cas par exemple des clochards qui se retrouvent aux urgences. Dans la manière dont la société les décrit de manière euphémisée (« sans domicile fixe »), elle exprime que ces sujets sont forclos des lieux, c'est-à-dire des espaces auxquels il est possible de s'identifier durablement. D'une certaine manière, ils sont aussi forclos des non-lieux. Certes, ils y errent, continuellement, mais ils n'ont pas un usage normé, ce qui les situe aussi dans l'exclusion des non-lieux. Les clochards sont des habitués des gares, du métro ; certains vivent reclus sous des ponts ou des échangeurs d'autoroute ; Madame G. fréquente les places et les seuils. Mais alors que tout le monde autour d'eux *pass*e dans les non-lieux, eux y restent, y *stagnent*. L'usage qu'ils font de la place, du seuil d'une porte ou du quai d'un métro est hors-norme.

Aux urgences, ni lieu, ni non-lieu, ou plutôt lieu et non-lieu, les clochards trouvent un asile temporaire où ils peuvent s'arrêter tandis que ça passe à côté d'eux. La *flottance* propre à l'urgence rend moins présente le sentiment de forclusion du lieu ou non-lieu, puisque le service d'urgence n'institue pas proprement une de ces deux modalités du rapport à l'espace de manière catégorique. Mais cet asile n'est que temporaire et nous verrons, plus bas,

⁵⁹³ *Ibid.*, pp.134-135

en lisant Patrick Declerck, combien, devant ce constat, notre société se doit de réinventer l'asile, mais pas dans sa forme totalitaire

· Les sujets forclos (temporairement, durablement) des lieux.

Les sujets des urgences forclos des lieux correspondent à la cohorte nombreuse de tous ces patients que nous avons rencontrés et dont nous avons relatés les bribes d'histoire dans la thèse et pour qui la fonction symbolique n'est plus opérante temporairement ou durablement pour assurer la santé psychique. En effet, le lieu, selon Marc Augé, est l'espace de l'identification, de reconnaissance de l'autre, là où se construit la sociabilité. Aux urgences se retrouvent les patients qui ont le sentiment d'une absence au symbolique : impossibilité de trouver une identité dans le lieu du travail, dans le lieu de l'école, dans le lieu de son pays (nous fûmes souvent interpellé par la souffrance portée par des sujets issus de l'immigration qui vivent dans leur histoire personnelle une déchirure identitaire).

Monsieur O. (*fragment clinique 15*) est un homme qui s'est retrouvé peu à peu forclos de plusieurs lieux. Séparé depuis peu d'avec sa femme avec qui il vivait depuis huit ans, il se sent soudain abandonné, ce qui semble d'ailleurs correspondre à la réalité puisqu'il vit désormais dans un foyer pour SDF. Il a perdu son lieu de vie. Son sentiment d'abandon est redoublé par une difficulté à faire le récit de ses origines : originaire de Madagascar, Monsieur O. est très confus sur sa famille demeurée là-bas, avec qui il ne semble plus entretenir de rapport. Il évoque un seul lien, le frère de son ex-femme. Les autres qui l'entourent ne sont pas susceptibles de faire lien puisqu'il entretient avec eux un rapport paranoïaque : dans la rue les « *gens en groupe disent des choses sur [lui]* ». A plusieurs titres, le patient est exclu des lieux où il aurait la possibilité de s'identifier : son lieu de vie actuel (il se terre chez lui), la rue, la famille.

IV. « Patients-déchets », errance et urgence : penser les conditions d'un retour à la fonction asilaire

Au fond, l'errance des « patients-déchets », forclos des lieux et, même, des non-lieux, témoigne d'un rapport réel à l'espace. Le rapport à l'espace est réel notamment en ce que l'usage qu'ils en font entre en contradiction avec les usages classiques de l'espace public mis en œuvre par les sujets reconnus de l'appartenance. Ainsi, les clochards élisent « domicile » dans des espaces consacrés au passage, comme le montre le cas de Madame G. qui vit à la rue sur des seuils et des carrefours, ou celui de Madame J. qui vit et demeure dans un service hospitalier normalement consacré au passage. Ces patients sont dérangeants car ils témoignent du fait que nous avons établi des modes de rapport à l'espace très normés que, sans eux, nous ne questionnerions plus.

C'est sans doute en interrogeant cette condition inévitable de certains sujets d'être contraints à l'errance faute de trouver dans l'espace public une place qui puisse leur convenir et leur assurer quelque reconnaissance de la part des autres sujets de la sociabilité que la question de l'asile peut se poser. Le passage plus ou moins éphémère, plus ou moins récurrent, des « patients-déchets » aux urgences ne doit pas constituer un moyen de se rassurer à bon compte sur les capacités de la société à insérer et à reconnaître de tels sujets. Leur présence aux urgences témoigne en fait d'un manque : celui d'un lieu de l'espace public qui puisse accueillir et suivre la logique singulière de sujets hors-norme et ultra-précarisés ; ceux-ci expriment ainsi un double envers. D'une part, l'envers de la société dont témoigne, entre autres, le rapport non-normé qu'ils entretiennent à l'espace, mais aussi, plus généralement, le fait qu'il *manque* une place pour tous dans le collectif.

D'autre part, « l'envers psychique » de chaque sujet inscrit dans la sociabilité dans la mesure où ces patients extrêmement désocialisés expriment un « lâcher-prise » quant à l'exigence du lien à l'autre et de l'identification. Amoureux-fous de l'exclusion, comme nous le dit Patrick Declerck, ces sujets sont insupportables parce qu'ils nous renvoient l'image d'une jouissance solitaire infinie⁵⁹⁴ qui ne passe pas par l'Autre pour être limitée et inscrire, comme nous l'indique Freud, la marque de la civilisation. Ils incarnent avec insolence l'envers des épreuves du manque par lesquelles sont passés les sujets inscrits dans la sociabilité. Pourtant, cette jouissance sans limite pousse à grands pas ces sujets vers la mort. Mais alors comment leur offrir une possibilité d'existence dans la mesure où ils sont l'expression d'une sorte de paradoxe parce qu'ils sont à la fois rejetés par la société et acteurs de leur propre rejet ?⁵⁹⁵ Parce qu'on ne peut pas se contenter de leur mise en circulation permanente, dans une sorte de reviviscence aiguë de la *Nef des Fous*, ce qui n'aurait pour conséquence que de les épuiser toujours plus, ces sujets doivent trouver un lieu de vie ou de repos dans lequel, du fait de leur caractéristiques psychopathologiques et de l'impossibilité du collectif à déplacer certaines normes sociales, on n'exige pas d'eux qu'ils atteignent quelque forme de réinsertion et de guérison. Dans *Les Naufragés*, Patrick Declerck émet l'hypothèse que seule la *fonction asilaire* est en mesure de fournir la réponse sociale adéquate à la grande désocialisation. C'est cependant un asile tout à fait spécial qu'il envisage car il ne correspond pas à celui que décrit Foucault dans le *Grand Renfermement*. Il nous semble ainsi que Declerck propose, à travers la notion de *fonction asilaire*, une solution qui permette d'éviter la répétition des mouvements historiques qui condamnent les fous et les marginaux tantôt à l'errance, tantôt à l'enfermement.

En fait, ce que Declerck décrit par *fonction asilaire* désigne davantage un mode de relation thérapeutique qu'un lieu réel. Deux nécessités absolues traversent sa mise en œuvre : d'une part, la prise en compte de la spécificité d'un syndrome psychopathologique de l'extrême désocialisation et, d'autre part, l'abandon de tout discours sur la réinsertion ou sur le succès thérapeutique. En somme, la fonction asilaire doit réaliser deux impossibles pour la société d'aujourd'hui : l'abandon de tout idéal de performance (en particulier thérapeutique) et la reconnaissance de la singularité et des bizarreries du désir⁵⁹⁶.

Pour Declerck, la psychopathologie de l'extrême désocialisation, dont nous avons déjà donné ici quelques caractéristiques (notamment la « forclusion anale » qui a pour effet de suspendre l'appréhension de la structuration sociale du temps et de l'espace, et le « fantasme utérin » qui implique pour le sujet de ne pas s'introduire à la dialectique du manque), ne parvient à avoir sens ni dans la psychiatrie, ni dans la sociologie. La psychiatrie a des difficultés à donner un sens spécifique à la clochardisation et aux « patients-déchets » car soit elle assimile leurs cas à des conséquences des pathologies psychiatriques connues (comme la psychose⁵⁹⁷), soit elle les renvoie à une étiologie sociale (le sujet développe une

⁵⁹⁴ Qui se dévoile notamment dans les alcoolisations massives des clochards.

⁵⁹⁵ « En plus d'être le produit d'une exclusion sociale, économique et culturelle, la clochardisation est aussi, profondément, un symptôme psychopathologique ». in DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche », p.287

⁵⁹⁶ On voit ainsi combien le discours de la psychanalyse qui défend cette reconnaissance est menacé tant dans le champ de la psychiatrie que plus généralement dans l'espace public (voir *Le livre noir de la psychanalyse* et la médiatisation du cours et de la publication de Michel Onfray sur Freud qui ont été des pamphlets anti-psychanalyse à succès).

⁵⁹⁷ Alors qu'il constate que beaucoup de clochards ont une symptomatologie psychotique, Declerck cherche à faire reconnaître que le syndrome de désocialisation extrême possède des particularités étiologiques irréductibles. Ainsi, le sujet psychotique ne désire pas l'exclusion, même s'il entretient un rapport de forclusion au symbolique qui le met en difficulté pour instituer l'échange avec l'autre.

pathologie mentale du fait de ses conditions de vie sociale). De son côté, la sociologie réduit toujours le phénomène de clochardisation à une causalité socio-économique. Declerck nous rappelle pourtant que tous les sujets qui vivent dans la pauvreté (qui touchent, par exemple, les minima sociaux) ne deviennent pas clochards même si beaucoup de ces derniers en sont issus. Aussi y a-t-il chez les clochards des sujets issus de tous les milieux sociaux, même si ceux qui sont issus des catégories sociales élevées sont une minorité. Ainsi, les constructions théoriques qui seraient susceptibles d'envisager des modalités d'accueil de cette population sont chaque fois insuffisantes à donner un sens spécifique à l'extrême désocialisation qui s'inscrit à *la fois* dans un parcours social dégradé et dans une construction psychopathologique spécifique. En réalité, c'est le modèle de la causalité qui rend impossible la compréhension de ces sujets car ils sont envisagés soit comme la *conséquence* de la psychose, soit comme la *conséquence* de conditions sociales précaires. Ils ne sont en cela jamais sujets d'un désir : « *dans un cas comme dans l'autre [psychiatrie et sociologie], rien ne peut être pensé en tant que projet (fût-il inconscient) du sujet* »⁵⁹⁸. Voilà pourquoi ni les institutions psychiatriques, ni les institutions de secours social ne sont susceptibles d'offrir des conditions d'accueil adéquates à ces sujets car ces institutions se fondent sur des perceptions trop éloignées du réel profil des « patients-déchets ».

La fonction asilaire repose ainsi sur l'invention d'un dispositif qui vienne combler cette béance institutionnelle. Elle passe par certaines exigences que les services d'urgence ne sont pas en mesure d'accomplir pleinement même s'ils en assurent quelques éléments, ce qui explique sans doute la présence récurrente de ces patients désocialisés qui ne sont pas aux urgences simplement parce qu'ils sont rejetés d'ailleurs. La première exigence qui prend en compte la psychopathologie est, pour ceux qui interviennent auprès des « patients-déchets », d'abandonner tout fantasme ou toute idéologie du retour à la normalité. Sans cela, on retomberait trop vite dans le modèle de l'asile totalitaire dans lequel on enfermait les inactifs, comme l'a bien décrit Foucault. Selon Declerck, cette idéologie du retour à la normalité n'est pas exprimée explicitement, mais se cache derrière l'objectif des soignants et intervenants d'amener le sujet vers sa « réinsertion », c'est-à-dire vers une existence où s'accomplissent un retour au travail et une limitation des transgressions. Mais comme l'explique Declerck, le profil psychopathologique de ces sujets fait qu'ils n'ont jamais été insérés : comment avoir une idée de la limite opposée aux transgressions quand psychiquement l'idée même de limite est forclosée ? Comment s'insérer quand le rapport de ces sujets au temps et à l'espace est inassimilable à celui des autres sujets de la sociabilité ? Ainsi, par exemple, dans beaucoup de foyers, l'aide est monnayée symboliquement contre la promesse de l'abstinence alcoolique : les politiques d'aide partent ainsi d'une ignorance sur la manière dont la consommation d'alcool entre dans l'économie psychique du sujet qui, sans cet objet, ne peut paradoxalement pas vivre... Selon Declerck :

« il ne s'agit plus de tenter d'impossibles guérisons, ou de planifier de chimériques réinsertions, mais de reconnaître et d'accepter le caractère chronique et irréversible du mode de fonctionnement des sujets gravement désocialisés, qui évoluent dans un ailleurs »⁵⁹⁹.

Le clochard, quant à lui, « *organise le pire* » nous dit Declerck page 294. Ainsi, il se mutile ou frise la mort à force d'alcoolisation pour redonner de la réalité aux catégories du temps et de l'espace (puisque la mort fait limite).

⁵⁹⁸ DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche »,

p. 288

⁵⁹⁹ *Ibid.*, p.361

Le problème des politiques de la réinsertion et de la normalité vis-à-vis de ces sujets c'est qu'elles partent du principe que l'exclusion correspond à une extraction du collectif : c'est faire fi du fait que l'exclusion correspond aussi parfois à une forclusion : ces sujets sont toujours-déjà en dehors du lien social, en quelque sorte. Toute la problématique de l'asile, même non-enfermant, est cependant qu'il ne règle jamais vraiment la question de la forclusion. En effet, il peut prendre en compte la forclusion sur le plan psychique, non pas en la faisant céder, c'est impossible, mais en se donnant les moyens de la reconnaître, de l'accueillir. L'asile exprime dans ce cas sa dimension de protection. Cependant, d'un autre côté, cette protection se traduit souvent par une mise à l'écart, ce qui correspond à l'installation d'une autre forme de forclusion, cette fois *institutionnelle*, s'il est possible de forger cette expression. Prenant à bras le corps cette question, P. Declerck envisage un asile tout particulier, fait de lieux éclatés qui, dans un sens, mettent à l'écart, mais assurent en même temps la possibilité d'une circulation qui peut avoir pour effet d'amoindrir la forclusion institutionnelle avec des incursions en pointillé dans l'espace collectif.

On a vu, dans notre thèse, combien les urgences, comme une institution qui incarne une sorte de frontière, pouvait permettre à ces sujets toujours-déjà forclos de trouver une éphémère reconnaissance. Une forme d'ailleurs radical est acceptée, pour un temps court, dans les services d'urgence psychiatrique. L'institution adéquate, pour Declerck, serait alors celle qui permette d'instaurer, un peu comme l'urgence au fond, une relation thérapeutique qui puisse « *se rapprocher le plus du modèle du lien de l'enfant à l'objet transitionnel* »⁶⁰⁰. Une institution assurant ce type de lien constituerait un asile non enfermant. De la même manière que l'objet transitionnel est un compromis entre l'entière présence de la mère et l'existence séparée, le soignant doit adopter une posture assez maternante, c'est-à-dire accepter le symptôme chronique du clochard de ne pas supporter le manque tout en instaurant quand même une limite à la jouissance infinie qui permette de continuer à vivre. Sans idéal sur l'amélioration du patient qui consisterait à vouloir l'amener vers une insertion plus certaine dans le symbolique dans lequel il ne peut exister que de façon précaire, le soignant, selon Declerck, est amené à épouser les aléas de l'existence psychique et sociale du patient. C'est pour cela que cet asile n'est pas constitué d'un lieu unique, mais de lieux éclatés, certains permettant de travailler, d'autres simplement de faire exister le lien avec une présence maternante : « *l'important est que les soignés puissent changer de lieux (en progressant ou en régressant) en fonction de leurs besoins, désirs et possibilités* »⁶⁰¹. Nous avons pu voir, tout au long de la thèse, combien les urgences psychiatriques fonctionnaient ainsi dans une diffraction de lieux. Peut-être est-ce pour cela que les « patients-déchets » parviennent parfois à y trouver asile. Nous pensons aussi, dans le même ordre d'idée, que les urgences psychiatriques se caractérisent par une forme de *flottance*. C'est cet aspect que nous voudrions développer dans le chapitre suivant.

Chapitre 5 : Flottance du signifiant de l'urgence et statut de la parole à l'hôpital.

En évoquant précédemment la question des « patients-déchets », nous avons rendu compte d'une sorte d'extrême de la psychiatrie d'urgence. Si ces patients existent bien et sont

⁶⁰⁰ Ibid., p.365

⁶⁰¹ Ibid., p.366.

accueillis selon les modalités que nous avons observées et discutées, ils ne sont pas représentatifs de la population générale qui fréquente les services d'urgences. A côté de ces sujets hors-norme, cohabitent un nombre important de patients qui souffrent d'être assujettis à des normes sociales hyper exigeantes et qui les épuisent psychologiquement. Mais ce repérage qui distribue grossièrement la population des urgences entre deux pôles extrêmes – de la grande exclusion à la normopathie – ne doit pas nous faire perdre de vue que chaque recours est singulier et réductible à aucun autre. Malgré la diversité des cas qui suscite une diversité de réponses de la part des soignants et de l'institution, il nous faut maintenant établir un modèle synthétique de l'accueil de la détresse psychique aux urgences de l'hôpital. Jusqu'à présent, nous avons tenté de saisir cette extrême richesse et diversité de l'urgence psychiatrique à travers une approche multifocale et séquentielle⁶⁰² du phénomène. Peu à peu, en variant les angles d'approche de l'urgence, nous avons essayé de désamorcer ce qui la rendait fondamentalement insaisissable : d'abord, en construisant une approche topologique – amorcée d'une sémiotique de l'espace du service d'urgence – qui nous permet de nous décaler de la réduction courante de l'urgence à sa temporalité problématique pour laisser apparaître sa dimension d'accueil et de médiation ; ensuite, en approchant la question de la relation thérapeutique à partir de l'anthropologie médicale et de la psychanalyse, ce qui nous permet de lire des distinctions entre médecine relationnelle et médecine scientifique à l'œuvre dans le service d'urgence ; puis nous avons élaboré une analogie entre psychiatrie d'urgence et tragédie pour mettre à jour les phénomènes de théâtralisation du soin et de la souffrance comme fondement thérapeutique et comme preuve que l'urgence établit une médiation entre le psychique et le politique ; enfin, nous observâmes, en nous intéressant aux patients-déchets, l'ombre de l'urgence psychiatrique qui n'avait pas été mise en lumière par les approches précédentes insistant plutôt sur ses aspects symboliques et imaginaires. Phénomène confus, à la fois chaotique et organisé, qui ne laisse jamais le chercheur tranquille dans la mesure où une élaboration théorique est si vite mise en question par la singularité d'un patient qui ne s'inscrit dans aucune série interprétative, la psychiatrie d'urgence ne pouvait dans un premier temps ne s'appréhender que par ce séquençage théorique, en débouchant sur la production de connaissances à chaque fois incomplètes et qui motivaient le recours à un autre faisceau de concepts et de méthodes. Nous nous sommes cependant efforcés de soutenir une cohérence épistémologique, présentée au début de cette thèse, qui consiste principalement à analyser la place de la communication dans la psychiatrie d'urgence et à articuler entre eux les différents concepts mobilisés.

C'est un peu une démarche inverse que nous proposons ici en faisant succéder à l'éclatement des points de vue une sorte d'approche globale. Afin de ne pas être en contradiction avec nos développements précédents, nous souhaitons construire un modèle théorique qui soit à la fois *synthétique et souple* et qui, en plus, puisse apporter des interprétations supplémentaires ou valider nos hypothèses déjà établies. En nous inspirant encore une fois de la psychanalyse, de l'anthropologie et de la sémiotique, nous avons forgé la notion de *flottance* qui nous semble susceptible de répondre à nos critères. La *flottance* est ainsi une notion qui s'applique principalement au *signifiant* et à l'*espace* de l'urgence. Elle cherche précisément à rendre compte d'une dialectique propre à l'urgence qui a émergé à travers toutes nos analyses précédentes et selon laquelle l'urgence psychiatrique s'inscrit dans un balancement permanent entre ce qui s'impose et ce qui vacille. Nous allons développer cela, mais notons brièvement que le signifiant de l'urgence est à la fois très connoté et saturé de représentations dans le collectif en même temps qu'il fait l'objet

⁶⁰² C'est-à-dire jamais globalement : nous nous sommes efforcés de rendre compte de facettes du phénomène les unes après les autres : la temporalité de l'urgence, la topologie de l'urgence, la relation thérapeutique, la demande, etc.

d'une appropriation singulière par chaque sujet confronté à l'urgence, aidé en cela par le psychiatre dont c'est le travail, selon nous, d'élaborer, au cas par cas, des versions et des définitions infinies et jamais closes de l'urgence. L'espace de l'urgence est aussi caractérisé par cette *flottance* qui met en tension son organisation institutionnelle et son occupation chaotique. Comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, les services d'urgences constituent une institution en perpétuelle redéfinition, mise en question et en demeure de requalifier ses limites et son organisation, presque à chaque passage de patient qui dévoile, à travers sa détresse, les limites du contrat social. En cela, les urgences, et sans doute elles seules dans l'espace de l'hôpital, et peut-être même dans l'espace public, sont *une institution flottante*.

Le travail conceptuel qui va être ici engagé est donc à la fois fondamentalement sémiotique et politique, tout en prenant ses racines dans la théorie psychanalytique et anthropologique. Nous verrons, au cours de ce chapitre, comment nous inscrivons pleinement cette démarche en sciences de l'information et de la communication.

Sur le plan sémiotique, ce qui va d'abord être observé ici, c'est la manière dont une dénomination (l'urgence) qui amène à se rencontrer des sujets dans un même lieu de l'espace public qui leur est consacré, recouvre, de manière éminemment flottante, des réalités hétérogènes. Alors que l'urgence est un mot de tous, son sens y est chevillé de manière singulière chez chacun de ceux que l'on croise dans les services d'urgence de l'hôpital général (décliné sous le mode du « *c'est urgent* » au cœur des revendications des patients à la borne d'accueil infirmière des services d'urgences et où on leur répond souvent que « *ce n'est peut-être pas si urgent* »). Comment, dans ces conditions où la question du sens (de son « ajustement » impossible entre les sujets) est primordiale, comprendre que fonctionnent les prises en charge, c'est-à-dire les réponses données aux patients visant à apaiser leur détresse ? C'est cette problématique, fondamentalement sémiotique, qu'on va traiter ici. Parce que la psychanalyse et l'anthropologie proposent des réflexions sémiotiques articulées à la singularité psychique et à la dimension institutionnelle du collectif, nous avons choisi de les mobiliser.

Mais avant l'exposé théorique, nous allons extraire quelques éléments du journal ethnographique qui rendent compte de ces *articulations précaires et provisoires* (ce sera notre définition générale et *a priori* de la flottance) propres aux urgences.

Nous renvoyons tout d'abord aux *observations 10, 18 et 19*. Elles sont intéressantes à comparer si l'on met en perspective d'un côté la n°10 (qui intervient plutôt au début de l'enquête) et de l'autre les n°18 et 19 (où, à la fin de l'enquête ethnographique, nous avons un rapport plus distancié au terrain). Ces comptes rendus soulignent la tension permanente, aux urgences, entre chaos et organisation.

Dans l'*observation 10*, je⁶⁰³ décris le chaos en parlant de « débordement », certainement parce qu'ayant été amené à participer au déplacement des patients entre leur chambre et les lieux d'entretien, je fus moi-même débordé par une tâche à accomplir dans laquelle j'échouais et dont la charge ne me revenait pas. Le vécu et le récit affectés de mon expérience me firent perdre de vue que j'étais en milieu institutionnel et que j'avais décrit auparavant une organisation assez rationalisée de l'accueil des patients.

⁶⁰³ Dans la mesure où il s'agit ici de passages qui correspondent au récit de notre expérience ethnographique, nous employons temporairement la première personne du singulier. Cela permet notamment d'éviter des ruptures de registre énonciatif entre le journal et le texte de la thèse.

C'est alors à l'*observation 18*, en m'interrogeant sur ce qui m'attachait à mon terrain⁶⁰⁴, au moment où j'y retournai après une longue période d'absence, que je pris franchement conscience de l'extrême difficulté à voir et à interpréter l'urgence de manière univoque. La manifestation de cet impossible, qui faisait que la réalité de l'urgence résistait et échappait partiellement à la théorisation, attisait mon désir de chercheur en même temps qu'elle le frustrait ! L'urgence : chaos ou organisation institutionnelle normée ? Il était impossible de voir les deux aspects en même temps alors que pourtant ils sont deux réalités propres aux services d'urgence. Ils se présentaient comme deux faces d'une même pièce où l'on sait mentalement que les deux versants existent mais où il demeure impossible des les observer en même temps. Cela m'amena à penser que le rapport qui lie chaos et organisation aux urgences est d'ordre dialectique. Mais cette dialectique est précaire car elle menace sans cesse du retournement d'une situation à l'autre inverse. Le journal ethnographique, à travers le récit des vicissitudes contradictoire de mon expérience, rend bien compte de cet impossible à trancher qui doit constituer une donnée et qui permet déjà d'amorcer la construction de la notion de *flottance*.

L'urgence, à l'hôpital, ce n'est ni du pur chaos, ni de la pure organisation et c'est même la traduction d'un choix clinique déclaré par les psychiatres qui jouent sur l'ambivalence d'*apparence* de chaos et d'*apparence* d'organisation pour mettre en place, chez les sujets en détresse, des phénomènes de projection ou de miroir entre désorganisation psychique et désorganisation apparente du lieu (voir p.90-91 du journal). Le sentiment de la désorganisation renvoie, par ailleurs, en creux, au sentiment d'une organisation possible, toujours de manière dialectique. En somme, on ne se situe pas dans une logique du tout ou rien, ce qui pourrait laisser la place à un modèle théorique de représentation de la réalité de l'urgence assez simple. On est plutôt dans une logique du « ni-ni ». L'urgence : ni pur chaos, ni pur organisation ; ni pure expression de la singularité des recours, ni pure intégration du patient dans une machine collective ; ni réel absolu, ni symbolique tout-puissant. En somme, la psychiatrie d'urgence rend compte de la tentative permanente et répétée, pour chaque sujet rencontré, d'établir un nouage précaire et provisoire, *flottant*, entre deux instances, nommées ici « chaos » et « organisation » mais que les théories psychanalytique et anthropologique peuvent nous aider à mieux nommer, de même que la forme du rapport qui les unit.

L'expérience de terrain montre donc que dans l'espace de l'urgence, il y a du flottement (ou, disons, de la « flottance » pour retirer au terme de flottement son aspect péjoratif de « relâchement » et restituer au phénomène décrit son aspect de choix clinique, ou du moins d'investissement par la clinique qui sait « faire avec »). Mais le flottement concerne aussi, dans l'urgence, l'ordre des signifiants. C'est ce que nous voudrions montrer de manière empirique à partir de quelques petits exemples tirés du journal et d'un fragment clinique.

Le premier se situe à l'*observation 2*. Il peut paraître anodin mais nous le soulignons ici car il aura de l'importance pour les développements théoriques à suivre. Il s'agit de la phrase qui inaugure assez invariablement les entretiens de psychiatrie. Cette phrase qui peut entrer dans un protocole de soin informel, permet en réalité de « tout »⁶⁰⁵ dire quand on est patient. En tous cas de dire ce que l'on veut, ce qui appartient au patient sans attendus spécifique d'une expression de la souffrance en termes médicaux. Cette phrase, du style : « *Dites-moi : qu'est-ce qui vous amène aux urgences ?* » est déclinée sous différentes formes mais

⁶⁰⁴ Voir l'analyse de l'expérience subjective, p.91 du journal

⁶⁰⁵ Ce « tout » est à entendre dans le sens où il n'y a pas d'attendu spécifique sur le plan de l'énoncé. Il est bien entendu qu'il est impossible de tout dire, comme le dit bien Lacan dans sa célèbre formule : « *Je dis toujours la vérité, mais pas toute, les mots y manquent* » et qui conclut que le dire n'est souvent qu'un « *mi-dire* ».

elle laisse toujours « flotter » le signifiant de l'urgence pour que le patient y inscrivent une signification singulière. Ajoutons l'importance de la forme interrogative, toujours maintenue, qui laisse ouverte la place de la flottance.

Autre exemple, à l'*observation 6*. A ce moment de l'enquête, nous cherchons à comprendre pourquoi certains patients qui ne relèvent pas spécifiquement de la psychiatrie y sont pourtant orientés par les équipes assurant les soins somatiques aux urgences. Nous avons recueilli à la fois les propos des médecins somaticiens pour qualifier ces malades et, parallèlement, l'interprétation qu'en faisaient les psychiatres. Les médecins somaticiens sont dans une sorte de flottement, c'est-à-dire d'indécision sur la manière de désigner ces patients dont on ne sait pas quoi dire dans le vocabulaire et le discours de la médecine. On assiste alors à des assignations des patients sous des termes triviaux, parfois stigmatisants⁶⁰⁶. En retour, les psychiatres affirment recevoir les patients « *dont on ne sait pas quoi faire* ». Les psychiatres sont donc interpellés pour intervenir sur les flottements du sens, sur les indéterminations, le manque de références opérationnelles des autres acteurs du soin pour accueillir certains patients. Ils constituent comme une ressource de l'institution de l'urgence quand le sens vacille (flotte) à propos de la présence décalée (a priori injustifiée) d'un patient dans le service ou à cause de formulations bizarres (ininterprétables) de sa souffrance.

On a un exemple du même type à l'*observation 14*. Lors d'un échange avec un médecin urgentiste et alors que j'apprends à mon interlocuteur que je fais une thèse sur la psychiatrie d'urgence, celui-ci me répond que je suis « *bien tombé [car] il n'y a que des patients spéciaux ici [au service d'urgence]* ». Le terme de « spéciaux » m'a encore interpellé par son caractère indéterminé et flottant qui cherche à recouvrir une réalité pour laquelle il ne semble pas y avoir de mots.

La flottance des signifiants dans l'urgence apparaît aussi au *fragment clinique 14*. Ici, la psychiatre prend le parti, dans l'orientation de ses décisions cliniques, de se fonder sur le postulat que les signifiants, dans la langue, flottent (introduisent toujours des formes d'indétermination du sens) et sont en mesure, par les torsions qu'y impriment les sujets, de représenter une position subjective. Dans ces conditions, il est possible de prendre acte des lapsus dans la clinique. Comme nous l'avons déjà vu lors de commentaires précédents, la phrase de la mère de Justine affirmant à propos de sa fille que « *l'hôpital, ça la (sic) pèse* » fait entendre, si on laisse flotter le sens en se fondant sur les sonorités (les signifiants en tant que matérialité), *ça lui pèse* ou *ça l'apaise* (formes grammaticales correctes). Alors que la mère voulait parler du poids que représente l'hôpital pour sa fille, elle signifiait autre chose en même temps sur les capacités de soulagement du même hôpital.

Tous ces exemples issus de l'expérience de terrain nous ont amené, pour en rendre compte de manière plus théorique, à mobiliser deux points théoriques.

L'un issu de la psychanalyse lacanienne : c'est la notion de « point de capiton » (développée notamment dans le séminaire 3 sur *les psychoses*, le séminaire 5 sur les *formations de l'inconscient* et dans « Subversion du sujet dialectique du désir » des *Ecrits*). Ce concept est une relecture du schéma du signe linguistique proposé par Saussure et notamment de la barre qui symbolise le rapport entre signifiant et signifié. La notion de capiton permet d'introduire celle de flottance qui nous intéresse. Elle est aussi la voie possible d'une articulation de la question du désir à celle du signe linguistique. Cela est indispensable dans une réflexion sur les aspects psychiques des situations d'urgence.

⁶⁰⁶ Nous renvoyons ici à nos développements précédents sur les « patients-déchets ».

L'autre est issu de l'anthropologie de Claude Lévi-Strauss qui forge la notion de « *valeur symbolique zéro* » ou « *signifiant flottant* » dans sa célèbre *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*. C'est de là que nous retirons l'adjectif flottant pour le substantiver en notion.

Le premier exposé théorique de ce chapitre concernera le croisement de ces deux notions pour construire la notion de flottance que nous avons commencé d'évoquer intuitivement à partir de l'expérience de terrain.

I. Elaboration théorique de la notion de flottance, à la croisée des chemins entre psychanalyse, anthropologie et sémiotique

Pour définir la notion de flottance et déterminer son rapport à l'urgence, il faut d'abord faire un passage par l'anthropologie de Claude-Lévi Strauss dans son « *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss* »⁶⁰⁷. C'est la troisième partie du texte qui a particulièrement attiré notre attention. Elle porte sur le commentaire et la critique de la notion de *mana* telle qu'elle est exposée chez Mauss dans son *Esquisse d'une théorie de la magie*⁶⁰⁸. L'intérêt du texte de Lévi-Strauss, c'est qu'il enrichit les constats de Mauss de 1902 des apports de la linguistique qui ont contribué à fonder l'approche de l'anthropologie structurale. De là, nous aurons un pivot pour déboucher sur la théorie lacanienne du *point de capiton* qui nous semble une reprise partielle de la question du *mana* et du *signifiant flottant* dans laquelle sont injectées des considérations sur la logique du désir. Notre réflexion nous fera voyager dans le temps : 1902 pour Mauss, 1950 pour Lévi-Strauss puis 1957 pour Lacan (Séminaire sur *Les formations de l'inconscient*).

La réflexion de Mauss en 1902 sur le *mana* intervient au moment où il s'interroge sur ce qui peut motiver la croyance dans les actes magiques malgré le « défaut » d'efficacité que montrent les différents rites ou esprits mis en jeu. Le magicien lui-même, quand il sort des cailloux de sa bouche – alors qu'il les y a préalablement mis – en faisant croire qu'il s'agit d'éléments malins retirés du corps d'un sujet malade, est conscient de la supercherie qu'il exécute. Il n'y a en effet pas de relation logique ou causale directe entre ces cailloux crachés et l'éventuel soulagement du sujet malade. Pourtant, le magicien tout comme son public croient tous deux au rite et constatent son efficacité car quelque chose se passe pour le malade ou pour la société qui participe au rite. Mauss détaille les gestes magiques et les théories magiques puis constate qu'il y a toujours un point d'achoppement qui fait qu'en toute raison on ne peut croire à la magie. Ce « quotient » qui laisse un reste irréductible entre la croyance en l'efficacité de la magie et le constat de l'insuffisance des gestes et théories pour l'accomplir constitue pour Mauss un résidu qui est le pivot du fonctionnement de la magie. Ce pivot, ce résidu, c'est le *mana*. Un élément, une catégorie de la « pensée collective », le *mana*, vient faire tenir ensemble, en quelque sorte, deux ordres hétérogènes : le résultat de l'opération magique d'un côté, et les rites et théories qui la composent, de l'autre. Le *mana*, dont on va détailler ensuite les caractéristiques globales, est la preuve que c'est une cheville symbolique (et donc une logique sociale) qui fait fonctionner la magie (car il y a des résultats) et certainement pas une force ni une loi mécanique obéissant au modèle de la causalité.

⁶⁰⁷ LÉVI-STRAUSS, Claude. « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige ». IX-LII.

⁶⁰⁸ Pages 101 à 114 de l'édition 1999 de *Sociologie et Anthropologie*, cité précédemment. *Esquisse d'une théorie de la magie* est un texte de Mauss datant de 1902.

Marcel Mauss indique ainsi que le *mana*, un signifiant qu'il repère dans la langue de sociétés mélanésiennes mais dont il voit des équivalents dans diverses sociétés (avec des dénominations telles que *orenda*, *wakan* ou *manitou*), est en fait bien plus qu'un simple mot. Pour Mauss c'est une catégorie fondamentale de l'esprit des sujets humains, imprimée par un type de société :

« Cette catégorie n'est pas donnée dans l'entendement individuel, comme le sont les catégories de temps et d'espace ; la preuve en est qu'elle a pu être fortement réduite par les progrès de la civilisation et qu'elle varie dans sa teneur avec les sociétés et avec les diverses phases de la vie d'une société. Elle n'existe dans la conscience des individus qu'en raison même de l'existence de la société, à la façon des idées de justice ou de valeurs ; nous dirions volontiers que c'est une catégorie de la pensée collective »⁶⁰⁹.

Retenons de ces lignes, pour ce qui nous occupera ensuite, que le *mana* a une valence collective forte qui a une connotation particulière pour chaque société.

C'est une catégorie qui peut recouvrir des réalités très hétérogènes, voire contradictoires, mais qui présente l'efficacité de pouvoir interpréter l'inconnu dans toutes circonstances et qui est donc au fondement du fonctionnement de la magie. Mauss indique, page 101 de *l'Esquisse...*, que le *mana* est tout à la fois « *une force, un être, une qualité, un état* ». Le mot lui-même connaît des natures grammaticales différentes car il peut être nom, verbe ou adjectif en fonction de l'usage qu'on veut en faire pour désigner une réalité difficile à interpréter (un objet est *mana* ; on peut donner du *mana*, avoir du *mana*, etc.). Comme le résume Mauss, « *le mot subsume une foule d'idées [...]. Il réalise cette confusion de l'agent, du rite et des choses qui nous a paru être fondamental en magie* »⁶¹⁰. Mauss poursuit alors son travail d'investigation en détaillant toute l'ambivalence de la notion qui fait sa force magique, sa force paradoxale de signification. Il détaille ensuite comment d'autres mots, dans d'autres sociétés qu'il étudie, ont cette même fonction de recouvrir des réalités très différentes dès lors que ces réalités confinent à l' inexplicable pour telle société. Mauss explique que nous avons des difficultés à concevoir cette notion dans nos sociétés (il parle « *d'idée trouble* », p. 102) tant sont rares les mots de notre langue dont la nature grammaticale peut varier et laisser autant de place à des signifiés si divers.

Lévi-Strauss indique à ce propos que la fonction occupée par le *mana* dans les sociétés primitives est celle qui est occupée par les sciences dans nos sociétés (répondre à l' inexplicable), à cela près que la science, dans nos sociétés, refuse le *flottement*, assez propre au symbolisme, entre un signifiant et la réalité qu'il désigne, entre un signifiant et sa capacité à produire une signification claire, entre un signifiant et son signifié. Lévi-Strauss décrit ainsi ce parallèle entre *mana* dans les sociétés traditionnelles et science dans notre société : « *ces notions servent à fonder des systèmes réfléchis et officiels d'interprétation, c'est-à-dire un rôle que nous même réservons à la science* »⁶¹¹. Nous y reviendrons car cette remarque est d'une grande importance pour saisir, encore une fois, la différence entre les logiques de soin de la médecine dite scientifique et celles de la psychiatrie aux urgences.

Lévi-Strauss propose une mise à jour du texte de Mauss dans les termes de la linguistique. Il en produit aussi une critique en montrant que le *mana* n'est pas propre aux

⁶⁰⁹ MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige », p.112

⁶¹⁰ *L'Esquisse à une théorie de la magie*, op.cit.,p.102

⁶¹¹ LÉVI-STRAUSS, Claude. « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige », p.44

sociétés indigènes, comme aurait tendance à conclure Mauss, mais bien plus universel si on considère qu'il est une forme essentielle qui « fait tenir » la fonction symbolique dans les sociétés. Pour Lévi-Strauss, ce sont les progrès de la science et de la connaissance qui ont tendance à rendre moins courants les signifiants de type *mana*. En effet, la science poursuit un « *travail de péréquation du signifiant par rapport au signifié* »⁶¹², c'est-à-dire une volonté de réduire le flottement et les équivoques propres au langage qui font qu'un signifiant n'a jamais un signifié associé à lui de manière certaine et univoque. C'est ainsi que tout travail scientifique débute souvent par un travail de définition des termes qui vise à dissiper tous les effets de polysémie. Certaines disciplines créent même des néologismes pour éviter d'employer des signifiants qui sont trop connotés dans d'autres champs de la science ou qui renvoient à des notions triviales, des préjugés, des catégories de la vie courante. Dans la mesure où la science cherche à énoncer des formules ou des hypothèses qui représentent au plus près la réalité, elle refoule, en quelque sorte, le fait que le langage lui-même est hétérogène à la réalité et ne pourra jamais toute la représenter. Ce refoulement du manque pousse la science à courir après une rigidification des signifiants en leur associant des significations univoques dans les entreprises des définitions des concepts qui sont aussi des champs de bataille.

Cependant, en dehors du champ de la science moderne qui cherche « *la péréquation du signifiant par rapport au signifié* », dans la vie courante nous disposons encore d'avatars du *mana*. Ce sont par exemple les termes de « trucs » ou « machins » dont Lévi-Strauss nous indique que nous les utilisons « *quand nous qualifions un objet inconnu ou dont l'usage s'explique mal, ou dont l'efficacité nous surprend* »⁶¹³. Plus loin, Lévi-Strauss propose une formulation en termes linguistiques de la notion de *mana* :

« Toujours et partout, ces types de notions interviennent, un peu comme des symboles algébriques, pour représenter une valeur indéterminée de signification, en elle-même vide de sens et donc susceptible de recevoir n'importe quel sens, dont l'unique fonction est de combler un écart entre le signifiant et le signifié, ou plus exactement, de signaler le fait que dans telle circonstance, telle occasion, ou telle de leurs manifestations, un rapport d'inadéquation s'établit entre le signifiant et le signifié, au préjudice de leur relation complémentaire antérieure ».

Autrement dit, les signifiants de type *mana*, que Lévi-Strauss va nommer « *signifiants flottants* » (p. 49) sont en quelque sorte des emblèmes explicatifs de ce qu'est la fonction symbolique en montrant à la fois comment elle fonctionne et où se situent ses limites. En effet, le « trésor des signifiants » dans lequel nous naissons et dont l'emploi nous permet de rendre compte symboliquement de la réalité pour faire société et échanger, ne nous permet pas en retour de nommer de manière adéquate toute la réalité. Des phénomènes apparaissent ou nous entourent, pour lesquels nous n'avons pas de mots (c'est comme si le collectif n'en avait pas à disposition). Ou plutôt si : nous avons des mots dont la signification est indéterminée, les « signifiants flottants », qui sont disponibles pour prendre en charge cette limite du symbolique et qui prémunissent qu'il soit trop écrasant et aliénant pour les sujets sociaux. Comme le dit Annie Tardits, les signifiants flottants sont la marque de « *l'insistance que met le vivant à préserver sa part dans son aliénation symbolique* »⁶¹⁴. Les signifiants flottants sont des éléments de la langue qui font vaciller

⁶¹² Ibid., p.48

⁶¹³ Ibid. p.44

⁶¹⁴ TARDITS, Annie. « Le ternaire et la pénombre du symbole ». In DRACH Marcel et TOBOUL Marcel (dir.). *L'anthropologie de Lévi-Strauss et la psychanalyse. D'une structure l'autre*. Paris : La découverte, 2008. Pages 197-222.

ses règles pour laisser une place à la vie, c'est-à-dire à ce qui reste de corps, de pulsion et de désir dans la vie humaine qui se caractérise, par rapport au monde animal, par son intégration dans les systèmes symboliques. Cette remarque de Tardits renvoie, dans la psychanalyse lacanienne, à l'insistance du réel à travers les contraintes du symbolique (lapsus, symptômes qui sont des exploitations inconscientes la flottance propre à l'ordre signifiant pour le tordre, mieux s'y loger et y être moins aliéné).

A la fin de son article, Lévi-Strauss résume l'ambivalence qui touche le signifiant flottant qui cherche à être rigidifié, stabilisé par la science moderne mais qui est nécessaire à une vie possible dans le symbolique où il faut prendre acte de l'inadéquation impossible à résorber entre signifiant et signifié :

« Nous croyons que les notions de type mana [...] représentent précisément ce signifiant flottant qui est la servitude de toute pensée finie (mais aussi le gage de tout art, toute poésie, toute invention mythique ou esthétique), bien que la connaissance scientifique soit capable, sinon de l'étancher, au moins de le discipliner partiellement ».

Nous citerons, pour terminer cette lecture du célèbre article de Lévi-Strauss, une note de bas de page de l'auteur qui radicalise sa conception du signifiant flottant : « *on pourrait dire que la fonction des notions de type mana est de s'opposer à l'absence de signification sans comporter par soi-même aucune signification particulière* »⁶¹⁵. Cette formulation est particulièrement intéressante en ce qu'elle ouvre à la proposition lacanienne, qui nous intéressera plus bas, de la suprématie du signifiant. S'il existe des signifiants flottants ou même vides de signifié pour contrer l'absence de signification, on peut supposer qu'ils ont un rôle primordial dans la vie du sujet. La limite du raisonnement de Lévi-Strauss est qu'il propose une explication de la présence des signifiants flottants dans les systèmes symboliques en mobilisant des arguments de type quantitatif. Il postule en effet qu'il y a « *une surabondance de signifiant, par rapport aux signifiés sur lesquels elle peut se poser* »⁶¹⁶. Nous préférons ici les formulations lacaniennes qui n'évoquent pas la question du langage en termes de quantité (Lévi-Strauss parle aussi de « *surplus* » de signifiant). Le psychanalyste préfère simplement rendre compte de l'antériorité du langage sur l'existence du sujet, langage dans lequel le sujet doit s'insérer coûte que coûte pour entrer dans le champ de l'Autre, c'est-à-dire celui de la vie, sociale et singulière. Le sujet fait l'expérience nécessaire mais douloureuse de sa division par l'ordre des signifiants dès lors qu'il constate l'hétérogénéité entre les énoncés qu'il profère et l'expérience de l'énonciation associée, c'est-à-dire entre l'expression du désir et la manière dont celui-ci peut être représenté dans un ordre limité, celui des signifiants.

La lecture que nous venons de faire de l'article de Lévi-Strauss et des travaux de Mauss se fonde sur notre désir de rendre compte théoriquement de la prise en charge d'urgence en psychiatrie. Nous pensons que l'urgence constitue une notion fondamentalement flottante dans notre société⁶¹⁷. C'est à plusieurs titres que le signifiant de l'urgence nous apparaît flottant, nous allons l'exposer ci-dessous. De plus, dans la manière de laisser plus ou moins flotter la signification de l'urgence se dessinent des manières différenciées d'exercer la médecine renvoyant tantôt plus à la science médicale (à la médecine en tant que science), tantôt plus aux aspects relationnels, symboliques et anthropologiques de la médecine.

⁶¹⁵ Note n°1 au bas de la page 50, de *l'Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*, déjà cité.

⁶¹⁶ Ibid., p.49

⁶¹⁷ Nous parlons ici spécifiquement de l'urgence médicale et psychiatrique, mais ce raisonnement serait susceptible de s'appliquer aussi à l'urgence politique.

D'abord, l'urgence nous paraît remplir la fonction de signifiant flottant en ce qu'elle est à la fois un recours et un terme que les sujets en détresse ou leur entourage opposent à une situation incompréhensible, à une absence de signification. Une situation de détresse, de crise, qui justifie le recours à l'urgence et aux urgences, c'est une situation où le sens est suspendu, où le sujet est hors-sens et cherche une signification à l'état et au malheur qui l'afflige. En cela, comme le signifiant flottant et le *mana*, l'urgence est là pour exprimer, en quelque sorte, les limites du symbolique quand il ne suffit plus alors que le sujet est confronté à des événements qui le confrontent à l'inexplicable, l'inconnu. A l'instar du *mana* ou du signifiant flottant, l'urgence fonctionne comme une catégorie qui contient une indétermination de signification tout en s'opposant à, tout en venant combler une absence de signification. C'est pour cela qu'elle recouvre une multitude de situations et de réalités sociales et subjectives incomparables les unes avec les autres si ce n'est qu'elles laissent apparaître un point d'inexplicable momentané pour un sujet singulier ou pour le collectif.

L'urgence est un signifiant qui appartient au collectif, qui a une valence éminemment collective, qui a une véritable fonction pour tous (comme le *mana*) mais qui n'est pas déclinée a priori sur une signification précise. C'est ainsi que les patients qui se présentent à la borne d'accueil des urgences disent tous, à leur manière, que la situation est urgente pour signifier un trou dans le sens qui se manifeste par un événement somatique ou psychique *dont on ne sait pas quoi dire* mais qui signale pourtant un danger. Il est intéressant d'observer en retour que l'institution médicale, de son côté, n'est pas toujours dans une situation d'acceptation de la flottance du signifiant de l'urgence tel qu'il est brandi par les patients pour formuler une demande. Ainsi, les infirmiers d'accueil ont pour rôle d'évaluer l'urgence : la notion même d'évaluation indiquant bien que du côté de l'institution hospitalière il existe une signification plus rigide, moins flottante, de l'urgence, qui constitue une aune s'étalonnant sur des critères médicaux issus de la science et de la sémiologie médicales. Alors que les patients font flotter très largement le signifiant de l'urgence, l'institution hospitalière limite ce processus anthropologique, car elle est certainement sous l'emprise d'une évolution de la médecine vers plus de scientificité (voire de scientisme) et donc à l'intérieur du processus décrit plus haut par Lévi-Strauss de rigidification de la péréquation entre signifiant et signifié propre à la science moderne.

En fait, l'opposition que nous venons de décrire entre modalité de la demande des patients et réponse de l'hôpital n'est pas tout à fait juste. Elle opposerait de manière trop radicale un hôpital tout-puissant et des patients lésés dans le processus de reconnaissance de leur demande de soin. En réalité, tous les intervenants du corps médical n'ont pas le même rapport à la flottance du signifiant de l'urgence alors même que les patients la leur donnent à voir de manière quotidienne. Je renvoie ici aux exemples tirés du journal et commentés plus haut : des médecins somaticiens font l'aveu implicite que des mots manquent pour qualifier la souffrance de certains patients⁶¹⁸, à part le fait que ceux-ci ont déclaré être dans une situation de détresse justifiant de se loger sous le signifiant flottant de l'urgence. Ces médecins se situent du côté d'une médecine scientifique et technique qui a certes son efficacité mais qui « attend » en quelque sorte que le discours du patient sur son symptôme puisse être immédiatement traductible dans une langue technique que celui-ci ne connaît pas et dans laquelle il n'est pas en mesure de se reconnaître. Cette langue, rigidifiée par la science médicale⁶¹⁹, est trop étrangère au patient pour qu'il puisse

⁶¹⁸ Patients « spéciaux », « dont on ne sait pas quoi faire » (ni quoi dire)

⁶¹⁹ Qui, aux urgences, concerne plus la médecine somatique (qui exige des gestes techniques et des soins chimiques couramment) que la psychiatrie. Cela ne signifie pas qu'une psychiatrie s'appuyant sur les découvertes de la science médicale (neurobiologie) n'existerait pas. Elle prend davantage place à l'hôpital psychiatrique pour les soins au long cours ou des traitements

se l'approprier et espérer faire l'expérience du réaménagement de la part symbolique de sa souffrance (l'expérience qui permet de répondre à la question : mais quel est ce malheur qui m'arrive, que je ne comprends pas et dont je veux une formulation dans des mots qui me parlent ?). Il semble que cette problématique soit ressentie par le corps médical dans la manière dont il travaille, sous diverses formes (colloque, groupe de parole, thèses d'étudiants en médecine), la question de l'annonce de la maladie.

Les psychiatres des urgences sont de leur côté dans une posture clinique qui prend acte, en l'acceptant, du fait que l'urgence soit un signifiant flottant. Nous essaierons de le détailler ensuite en nous appuyant sur la théorie du point de capiton chez Lacan. Disons pour l'instant que les psychiatres cherchent à connaître, pour les sujets en détresse qu'ils ont en face d'eux, quelle réalité recouvre le signifiant de l'urgence, décrite par les patients. Pour se convaincre de cela, il suffit de regarder le dossier médical d'urgence et la manière dont le complètent les psychiatres en y reproduisant parfois, à la lettre, le récit du patient sur sa détresse. Nous renvoyons ici aux *observations 5 et 8* du journal. En définitive, l'urgence est bien prise comme signifiant flottant puisqu'il se déplace, en quelque sorte, au dessus de tel récit, puis au dessus de tel autre qui ne renvoient jamais à la même réalité sinon qu'à l'intérieur de ces réalités diverses se lit la trace d'une absence et d'une attente de signification concernant un événement qui a motivé le recours du sujet aux urgences. Dans la mesure où les psychiatres des urgences se situent dans une posture clinique du *laisser raconter*, ils *laissent flotter*, par conséquent, le signifiant de l'urgence en ne se réclamant ni dépositaire ni propriétaire de sa définition. Mais cette position n'est tenable (pour que l'urgence ait valeur de signifiant flottant et ait les mêmes propriétés que le *mana*) que dans la mesure où le signifiant de l'urgence a une valeur sociale forte, même si elle est diffuse. C'est ce qui fait notamment la spécificité du recours à la psychiatrie en urgence par rapport à une demande de soin psychique dans le cadre d'une rencontre dans un cabinet privé où le(s) signifiant(s) par le(s)quel(s) le sujet se caractérise pour formuler sa demande a/ ont une valeur singulière beaucoup plus forte. En brandissant le signifiant de l'urgence à l'hôpital, le sujet en détresse ne fait pas que rendre compte d'un point d'inexplicable pour lui, il réclame aussi l'aide du collectif dans la résolution de son problème (comme le recours au *mana* rend compte d'une solution collective à l'inexplicable, qu'elle concerne au départ le collectif ou un sujet singulier).

On pourrait se satisfaire de cette définition de la flottance construite à partir de Mauss et de Lévi-Strauss. Elle permet en effet de rendre compte d'un bon nombre de phénomènes à l'œuvre dans l'accueil d'urgence en psychiatrie, et même d'en montrer la spécificité clinique. Cette réflexion vient par ailleurs enrichir et compléter nos développements du chapitre 2 sur l'efficacité symbolique en y ajoutant un degré de précision. Si l'efficacité symbolique rend compte de l'importance du *récit* du patient et de la *personne* même du médecin comme supports de la relation thérapeutique, ce qu'apporte le concept de flottance c'est la radicalisation de ces observations autour de la question même du signifiant et de la signification, faisant de l'urgence aussi une question sémiotique, en plus d'une question anthropologique et communicationnelle. L'efficacité symbolique consiste à mettre à disposition d'un sujet malade un récit mythique, des formes symboliques, pour qu'il y formule des états physiques ou psychiques qui manquent de référence pour être expliqués. La théorie du signifiant flottant montre que ces récits sont constitués de formes symboliques qui ne contiennent pas de significations *a priori* pour que ces récits puissent flotter et mieux s'adapter, en quelque sorte, à la singularité du sujet malade. Le signifiant flottant serait comme une matière symbolique particulièrement malléable, particulièrement susceptible

chimiques fins peuvent soulager des patients. Aux urgences, la psychiatrie, prise dans le temps court, est davantage une médecine relationnelle et sociale.

d'épouser à la fois une fonction sociale de signification collective sur une de ses faces et, en même temps, propre à épouser la forme singulière prise par la détresse d'un sujet sur son autre face.

Une telle conception est séduisante (certainement par son aspect quelque peu métaphorique) mais donne un pouvoir assez exorbitant au symbolique même tempéré dans son emprise aliénante sur les sujets par l'existence en son sein de signifiants flottants. Pour bien rendre compte de ce qui se trame dans la prise en charge d'urgence en psychiatrie, il faut réintroduire de la singularité tout en continuant à tenir à l'importance du collectif à travers l'exercice du symbolique sur les sujets. La psychanalyse lacanienne peut nous aider dans cette démarche.

Ce n'est pas parce que les sujets qui se présentent aux urgences sont dans une situation de détresse qu'ils ne sont plus des sujets. Bien au contraire pourrait-on dire si l'on considère que la production du symptôme, en tous cas dans ses dimensions psychiques, est une invention, une solution, une manifestation subjective. La théorie psychanalytique montre bien que les manifestations pathologiques, même quotidiennes⁶²⁰, sont des messages chiffrés de désirs inconscients. Il en est ainsi du lapsus qui peut se comprendre comme le fauillage du désir dans la chaîne signifiante, exploitant les équivoques de la langue ou condensant des sonorités. On peut ici directement renvoyer au journal d'observation où des exemples de ce mécanisme sont mis en relief : voir, par exemple, le *fragment clinique n°9* où Monsieur L. indique qu'il cherche à « diluer ses suicides » (au lieu de « diluer ses soucis ») quand il parle de son rapport à l'alcool qui apparaît dès lors comme adjuvant désinhibant à un *désir* de mort. Ainsi, dans chaque recours aux urgences psychiatriques, il y a des formes de manifestation du désir, même si elles apparaissent le plus souvent sous la forme masquée du conflit psychique (une tension – matérialisée en symptôme qui cache et dévoile à la fois – entre la manifestation du désir et son refoulement) ou de demandes de soin ambivalentes (dont le journal ethnographique regorge encore d'exemples).

De ce point de vue, l'urgence est une médiation potentielle car elle met en face à face le désir d'un sujet (qui se manifeste de multiples façons) et des propositions institutionnelles, des propositions symboliques pour le rendre acceptable, le comprendre, le civiliser parfois. C'est ici – dans les propositions symboliques – que l'urgence est un signifiant que les psychiatres laissent flotter. Or, il n'y a pas de processus automatique entre la mise à disposition d'un signifiant, quand bien même serait-il flottant, et son saisissement par un sujet pour produire une interprétation de son malheur, malheur qu'il doit aussi reconnaître, au moins partiellement, comme manifestation de son désir. Sans cette considération que le sujet « *est pour quelque chose* » dans sa souffrance (et donc sera pour quelque chose dans la manière de s'en débarrasser), on ne pourrait comprendre les « échecs » de la prise en charge d'urgence en psychiatrie. Les patients sont parfois dans la répétition de leurs symptômes et renouvellent, par exemple, des tentatives de suicides malgré tous les moyens mis à disposition par les services d'urgences dont, par exemple, l'hospitalisation et la construction de parcours de soin. Bien sûr, il y a les difficultés institutionnelles du système de psychiatrie (une attente de plusieurs semaines avant un rendez-vous dans un CMP peut laisser le temps de la récurrence suicidaire), mais les retours et recours répétés de certains patients aux urgences ne peuvent être interprétés seulement comme des échecs du système de santé. Ici se dévoile toute la spécificité de la clinique psychiatrique qui ne peut parier sur sa réussite à coup sûr et qui doit compter sur une forme d'investissement du patient et prendre en compte la manière dont celui-ci est attaché à son symptôme. La psychanalyse

⁶²⁰ FREUD, Sigmund. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Petite Bibliothèque Payot, 1997.

a bien montré qu'il existe toujours une satisfaction, un accomplissement partiel de désir, dans la conservation du symptôme⁶²¹. Il s'agit de ce qu'on appelle couramment dans le vocabulaire de la psychologie clinique le « *bénéfice secondaire* ». Pour les patients souffrant de détresses somatiques, il est plus aisé de déterminer les causes de l'échec du soin en repérant a posteriori un rapport de cause à effet entre un dysfonctionnement organique et un traitement prescrit.

Fort de ces constats, nous devons enrichir nos développements sur la flottance en y introduisant la logique du désir. La notion de « point de capiton », chez Lacan, nous semble en mesure de répondre à cela et donc, en définitive, de redonner sa place véritable au sujet dans la prise en charge d'urgence.

Dans son *Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss*, Lévi-Strauss prend largement en considération, et dès le début de son texte, la question psychique, mais il reste un point d'insatisfaction en ce qu'il n'évoque pas vraiment la logique du désir. Selon notre point de vue, il manque la description d'une articulation plus fine entre désir et collectif. En effet, si Lévi-Strauss fait référence à Lacan (au début de l'enseignement de celui-ci), c'est pour montrer que la maladie ou l'anormalité désigne et touche celui qui refuse l'aliénation symbolique. On lit sous la plume de Lévi-Strauss cette conception quelque peu manichéenne : « *La santé de l'esprit individuel implique la participation à la vie sociale, comme le refus de s'y prêter (mais encore selon des modalités qu'elle impose) correspond à l'apparition des troubles mentaux* »⁶²². Il y aurait d'un côté la vie dans le symbolique, la vie normale et de l'autre, la vie hors du symbolique, la vie du fou. Nous pensons, en nous appuyant sur la théorie psychanalytique, que la frontière entre normal et pathologique n'est pas si tranchée et que tout sujet a affaire, avec plus ou moins de réussite, avec son inscription problématique dans le symbolique. Il y a quelque nuance chez Lévi-Strauss quelques lignes plus haut : « [Aucune société] *ne parvient jamais à offrir à tous ses membres, et au même degré, le moyen de s'utiliser pleinement à l'édification d'une structure symbolique qui, pour la pensée normale, n'est réalisable que sur le plan de la vie sociale* ». Si l'auteur estime que le sujet ne peut pleinement se réaliser dans le symbolique (puisqu'il introduit des « degrés »), il y a tout de même l'idée sous-entendue que ce phénomène est marginal. Or, nous dirions plutôt que c'est un phénomène commun si tant est que l'on s'intéresse à la logique du désir comme une instance du sujet psychique qui lui fait sans cesse entrevoir, par ses poussées, les limites du symbolique. La théorie du point de capiton chez Lacan, problématise spécifiquement, pour tout sujet, le rapport entre le désir et une chaîne signifiante *flottante*.

Il est étonnant que Lévi-Strauss ne discute pas cette question du désir dans son texte sur Mauss dans la mesure où Mauss lui-même emploie couramment le mot. Il est vrai que le désir chez Mauss (terme souvent mis au pluriel) n'est pas le désir de la psychanalyse (qu'on trouve le plus souvent au singulier chez Freud ou Lacan). Mauss, cependant, dans sa description et son analyse de la magie et de la notion de *mana* montre qu'il peut y avoir un rapport articulé entre désir et symbolique. On lit page 120 de *l'Esquisse d'une théorie générale de la magie* : « *Grâce à la notion de mana, la magie, domaine du désir, est pleine*

⁶²¹ C'est notamment cela qui explique qu'une cure analytique a besoin de temps long, rien que pour prendre conscience de son propre attachement à ses symptômes et ensuite savoir faire avec. Il y a en effet toujours un peu de jouissance à perdre en perdant un symptôme.

⁶²² LÉVI-STRAUSS, Claude. « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige », p.20

de *rationalisme* ». Bien avant la diffusion massive des travaux de la psychanalyse⁶²³, on a là une intuition de Mauss sur la problématisation du rapport entre désir et ordre flottant des signifiants.

Que nous dit la théorie du point de capiton chez Lacan ? Disons, dans une première approche, que le point de capiton est une reformulation du schéma du signe linguistique de Saussure (représenté comme ceci : Signe = Signifiant / Signifié), dans lequel est introduite la logique du désir et qui est enrichi du constat clinique de Lacan de la suprématie du signifiant sur le signifié. La suprématie du signifiant sur le signifié se justifie théoriquement, en première analyse, par le fait que l'ordre signifiant est toujours déjà-là et que le sujet doit en passer par lui pour communiquer avec ceux qui l'entourent.

La barre qui matérialise la complémentarité du signifiant et du signifié chez Saussure est remplacée par la notion de point de capiton chez Lacan. Il ne s'agit pas d'un simple exercice de style. La démarche lacanienne cherche en effet à dynamiser le schéma de Saussure par l'introduction de la question du désir qui est là dès que le sujet parle. Le schéma saussurien est en effet assez statique et ne peut représenter pleinement le rapport du sujet psychique à l'ordre signifiant. Pour Saussure, le rapport entre signifiant et signifié est arbitraire. C'est la théorie de l'arbitraire du signe. Mais ce rapport de complémentarité, arbitraire, une fois fixé ne bouge plus, en quelque sorte, chez Saussure. Dès qu'un signifiant émerge, qui prend sa valeur différentiellement par rapport aux autres signifiants à partir des sons qui le constituent, il est indissociable de l'engendrement du signe linguistique dans sa totalité. C'est ce que Saussure exprime dans sa célèbre métaphore du *Cours de linguistique générale* : « *La langue est comparable à une feuille de papier. La pensée est le recto et le son le verso ; on ne peut découper le recto sans découper en même temps le verso ; de même dans la langue, on ne saurait isoler le son de la pensée ni la pensée du son* ». Cela sous-entend qu'une fois que le rapport arbitraire signifiant (son) / signifié (pensée) est fixé, les deux marchent main dans la main, puisqu'à toucher l'un on touche l'autre. Changer de son implique que l'on change de signification comme si la barre collait le signifiant à son signifié. En isolant des sons les uns par rapport aux autres et en les associant à des pensées, on établit un système de différences qui constitue une grille de lecture à poser sur le continuum du monde pour lui donner un sens. Ainsi, ce qu'indique la barre entre signifiant et signifié dans le schéma saussurien c'est qu'il y a une détermination réciproque entre signifiant et signifié (ce qui ne veut pas dire détermination logique puisque leur complémentarité est arbitraire : il n'y a pas de raison pour que tel son corresponde à telle chose ou pensée).

Tout en se fondant sur l'arbitraire du signe, Lacan, riche de son expérience clinique, dira qu'il n'y a pas de détermination réciproque aussi rigide entre signifiant et signifié. En fait, Lacan considère que la barre saussurienne « glisse » et que, dans la langue telle qu'elle se parle, il y a plutôt un flux de signifiant qui flotte sur un flux de signifié. Cela tient à la nature proprement équivoque du langage qui fait qu'une phrase ne prend son sens que rétroactivement et jamais en temps réel au cours du procès d'énonciation. Comment savoir avant la fin de la phrase quand j'*entends* « verre » s'il s'agit du verre à boire, de la couleur vert ou encore du ver de terre ? Quand on parle, il y a une indétermination de signification impossible à éviter. C'est dans le séminaire sur les psychoses que Lacan évoque cela pour la première fois :

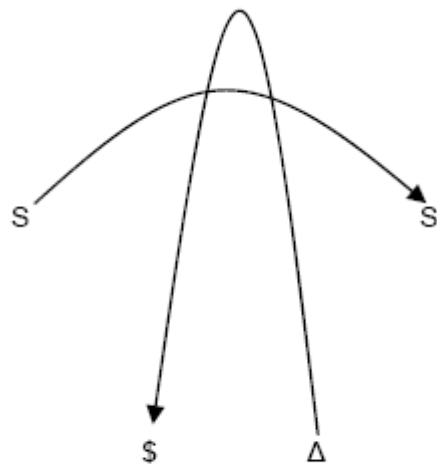
« Le rapport du signifiant et du signifié paraît toujours fluide, toujours prêt à se défaire. L'analyste sait, plus que quiconque, ce que cette dimension a

⁶²³ Ce texte est écrit en 1902. Freud publie *l'interprétation des rêves* en 1900, *La psychopathologie de la vie quotidienne* en 1901 et *Le Mot d'esprit* en 1905. Or, ces œuvres sont celles de Freud qui mettent le mieux en lumière le rapport entre désir et ordre signifiant (c'est en tous cas ainsi que Lacan les a lus).

d'insaisissable, et combien lui-même peut résister avant de s'y lancer. [...] Saussure essaie de définir une correspondance entre ces deux flots, qui les segmenterait. Mais le seul fait que sa solution reste ouverte, puisqu'elle nous laisse problématique la locution, et la phrase toute entière, montre bien à la fois le sens de la méthode et ses limites. [...] La phrase n'existe qu'achevée et son sens lui vient après-coup »⁶²⁴.

Lacan pointe ici une lacune de la réflexion de Saussure : le schéma du signe linguistique est séduisant mais que devient-il quand les signifiants sont en chaîne, c'est-à-dire en locution ou en phrase ?

Cette indétermination de signification, cette flottance, ce flottement entre signifié et signifiant dans le procès de l'énonciation est le lieu du frayage du désir, là où il a la possibilité de se manifester. C'est ce constat clinique, où le psychanalyste voit des patients se surprendre eux-mêmes des énoncés polysémiques sous lesquels ils se logent et se représentent en se racontant⁶²⁵, qui amène Lacan à élaborer le concept de point de capiton. Il établit pour cela ce qu'il appelle les « graphes du désir »⁶²⁶. Nous prendrons comme point d'appui de nos explications le premier graphe (reproduit ci-dessous) qui figure notamment à la page 805 des *Ecrits*, dans l'article « Subversion du sujet et dialectique du désir ».



Le premier graphe du désir

Lacan dit de ce graphe qu'il « servira à représenter où se situe le désir par rapport à un sujet défini de son articulation par le signifiant ». En fait, le point de capiton rend compte de l'existence du flottement des signifiants sur les signifiés, mais en creux car sa fonction est, précisément, d'arrêter le glissement de la signification :

« Ce point de capiton, trouvez-en la fonction diachronique dans la phrase, pour autant qu'elle ne boucle sa signification qu'avec son dernier terme, chaque terme

⁶²⁴ « Chapitre 21 : Le point de capiton ». In LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 3, Les psychoses. 1981. Pages 297-298.*

⁶²⁵ La technique analytique consiste en effet à faire entendre au sujet le discours insu qui traverse son discours conscient. Cette notion de discours insu indique bien qu'il peut exister deux discours en un, preuve (ou conséquence si l'on veut) du fait que flux des signifiants et flux des signifiés ne sont pas arrimés l'un à l'autre mais glissent l'un par rapport à l'autre.

⁶²⁶ Notamment dans le séminaire 5, *Les formations de l'inconscient (1957-1958)*

étant anticipé dans la construction des autres, et inversement scellant leur sens par leur effet rétroactif »⁶²⁷.

Détaillons le schéma. Il rend compte d'une situation d'un sujet parlant, en rapport avec un autre. Le vecteur SS' désigne le flux des signifiants prenant leur valeur les uns par rapport aux autres, renvoyant toujours à un autre, dans le procès de la parole. C'est l'énoncé (ou la phrase), pourrait-on dire, plein de son indétermination. Le vecteur Δ\$, représenterait plutôt l'énonciation, c'est-à-dire ce qui veut se dire⁶²⁸, l'expérience de la parole, marquée du désir du sujet qui parle. Ce désir rencontre la chaîne des signifiants et s'y aliène ne trouvant pas à s'y représenter totalement du fait de la nature hétérogène de l'ordre du désir et de l'ordre des signifiants. On aboutit en fin de vecteur à \$ (à lire « S barré ») qui représente le sujet pris dans le langage, c'est-à-dire le sujet qui existe pour l'autre, car représenté, mais qui a subi une perte, un manque dû à son passage par le « mur du langage ». Le manque est dû à la nature même du symbolique qui tue la chose (l'absentéisme) pour la représenter⁶²⁹ (puisqu'on met quelque chose d'une autre nature, un signe, à sa place). Le point de capiton, c'est l'effet de croisement des deux vecteurs qui, temporairement, a arrêté le glissement de la signification et le jeu « naturel » des signifiants renvoyant indéfiniment les uns aux autres⁶³⁰. Le « prix » de ce capitonage, c'est l'aliénation du sujet dans le symbolique (\$). Cette aliénation renvoie au fait que le sujet assume d'être représenté par la chaîne signifiante qu'il a arrêtée temporairement en allant au bout de sa phrase, pourrait-on dire, celle qui devait rendre compte de son désir mais y a échoué partiellement, comme à chaque fois. C'est tout de même prendre acte du caractère flottant des signifiants et, du coup, de l'impossibilité partielle qu'ils ont à rendre compte de notre désir. Mais c'est aussi prendre acte d'un capitonage précaire mais possible pour que le désir traverse (il ne peut faire que cela) la chaîne signifiante. Lacan, dans le séminaire 3 sur les psychoses, montre que ce capitonage n'existe pas pour les sujets psychotiques où le glissement de la signification jamais ne s'arrête (la paranoïa rend bien compte de ce phénomène car rien, dans le monde qui entoure le paranoïaque n'arrête de signifier). Pour clore ce développement sur le point de capiton, on peut reprendre cette phrase de Jacques-Alain Miller formulée en des termes peu conceptuels mais qui représentent bien la proposition de Lacan :

« le signifiant et le signifié ne vont pas gentiment en se tenant par la main du même pas ; pendant un temps le signifiant se balade d'un côté et les pensées, le signifié, se baladent ailleurs, seulement, à certains moments, il doit y avoir un point [de capiton] à partir duquel on a l'idée, très hypothétique, que c'était ça que ça voulait donc dire »⁶³¹.

Au terme de ces explications qui rendent compte d'un nouage spécifique entre désir et flottement des signifiants, on s'aperçoit combien le concept de flottance est en mesure

⁶²⁷ Lacan, in *Ecrits*, p.805

⁶²⁸ On observe le sens inverse de ce vecteur par rapport à l'autre : cela représente le fait que les signifiants prennent sens rétroactivement les uns par rapport aux autres, en sens inverse de celui où la phrase s'énonce, en quelque sorte.

⁶²⁹ On peut renvoyer au célèbre jeu de la bobine décrit par Freud où il décrit un enfant qui symbolise l'absence de sa mère par l'apparition et la disparition d'une bobine, mouvement auxquels il associe des signifiants. La mère est présentifiée dans le symbolique alors qu'elle est absente en réalité.

⁶³⁰ Par leurs écarts différentiels ou par les lois de déplacements signifiants qui régissent le langage ; métaphore, métonymie principalement

⁶³¹ « La forclusion », conférence donnée par J.-A. Miller à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Lyon en 1982, transcrite dans *Les Cahiers de la clinique psychanalytique*, décembre 1996, n°1

d'enrichir notre réflexion sur l'urgence dans les situations d'accueil de la détresse psychique. Nous dirions que, pour rendre compte théoriquement de nos observations ethnographiques, dans l'accueil d'urgence en psychiatrie, *le sujet capitone, dans une solution qui le concerne, le signifiant éminemment flottant de l'urgence avec son désir.*

Nous avons en effet vu plus haut que les psychiatres adoptent une posture clinique composée de deux éléments essentiels qui confirment cette hypothèse : le psychiatre laisse flotter le signifiant de l'urgence (« *Racontez-moi : qu'est-ce qui vous amène aux urgences ?* ») et prend le récit du patient à la lettre (ce qui est observable dans les notes prises dans le Dossier Médical d'Urgence, le DMU). Si on veut reprendre le schéma lacanien reproduit plus haut et adapté à l'accueil d'urgence, on pourrait dire que le psychiatre esquisse le premier vecteur SS' et qu'il laisse au sujet la liberté de le singulariser, d'en limiter la flottance, en laissant à celui-ci la charge du capitonage par le traçage du second vecteur $\Delta\$,$ propre à chaque sujet. Pour le dire d'une autre manière, *l'urgence est un signifiant chargé de signifié au gré des rencontres entre patients et soignants.* D'une part, par leur parole, les patients donnent un sens particulier à l'urgence, une charge de désir contenu dans une demande-récit (« ce que je veux que l'autre entende » de ma version singulière de l'urgence). Cela amène le sujet à s'inscrire dans le symbolique (car l'urgence est un signifiant tout court et un signifiant flottant, c'est-à-dire porteur, en prime, de la fonction sociale spécifique de répondre à l'inexprimable). D'autre part, par leurs solutions, les psychiatres rendent compte de leur interprétation de la crise psychique et construisent eux aussi, à chaque rencontre, une définition particulière de l'urgence en fonction du sujet en détresse. En somme, l'urgence est toujours une sorte de solution de compromis. Comme dans l'opération du point de capiton décrite par Lacan, l'urgence prend toujours son sens à rebours, et en ce sens, est éclairée rétrospectivement par ce qu'en a formulé le patient et qui sera la matière signifiante à laquelle il s'identifiera⁶³².

Lors de l'entretien de psychiatrie, le sujet fait donc l'expérience d'un double capitonage. Le premier, donné dans le rapport intersubjectif avec le psychiatre qui attend la production d'une parole, c'est celui, fondamental, entre désir et langage. Le second, qui prend appui sur le premier et qui tient à la fonction sociale, institutionnelle, voire politique de l'urgence, c'est celui entre singularité et collectif. Le sujet en détresse fait l'expérience de la manière dont il est possible d'articuler un désir à l'ordre du collectif incarné, cette fois encore, dans la figure du psychiatre mais en tant que représentant institutionnel et en tant qu'il propose un signifiant flottant comme outil à la disposition du collectif pour répondre aux situations de détresse qui interrogent la capacité du collectif lui-même à donner une place à tous ses membres⁶³³.

Tout se passe comme si le schéma du graphe du désir avait deux versions se surimprimant l'une sur l'autre.

Dans un premier temps⁶³⁴, le patient est invité, à la suite de son acte, à établir à nouveau une médiation avec l'autre via la parole. En effet, le recours à l'urgence a souvent été la conséquence du surgissement d'un geste (tentative de suicide, alcoolisation, violence) venu

⁶³² Comme le dit Lacan, page 303-305 du *Séminaire 3* : le point de capiton « *c'est le point de convergence qui permet de situer rétroactivement et prospectivement tout ce qui se passe dans le discours* ».

⁶³³ Puisqu'on l'a vu, la fonction du signifiant flottant est à la fois de prendre acte des limites du symbolique à intégrer tous les membres d'une société et de répondre à cette limitation en acceptant du flottement dans l'organisation normée du social.

⁶³⁴ C'est pour l'analyse que nous établissons cette distinction chronologique. En réalité, le premier et le second temps sont simultanés. Nous voulons simplement dire que ce qu'on décrit comme le premier temps est un préalable à l'établissement du second. En effet : pas de reconstitution de la médiation singulier / collectif sans retour à un usage à peu près apaisé de la parole.

à la place de la parole. En terme lacaniens, on dirait que l'expression du réel avait pris le pas sur le recours « normal » au symbolique. Ainsi, dans un premier temps, lors de l'entretien, le patient est simplement invité à parler, à « verbaliser », comme disent les psychiatres. Ici se dessine le graphe du désir comme l'a indiqué Lacan : le sujet se réinscrit dans l'ordre du langage, dans le champ de la parole et ce que cela implique : l'expérience de la division subjective qui avait été rejetée ou était insupportable dans le temps de la crise.

Dans un second temps, une fois que le sujet peut, en quelque sorte, reparler, le graphe prend une dimension supplémentaire. La chaîne SS' n'est plus simplement la chaîne signifiante en règle générale, elle devient la chaîne signifiante flottante de l'urgence, pourrait-on dire, proposée par les psychiatres. Le sujet imprime alors, selon l'autre vecteur $\Delta\$, sa version singulière de l'urgence. Le signifiant de l'urgence a alors une double face. D'un côté : le sens flottant proposé par l'institution et de l'autre : le saisissement de cette flottance par le patient qui s'y loge pour s'y représenter partiellement (ce que montre la barre sur le S du $). Une médiation singulier/collectif s'établit là car, comme pourrait le dire Lacan : *le signifiant de l'urgence représente le sujet mais pour un autre signifiant*⁶³⁵. En d'autres termes, la chaîne signifiante flottante de l'urgence renvoie au fait que l'urgence est un terme qui métonymiquement et/ou métaphoriquement est en mesure de faire référence à une souffrance multidimensionnelle donc singularisable, tout en gardant sa référence au collectif, comme tout signifiant flottant.$

Pour clarifier ces développements, nous renvoyons au *fragment clinique n°11* du journal ethnographique. Dans le cas de Monsieur A. que nous connaissons maintenant bien, on voit bien comment la psychiatre noue dans un premier temps une alliance thérapeutique avec le patient en laissant flotter, sans en imposer le sens, ce qu'il est possible de demander aux urgences psychiatriques. En effet, c'est à partir du désir du patient de trouver un toit (ce qui a priori ne correspond pas à la mission des services d'urgence) que la psychiatre va construire avec le patient une solution institutionnelle à sa détresse. Il s'agira évidemment d'une solution de compromis, le compromis étant la seule manière de capitonner un désir singulier avec des possibilités collectives données d'avance. Ainsi, Monsieur A. qui a recouru à l'urgence en demandant un toit et qui ne veut pas de l'hôpital psychiatrique (on a ici une formulation de son désir dont l'ambivalence est bien un signe de singularité irréductible) retournera à son errance mais avec un papier sur lequel figure l'adresse d'un toit possible, dans le cadre d'une psychiatrie ouverte. On lit clairement dans cette solution la construction d'une médiation (un compromis, un capitonage) entre ce qui fait de Monsieur A. un sujet singulier et la possibilité de traduire cela en une place possible dans le collectif.

Envisager l'urgence comme un signifiant investi cliniquement pour que s'y déploie et s'y articule la parole du patient constitue un aspect essentiel de la prise en charge psychiatrique. Alors qu'une institution tend habituellement à construire l'univocité des signifiants dont elle se sert pour s'identifier et caractériser sa fonction, dans l'urgence psychiatrique, une souplesse s'établit entre le signifiant et le signifié de l'urgence, laissant une place au

⁶³⁵ Lacan a cette formulation qu'on trouve dans beaucoup de ses séminaires et aussi notamment dans les *Écrits* (p.840, in « Position de l'inconscient ») : « *Le registre du signifiant s'institue de ce qu'un signifiant représente un sujet pour un autre signifiant* ». Cette formulation rappelle la flottance de l'ordre signifiant et le fait qu'un signifiant renvoie toujours à un autre. Du coup, du fait de l'autonomie même de l'ordre signifiant, le sujet échappe toujours à sa représentation parfaite dans un signifiant, mais dans le même temps cela laisse du jeu (comme on dirait d'une vis mal serrée qu'elle a du jeu) pour ne pas être totalement aliéné dans le symbolique et pouvoir faire courir le désir et la représentation de soi d'un signifiant à un autre. Le point d'équilibre entre course infinie des signifiants et représentation de soi figée dans l'ordre du langage est précisément le point de capiton. Cette course métonymique du désir du sujet, sautant incessamment d'un signifiant à un autre est, au fond, le moteur de la parole et du lien à l'autre ce que, précisément, la psychiatre d'urgence tente de réinstaurer.

vacillement de la norme, sans quoi la détresse psychique ne serait pas en mesure d'être accueillie. La détresse psychique rend compte, en effet, de la position difficile d'un sujet en rapport avec les normes, d'un sujet pour qui son désir rencontre un point de butée avec les normes que lui-même se construit (surmoi freudien) ou que le social lui impose. En ce sens, l'urgence psychiatrique est un moment de remise à jour ou au moins de questionnement de ce qui fait la loi, les normes, l'institution. C'est ce que nous allons voir plus en détail dans les lignes qui suivent.

II. Flottance et vacillement des normes aux urgences

Nous allons à présent tenter de montrer que les sujets qui se présentent aux urgences sont dans un rapport complexe à la norme. Un a priori sur les populations reçues aux urgences psychiatrique pourrait laisser imaginer que les recours sont portés par des sujets qui présentent, dans leur comportement fou, un grand écart par rapport à la norme, comme ont pu le laisser entendre nos réflexions sur les « patients-déchets ». Ils sont en fait une minorité. A l'accueil de psychiatrie de l'hôpital général, la détresse adressée aux psychiatres est en réalité beaucoup plus ordinaire. Elle ne renvoie pas à des sujets hors-norme mais plutôt à des sujets qui souffrent d'être prisonniers de la norme, qui se sentent écrasés par le sentiment de devoir accomplir en entier la norme sociale. Ce rapport complexe à la norme a des explications à la fois psychiques et sociales que détaillent bien des auteurs comme Guillaume Le Blanc, Alain Ehrenberg ou encore Christophe Dejours.

La flottance propre à l'urgence, dans les dimensions que nous avons évoquées plus haut, est en mesure de proposer au sujet un rapport à la norme plus apaisé, c'est-à-dire moins rigide.

D'abord, il convient d'être attentif à la composition de la population qui recourt à la psychiatrie dans le cadre de l'urgence générale. Pour cela, il faut faire un détour par notre journal d'observations. La lecture cursive du journal donne un aperçu de ce caractère assez ordinaire des recours à la psychiatrie aux urgences. Les patients ont en effet plutôt un profil névrotique qui prend différents aspects : idées suicidaires, tentatives de suicide, alcoolisation, crise d'angoisse, difficultés sentimentales et relationnelles, dépressions, troubles psychosomatiques, troubles du comportement, difficultés sociales se traduisant psychologiquement. Avant de se concentrer sur des analyses plus qualitatives, on peut procéder à une rapide analyse quantitative du profil des patients à partir du tableau récapitulatif des patients rencontrés (voir annexe) :

- Psychotiques : 17 % des patients rencontrés (9 sur 52 patients)
- Névrotiques : 83 % des patients rencontrés (dont 56% de tentatives de suicides et 21 % de problématiques alcooliques).

Ces chiffres indiquent assez bien le fait qu'une analyse de la psychiatrie d'urgence à l'hôpital général doit prendre en compte la question de la norme avec précaution en faisant très attention de ne pas associer trop rapidement urgence et hors-norme. Car les difficultés névrotiques ne viennent pas de la difficulté d'être hors-norme, mais de celle de trouver sa place dans la norme. Ce qui trouble le névrosé, le souffrant ordinaire, c'est de composer avec la norme. Or, dans notre société, notre rapport à la norme a parfois des allures inquiétantes, source de souffrances intenses, que nous allons observer ci-après⁶³⁶.

⁶³⁶ Pour des considérations plus qualitatives, je renvoie à mon journal aux moments où je prends conscience, envers mes préjugés, de la banalité de certains recours aux urgences. J'y fais référence à *l'observation 2* (page 18 notamment, où je tente de mettre en tension *ordinaire* et *spectaculaire* aux urgences) et *l'observation 9* (page 55 notamment où je réfléchis à la notion du quotidien dans

Dans *Les maladies de l'homme normal*⁶³⁷, Guillaume le Blanc donne un cadre conceptuel très intéressant pour saisir la nature de la détresse des patients des urgences psychiatriques de l'hôpital général. En effet, l'auteur n'a pas une vision mécaniste de la vie sociale, ni de la vie psychique. Cela signifie qu'il évite de considérer que la vie sociale aurait un effet direct sur la vie psychique en provoquant de manière déterministe des souffrances. De même, il y a des souffrances qui s'expliquent par des contextes sociaux mais qui s'expliquent aussi par une faculté, propre à chaque sujet singulier, de produire ses propres symptômes et d'être, dans une certaine mesure, responsable de sa souffrance. La souffrance n'est ainsi ni pur effet du social, ni pur effet du psychique. Le Blanc affirme qu'un sujet qui vit est précisément un sujet en tension et en déplacement chez qui doit s'articuler nécessité de l'identification sociale et poursuite des désirs singuliers. Un sujet chez qui n'existe plus le conflit est un sujet menacé de dépression ou d'anéantissement puisqu'il se retrouve soit tout dans la norme (ce qui est impossible psychiquement), soit tout hors-norme (ce qui est impossible socialement et psychiquement⁶³⁸).

Ainsi, pour comprendre la souffrance de certains sujets, il faut la replacer dans une médiation qui articule, précisément, vie sociale et vie psychique. Ces deux champs dans lesquels vit tout sujet ne sont pas assimilables, ils sont même hétérogènes. Cependant, il existe un nouage initial (qu'on détaillera plus bas) entre dimension collective et dimension psychique de la vie. L'auteur rend compte de ce nouage à partir de la question de la norme et de l'ambivalence du sujet par rapport à elle car celui-ci y est attaché en même tant que se produisent en lui des mouvements de rejets de la norme. Le Blanc observe la manière dont le sujet de la société d'aujourd'hui est mis en difficulté pour construire un rapport à la norme qui lui permette d'accomplir à la fois une vie sociale et une vie psychique acceptables. L'hypothèse de l'auteur est qu'aujourd'hui de plus en plus de sujets sont prisonniers de normes sociales qu'ils tentent de réaliser pleinement, jusqu'à les *intérioriser*, au lieu de simplement s'y *attacher* et tenter de les réaliser à hauteur de possibilités subjectives qui n'accomplissent que partiellement l'idéal normatif visé. L'*attachement* à la norme est en effet suffisant pour réaliser sa vie sociale dans des bonnes conditions en obtenant la reconnaissance d'autrui (je partage un noyau de valeurs et de comportements minimaux avec l'autre qui m'assurent la possibilité de garantir le lien social et d'éviter l'exclusion, le danger d'être hors-norme et de me retrouver seul). L'*intériorisation* de la norme, en revanche, efface et même interdit la possibilité de jouer avec la norme. Or, le jeu que le sujet peut s'autoriser avec la norme est la place laissée à la vie psychique, c'est-à-dire au désir qui est au fondement de la subjectivation, de l'individuation et de la singularisation de chaque sujet. La vie psychique, les psychanalystes l'ont bien montré, réside en effet dans cette tension dynamique et permanente entre expression d'un désir et nécessité de traverser une norme pour l'exprimer (cette norme étant le surmoi pour Freud, le langage pour Lacan : des instances qui pèsent et contraignent mais garantissent le lien aux autres).

l'urgence). Le quotidien et la banalité sont des notions refoulées chez les acteurs de l'urgence. Je m'en suis aperçu à la suite de l'étude sur la contention évoquée au chapitre précédent et dont on peut retrouver le compte-rendu en annexe. Une des questions que je posais tentait de dégager ce qui attachait les infirmiers au service : dans la plupart des cas, la réponse était que les urgences permettaient d'éviter la routine et le quotidien. Cependant, à y regarder de près, les détresses présentées aux urgences sont très ordinaires et répétitives. Les cas exceptionnels (et qui permettent de définir l'urgence comme un état d'exception) représentent environ 2% des recours (Voir DANET, François, *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*, Thèse de Doctorat Paris 7, 2006).

⁶³⁷ LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère ».

⁶³⁸ Car sans référence à une norme, le désir ne peut vraiment trouver son sens. Le désir trouve son sens et sa dynamique dans le manque, lui-même provoqué par l'insertion du sujet dans des normes (voir les développements de Lacan sur la dialectique du manque et du désir, déjà évoquée plus haut dans le commentaire du premier graphe du désir).

La vie psychique, en effet, maintient le lien à l'autre et a donc besoin de se référer à une norme tout en jouant sans cesse avec cette norme par des productions diverses (formations de l'inconscient et autres inventions singulières) qui permettent une expression civilisée de la singularité, c'est-à-dire un frayage du désir dans la norme, une réalisation subjective de la norme qui fait le style de la vie de chacun.

Voilà le cadre général de la pensée de Le Blanc dans son passionnant petit livre. Mais soyons un peu plus précis de manière à bien comprendre son application possible sur les phénomènes observables dans la psychiatrie d'urgence. Notre lecture de l'ouvrage, telle qu'elle nous a semblée pertinente pour l'interprétation de la psychiatrie d'urgence, distingue quatre étapes dans le raisonnement de l'auteur⁶³⁹.

Le Blanc commence par une donnée fondamentale : l'attachement de l'homme à la norme est un fait anthropologique car il se réfère, dans l'histoire du sujet, à des moments fondateurs de la plus petite enfance. Pour l'auteur, la vie de l'enfant à sa naissance se développe dans un état de sujétion. Quand il naît, la vie de l'enfant est tellement fragile qu'il dépend totalement de ses parents. Pour subsister, il doit avoir l'assurance que ceux qui garantissent sa survie ne l'abandonneront pas et ne cesseront pas cette tâche. Ainsi, comme l'estime Le Blanc, « *pour persévérer dans son être, [l'enfant] se trouve dans l'obligation de s'attacher à ses parents et d'aspirer par là-même à ce qu'ils exigent de lui* »⁶⁴⁰, c'est-à-dire de se conformer à un mode d'être qui vient de l'autre, autrement dit : réaliser une norme. Ainsi, avant même d'être un sujet singulier, c'est-à-dire de faire l'expérience de son identité propre, l'enfant est en état de *sujétion* (c'est-à-dire *sujet* à des normes et ne faisant pas encore l'expérience de la *subjectivité*). C'est ainsi qu'il est exposé à un ensemble de règles à accomplir, venues de l'extérieur, qui ne correspondent pas nécessairement à la vie biologique qui se manifeste chez l'enfant de manière désordonnée : rythmes de sommeil, exposition aux bruits, à la lumière, à l'obscurité, etc.

Pour Le Blanc (deuxième étape du raisonnement), la subjectivation, l'individuation et la singularisation de l'enfant arrivent donc après l'état originare d'assujettissement : « *l'assujettissement est antérieur à la subjectivation. Tout du moins la subjectivation se fait d'abord dans les limites de l'assujettissement. Elle désigne un assujettissement assumé par un sujet* »⁶⁴¹. Cela signifie que si la dépendance première de l'enfant par rapport à ses parents construit une donnée fondamentale de tout sujet qui est l'attachement à la norme, les désirs propres de l'enfant qui ne manqueront pas d'apparaître devront se manifester à l'intérieur de la norme salvatrice à accomplir imaginée par l'enfant telle qu'elle est en mesure de satisfaire ses parents. L'enfant fera alors l'expérience de la subjectivité à travers la tension dialectique qu'il éprouvera entre désir de la norme et accomplissement de ses désirs propres. C'est alors la norme, comme unité de mesure, qui rend compte, en quelque sorte, de la teneur de mon désir (par l'écart qu'il manifeste par rapport à la norme). Je deviens sujet quand je fais l'expérience de ma singularité irréductible en passant mon désir au travers du tamis de la norme qui m'est donnée par l'Autre de qui je dépends, pour une large part, dans ma vie. Selon Le Blanc, notre vie affective et sociale après l'enfance est un prolongement perpétué de cette tension entre désir de norme et désir de contrer la norme. L'adolescence et la poésie sont, chacune à leur manière des expériences de cela. Lors de l'adolescence, le sujet toujours dépendant et attaché à ses parents (et donc contraint

⁶³⁹ Il s'agit donc d'une lecture personnelle à laquelle ne réduit pas la pensée très fine et très référencée (auprès de grand auteurs de philosophie) de Guillaume Le Blanc. Elle n'en n'est pas pour autant infidèle.

⁶⁴⁰ LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère », p.42

⁶⁴¹ Ibid., p.43

d'accepter leurs modes et normes de vie pour s'assurer de leur soutien), fait l'expérience de son identité propre en explorant une existence possible vers les limites de la norme. Le poète, pris dans des normes d'expression strictes qui le caractérisent comme poète (rimes, pieds, etc.) rend compte de sa singularité en exploitant les équivoques et figures qui permettent de détourner les lois de la langue poétique (catachrèse, métaphore, métonymie, jeu sur les sonorités, etc.). Il y a d'autres formes plus classiques de jeu entre désir de norme et désir de contrer la norme : c'est par exemple le cas dans le monde du travail où je peux accomplir une activité normée⁶⁴² (car pour que la tâche à accomplir entre dans une chaîne de production collective elle doit répondre à un protocole – normé, venu de l'Autre – qui met en cohérence les activités), tout en ayant un style personnel au travail qui me donne le sentiment d'exercer singulièrement la tâche qui m'est demandée.

Nous nous approchons peu à peu de ce qui, dans la réflexion de Le Blanc, peut faire écho à la détresse présentée aux équipes de psychiatrie des urgences. En effet, à la suite des développements précédents, l'auteur met en relief le fait que la vie humaine, dans les composantes sociales et psychiques qu'elle a à assumer et à accorder, est éminemment vulnérable. En effet, la vie psychique est une contradiction : elle a besoin de la norme pour s'exprimer, mais pour se réaliser elle doit la dépasser, la contourner, la rejeter, la déplacer. En d'autres termes, la vie psychique est conflictuelle par nature, elle est un jeu de régulation et d'équilibres instables entre des instances liées dialectiquement mais contradictoires. Nous relevons cette phrase de Le Blanc qui nous semble exprimer pour une large part la nature de la vulnérabilité reçue aux urgences psychiatriques : « *la vie mentale est hautement vulnérable puisqu'elle dépend des normes pour être mais elle conquiert une épaisseur propre qui la soustrait en partie au jeu des normes qui la produit* »⁶⁴³. La fragilité reçue aux urgences est précisément celle qui apparaît quand le sujet en détresse ne trouve plus les moyens de gérer ce précaire équilibre : soit qu'il s'est fondu tout entier dans une norme insupportable, soit que le désir de contrer la norme a fait éclater la norme au point d'angoisser le sujet qui fait alors l'expérience d'être hors-norme, détaché des autres, seul. Pour Le Blanc, de tels états sont susceptibles d'apparaître quand le sujet oublie que la norme n'est jamais absolue et qu'elle accepte des écarts, la vie de chacun ne pouvant se situer que dans ces écarts. Et l'auteur de rappeler ce que disait G. Canguilhem dans *Le normal et la pathologique*, appliqué à la vie mentale: « *La vie mentale est tout à la fois dans la norme et en position d'écart par rapport à elle. L'écart n'est pas hors-norme, mais ce qui accomplit la norme puisque toute norme n'existe que par les écarts qu'elle suscite et tolère* »⁶⁴⁴. En d'autres termes, et nous nous approchons encore du cœur de notre analyse,

la vie psychique nécessite la norme, mais à condition d'y introduire du *flottement*⁶⁴⁵. On retrouve là la dialectique exposée plus haut pour décrire la flottance propre à la prise en charge d'urgence qui combine dans sa définition *référence au collectif et nécessité du flottement* pour le crochetage de la subjectivité, du désir singulier qui est à la source de la motivation à accomplir sa vie et à y persévérer. Les urgences psychiatriques, qui reçoivent beaucoup de tentatives de suicides marquant un temps d'arrêt, pour le sujet, dans les efforts mis à la persévérance de sa vie, doivent être interrogées à partir de cette réflexion sur le

⁶⁴² D'autant que le travail réinstalle l'angoisse primitive de compter sur l'extérieur pour vivre (on travaille et on s'attache à son travail pour vivre comme le nourrisson s'attache à ses parents pour vivre).

⁶⁴³ LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère », p.46

⁶⁴⁴ Ibid., p.46

⁶⁴⁵ Le Blanc utilise notamment le mot p.159 en indiquant que « *l'opération d'individuation est rendue possible par le flottement des normes* ».

rapport du sujet aux normes. Si Guillaume Le Blanc observait les détreesses reçues aux urgences, il les nommeraient certainement des « maladies de l'homme normal ».

C'est en effet la troisième étape que nous avons détachée de la réflexion de l'auteur. Il indique que le contexte socioculturel et socioéconomique actuel est un terreau favorable au développement de pathologies propres à ce que Le Blanc appelle « l'homme normal ». Il s'appuie pour cela sur les réflexions intéressantes d'Alain Ehrenberg (*La fatigue d'être soi ; le culte de la performance*) et de Christophe Dejours (*Souffrance en France ; Travail, usure mentale*). Les deux auteurs explorent aussi, à leur manière, les rapports entre vie psychique et exigences sociales qui constituent la médiation problématique que nous interrogeons nous-mêmes au prisme de l'urgence depuis le début de la thèse.

Le Blanc commence par expliquer que, par rapport à la question de la norme, il existe deux types de souffrance.

Il y a d'abord celle qui vient du fait qu'on se sent hors-norme, marginalisé. Il se réfère ici au célèbre ouvrage de Patrick Declerck (*Les Naufragés*). Pour ces sujets très hors-normes, les possibilités de retrouver une position subjective sans souffrance sont très minces tant leur non-inscription dans les normes les empêche de construire une réalisation subjective des impératifs sociaux, condition de la vie sociale et de la vie psychique. Sans attachement spécifique à une norme qui construit l'appartenance à un groupe social ou au collectif, pas de possibilité, non plus, de construire sa place de sujet dans ce cadre. On rencontre des sujets en errance et dans l'extrême précarité aux urgences, mais ce ne sont pas les plus nombreux⁶⁴⁶. L'autre souffrance, plus commune et qu'on rencontre de manière beaucoup plus fréquente aux urgences est celle d'un sujet qui a proprement refoulé sa vie psychique pour se rendre prisonnier d'une norme au point de tenter, en s'essouffant, de l'intérioriser et de l'accomplir entièrement. L'attachement inconditionnel à la norme épuise et fatigue car il est impossible de l'accomplir : cela débouche chez certains sujets sur des formes de dépression ou de mélancolie. Ou alors, le désir contre la norme fait retour d'un coup et cela peut déboucher sur des passages à l'acte de type suicidaire, par exemple. Ce sujet qui vit dans l'attachement exclusif à la norme, Le Blanc le nomme « homme normal » : « *l'homme normal est l'homme impersonnel, malade de l'absence de soi que présuppose le fait d'être au plus près de la norme* »⁶⁴⁷. L'auteur en donne une définition assez radicale qui ressemble à un idéaltype mais qui rend bien compte de la souffrance vers laquelle tendent beaucoup de sujets dont on peut penser qu'ils éprouvent des souffrances banales. Le Blanc rend bien compte de ce qui dans l'homme normal le coupe de sa vie psychique au profit d'une existence rêvée et a priori rassurante dans les normes (renvoyant à l'attachement primordial à la norme construit dans l'enfance) : « *L'homme normal est l'homme qui est parvenu à justifier sa vie dans les normes au prix d'une désappropriation de la part subjective rétive aux normes* »⁶⁴⁸. Et plus loin : « *Il y a un reste à la normalisation psychique et l'homme normal est précisément celui qui s'efforce de faire disparaître ce reste* »⁶⁴⁹.

Il y a peut-être des explications sociales, ou tout au moins psychosociales, à cette évolution contemporaine de l'attachement exclusif de l'homme à la norme. C'est ici

⁶⁴⁶ Le Blanc n'approfondit pas la question et nous renvoyons au chapitre précédent sur les « patients-déchets » dans lequel nous mobilisons le travail de Declerck.

⁶⁴⁷ LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère », p.99.

⁶⁴⁸ Ibid., p.89

⁶⁴⁹ Cette question du reste n'est pas étrangère à la question de l'urgence comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent sur le réel de l'urgence psychiatrique qui se manifeste chez les « patients-déchets ».

que le recours à Ehrenberg et à Dejours s'impose. En lisant ces deux auteurs, on doit cependant prendre garde à ne pas sombrer dans une vision déterministe de la souffrance qui consisterait à expliquer exclusivement le psychique par le social. Ces auteurs doivent simplement nous aider à saisir les coordonnées d'un contexte social favorisant l'attachement inconditionnel des sujets aux normes sociales sans pour autant masquer la part d'implication volontaire ou inconsciente de ces sujets dans un système qui contribue à les abîmer.

En mettant en perspective la neurasthénie de la fin du 19^e siècle et la dépression de la fin du 20^e siècle, Alain Ehrenberg⁶⁵⁰ montre que ces deux formes de souffrance aux contours flous (qui n'ont pas de définition claire non plus dans la nosographie psychiatrique) renvoient aux difficultés que connaissent certains sujets (l'auteur, sociologue, parle plutôt d'individus) dans l'accomplissement des normes sociales valorisées à leur époque. Les névroses de l'époque de Freud mettaient le sujet en difficultés face à des interdits intériorisés portant notamment sur la sexualité et qui entraînent en contradiction avec des désirs de transgression. Cela pousse Ehrenberg à affirmer que la névrose était un « *drame de la culpabilité* »⁶⁵¹. La dépression moderne, se caractérisant par des symptômes équivalents de fatigue, de tristesse, d'inhibition dans l'action, de troubles psychosomatiques ou encore d'idées mélancoliques et suicidaires, ne renvoie plus à des sentiments de transgression coupable des interdits sociaux, mais au sentiment d'une incapacité à accomplir les valeurs nouvelles de l'individualisme, de l'autonomie et de la performance qui fondent l'estime sociale aujourd'hui. « *La mesure de l'individu idéal est moins la docilité que l'initiative* », dit Ehrenberg. Il qualifie alors la dépression de « *tragédie de l'insuffisance* »⁶⁵². Dans les deux cas, un sujet souffre de ne pouvoir accomplir les exigences sociales. L'époque contemporaine contient tout de même un paradoxe : la société pèse en imposant une norme de valorisation de l'individu ! Autrement dit, le symptôme de l'époque de Freud renvoyait, en quelque sorte, à une angoisse de ne pouvoir être inséré dans le collectif du fait de l'émergence de désirs trop singuliers. Le symptôme renvoyait donc à une sorte de solution civilisatrice, à une solution de compromis pour (se) garantir le vivre-ensemble⁶⁵³. La dépression d'aujourd'hui est aussi peur de défaillance sociale, mais l'accomplissement de la norme sociale consiste, en revanche, dans la nécessité de se passer du collectif, en quelque sorte, et de démontrer à travers son comportement autonomie et performance individuelle. La dépression surgit quand il n'est plus possible au sujet d'accomplir l'exigence sociale de performance individuelle.

Ainsi, si les formes de mal-être peuvent être reliées, sur le temps long de l'histoire des maladies mentales, à la difficulté de certains sujets à accomplir une norme fortement intériorisée, il n'est pas étonnant que notre époque donne à voir des sujets en souffrance psychique faisant le récit de difficultés sociales en rapport avec des situations qui rendent compte de l'échec individuel : travail/chômage, addictions, précarité sociale. Accomplir (être prisonnier de) la norme aujourd'hui, c'est chercher à se distinguer, à s'individualiser en permanence dans les différents espaces du social, à y être performant. Du coup, la

⁶⁵⁰ Dans EHRENBURG, Alain. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob, 1998. Nous proposons une lecture orientée et non exhaustive de l'ouvrage de l'auteur qui a pour but d'éclairer notre réflexion sur le rapport entre normes et urgence.

⁶⁵¹ Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op.cit., p.27

⁶⁵² Ibid., p.17

⁶⁵³ C'est notamment la logique décrite par Freud dans *Malaise dans la civilisation* où symptômes et sublimation chez les sujets sont considérés comme des manifestations de la médiation, des solutions de compromis entre une nature (biologie, sexualité, pulsion) qui pousse la vie du sujet et les nécessités sociales qui la contraignent.

souffrance psychique ordinaire n'est plus seulement celle des difficultés rencontrées dans le champ de la sexualité comme à l'époque des grandes hystériques de Freud⁶⁵⁴ ; la souffrance psychique ordinaire renvoie aussi au sentiment d'un handicap dans l'accomplissement individuel prôné par la société. Les tableaux dépressifs aujourd'hui rendent compte d'une incapacité à produire les normes de la performance individuelle : décrocher de cette exigence, c'est ne plus être valorisé ni reconnu par la société ; abandonner le combat individuel, c'est se retrouver encore plus seul que dans ce combat, c'est risquer de ne plus être du tout dans la société.

Cette réflexion permet peut-être de mieux saisir pourquoi des difficultés de la vie sociale sont souvent exprimées par les sujets qui ont recours aux urgences psychiatriques. Sans y voir de relation immédiate et déterministe de cause à effet, il est intéressant de voir comment les sujets en détresse des urgences se situent dans un contexte social difficile, associant ainsi leurs souffrances à une place précarisée dans la société. Ils évoquent ainsi des difficultés à accomplir les exigences de performance individuelle et de mise en concurrence généralisée entre employés telles qu'elles s'instituent dans le monde de l'entreprise. La vague de suicide de septembre-octobre 2009 à France Télécom est peut-être une manifestation de cela. Même les situations de chômage sont imprégnées de cette norme de réussite individuelle puisqu'il existe des systèmes de sanction vers l'individu quand celui-ci refuse un emploi ou n'a pas montré de « motivation » suffisante à en chercher. Tout se passe comme si la société rendait tout possible et que les chances de réalisation de ces possibles par les individus dépendaient strictement d'eux-mêmes. C'est ainsi qu'Ehrenberg rappelle que le partage permis/défendu qui structurait la personne jusqu'aux années 60 en France, s'est trouvé progressivement remplacé par un partage possible/impossible. Le symptôme dépressif ne surgit plus à l'approche du défendu mais à l'approche de l'impossible à réaliser (plaçant du même coup le sujet dans l'injonction de l'activité et de l'action permanente, source d'épuisement ou de *fatigue*⁶⁵⁵, comme dit Ehrenberg).

En réalité deux mouvements délétères se superposent : les modalités nouvelles d'attachement à la norme et les exigences de la norme elle-même. L'attachement à la norme sociale n'autorise pas le jeu : il faut la réaliser toute puisqu'on se situe dans une société de la performance qui indique bien, par son nom même, que le ratage est une déviance, qu'une réalisation partielle de la norme est une insuffisance. En outre, la norme elle-même porte l'exigence et le discours de la réussite individuelle. De ce fait, l'état dépressif rend compte d'un lâcher prise à double dimension : j'essuie un échec dans les modalités de réalisation de la norme (alors que je m'y suis épuisé) et sa non-réalisation induit que je vis une situation d'isolement aigu puisque en tentant de la réaliser je me suis enfermé dans un processus d'isolement social appuyé sur les règles de l'autonomie et de la concurrence individuelle qui m'ont fait oublier la valeur du collectif. La norme contemporaine ne valorise pas le collectif en soi : au contraire, elle dit qu'on fait partie du collectif à partir du moment où l'on est un individu souverain. Du coup, c'est un *comme les autres* qui fonde la notion de collectif plus

⁶⁵⁴ Attention : la sexualité restera toujours au cœur des formations névrotiques en ce que l'ordre biologique ne sera jamais réductible à l'ordre symbolique. Mais notre réflexion porte ici sur les souffrances issues du rapport problématique du sujet aux normes sociales. A l'époque de Freud, le rapport du sujet à la sexualité se superposait à la problématique du rapport du sujet aux normes sociales. Preuves en sont les vagues d'indignation qui suivaient les parutions des travaux de Freud. On sait par exemple qu'il retarda la parution du *Petit Hans* tant il était conscient que la société autrichienne n'était pas en mesure d'accepter ses théories sur la sexualité infantile.

⁶⁵⁵ Le terme choisi par Ehrenberg est intéressant car au-delà du fait qu'il s'agit d'un signifiant très couramment utilisée au quotidien, il est aussi connoté dans le champ médical, notamment en psychiatrie comme symptôme.

qu'un *avec les autres*. On assiste à une disparition de la médiation singulier/collectif puisque cette *tension* est remplacée par une *confusion* entre le singulier et le collectif.

Au fond, certains patients des urgences expriment un manque de collectif en manifestant une déception dépressive par rapport à des attentes sociales qu'ils n'ont pas pu réaliser. Par leur demande, ils exigent une autre forme de l'organisation collective qui ne contienne pas en elle-même les germes contradictoires de sa dislocation. On comprend que la proposition selon laquelle faire partie du collectif (en accomplissant une norme) c'est se fondre dans des valeurs de réussite et de performance individuelle a de quoi rendre dépressif, voire fou. Il y a en effet une contradiction entre ce qui promet le sentiment d'appartenance et les moyens qui permettent de le mettre en œuvre puisque l'autre est mon semblable dans la mesure où il est mon concurrent... En somme, la forme du conflit psychique, source de la production de symptômes, a changé : la médiation singulier/collectif n'est plus problématique de la même manière. Dans le cas des névroses hystériques, la question est : comment rester parmi les autres malgré l'horreur apparente de mes désirs dont, pourtant, je me soutiens ? Dans le cas de la dépression contemporaine, la question est : comment rester parmi les autres et accomplir les conditions de l'identification sociale alors qu'on attend de moi que je me singularise au maximum, que je me fatigue à être moi ? C'est ainsi qu'Alain Ehrenberg affirme en forme de synthèse de son propos :

« La dépression amorce sa réussite au moment où le modèle disciplinaire de gestion des conduites, des règles d'autorité et de conformité aux interdits qui assignaient aux classes sociales comme aux deux sexes un destin ont cédé devant les normes qui incitent chacun à l'initiative individuelle et à devenir lui-même. Conséquence de cette nouvelle normativité, la responsabilité entière de nos vies se loge non seulement en chacun de nous mais également dans l'entre-nous collectif »⁶⁵⁶.

Ainsi, le sujet contemporain vit une forme de conflit psychique qui touche à sa place dans des activités sociales dont l'exigence contradictoire est de se singulariser et de faire lien à la fois. Le monde du travail est évidemment un espace de projection de ces conflits puisqu'il est un lieu de sociabilité important où les attentes de performances personnelles sont fortes. Par conséquent les situations de chômage sont aussi très difficiles à supporter psychologiquement puisqu'elles sont vécues comme un échec à avoir su gérer la forme perverse de la médiation singulier/collectif évoquée plus haut ou comme une incapacité à la mettre en œuvre, à la démontrer, pour s'insérer socialement en (re)trouvant du travail.

On verra plus bas ce qui selon Guillaume Le Blanc peut constituer une clinique de ces souffrances spécifiques et dont on a des exemples aux urgences. Car s'il y a le questionnement, voire la remise en question, toujours possible et saine, des normes sociales sur le plan de la lutte politique, il y a aussi la manière dont le sujet peut s'écarter de la norme valorisée et instituée dans différents champs du social, c'est-à-dire la subjectiver avant qu'elle ne l'assujettisse.

Christophe Dejours, dans son livre *Souffrance en France*, nous apporte un autre éclairage sur ce qui peut expliquer le phénomène d'attachement inconditionnel à la norme des sujets d'aujourd'hui. Nous considérons la réflexion de l'auteur comme un enrichissement de la pensée d'Ehrenberg en ce qu'il y apporte des éléments de clinique. En effet, alors qu'Ehrenberg prend la clinique de la dépression comme corpus sur

⁶⁵⁶ *La Fatigue d'être soi, op.cit., p.10. Attention : la question n'est pas non plus d'avoir la nostalgie d'une société disciplinée ou disciplinaire. La question est plutôt de comprendre que les sujets vivent et souffrent non plus avec des interdits, mais avec des libertés qui donnent une autre forme au lien social.*

lequel il produit une analyse de discours puis des conclusions sociologiques, Dejours fait de la clinique qu'il rencontre sur les lieux du travail la source empirique de ses développements théoriques. Pour analyser la souffrance au travail, Dejours rend compte, comme Ehrenberg, d'un contexte sociopolitique et idéologique qui met dans notre société la logique économique libérale au cœur d'une nouvelle norme. La vie économique est conçue comme une guerre où survivent et meurent des entreprises, où l'on doit accepter des sacrifices au nom de la raison économique qui laisse sur le bord de la route des sujets qui ne sont pas capables de remplir les exigences de rentabilité et de performance à mettre en œuvre pour tenter de gagner les combats de cette guerre. Pour ceux qui restent dans les entreprises, prêts au combat, on exige d'eux toujours plus de rentabilité, de discipline et de don de soi pour contribuer à maintenir la santé, toujours dite fragile, de l'entreprise. Dejours souligne à ce propos toutes les métaphores médicales, chirurgicales et hygiénistes qui qualifient le monde de l'entreprise aujourd'hui où telle structure va être soumise à un « dégraissage » et telle autre à un « décrassage ». Autrement dit, une menace constante pèse sur les employés des entreprises qu'on enrôle dans des comportements sacrificiels délétères au nom de la survie de l'entreprise, toujours au combat, dans le champ de bataille économique. Ainsi, l'investissement subjectif dans l'entreprise, l'attachement à l'entreprise et à ses normes se produit dans des conditions toutes particulières. Pour Dejours, un oubli de soi se produit dans le monde de l'entreprise car l'attachement à l'entreprise et le rapport au travail ne se justifient pas/plus par une quête d'accomplissement subjectif (recherche de sociabilité, sécurité financière pour l'accomplissement de désirs personnels, promesse de bonheur, quête d'un statut social) mais se fondent sur la perspective de lendemains menaçants (disparition de l'entreprise ou de mon poste) qui impliquent un abandon des désirs propres du sujet au profit d'une aliénation aux normes de l'entreprise pour qu'elle survive puisque sa survie est condition de la propre survie du sujet au travail (c'est en tous cas ce que font croire les idéologues de la raison économique). On voit donc bien encore une fois comment le contexte sociopolitique, orienté par une croyance forte dans les logiques économiques libérales comme fondement du bonheur des sociétés, est susceptible d'enfermer des sujets dans l'accomplissement inconditionnel de normes et produire des « hommes normaux », pour reprendre l'expression de Le Blanc.

Cependant, Christophe Dejours, en tant que clinicien, se refuse à observer un rapport déterministe entre un contexte idéologique et la souffrance de sujets, car ce serait cette fois abonder dans le sens d'une raison sociologique toute puissante. Non, Dejours ne cherche pas à traquer dans le modèle politique et économique de notre société toute l'origine des souffrances. Ce serait en effet prendre acte que la subjectivité n'existe pas et considérer l'économie libérale comme un rouleau compresseur des âmes, comme un *deus ex machina* régissant absolument la conduite des sujets. Pour Dejours, un système ne fonctionne que si des sujets contribuent à le faire fonctionner, même inconsciemment. Selon lui, il n'y a pas que les tenants de la logique libérale et les dirigeants d'entreprise qui contribuent à entretenir ce système entrepreneurial et de gestion des ressources humaines délétère. Les victimes elles-mêmes contribuent au système d'une certaine manière, en adhérant à « *la cause économiciste* »⁶⁵⁷. La question de Dejours est alors de comprendre quels sont les « *ressorts subjectifs du consentement* »⁶⁵⁸ à participer à un système destructeur et délétère pour la santé physique et psychique. On rejoint là notre problématique de l'attachement à la norme. Dejours pointe ainsi le paradoxe que « *c'est par la médiation de la souffrance au travail que*

⁶⁵⁷ DEJOURS, Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, 1998. Coll. « Points », p.22

⁶⁵⁸ Ibid., p.16.

se forme le consentement à participer au système »⁶⁵⁹. Pour Dejours, la question « *n'est pas de chercher à comprendre la logique économique, mais de suspendre au contraire cette question, pour concentrer l'effort sur l'analyse des conduites humaines qui produisent cette machine de guerre et sur celles qui conduisent à y consentir, à s'y soumettre* »⁶⁶⁰.

Le modèle théorique de Dejours est intéressant (et nous verrons plus bas qu'il a des résonances dans des fragments cliniques de notre journal d'observation) : il montre qu'il y a un rapport entre le social, le politique, l'économique et le subjectif mais ce rapport n'a pas un sens précis ni déterminé où un terme du rapport influencerait sur l'autre de manière mécanique. Ce rapport est d'ordre dialectique et il ne peut en être qu'ainsi tant les termes du rapport sont de nature hétérogène et ne peuvent s'articuler que sur le plan des représentations et du sens (quel est le sens que le sujet met dans son travail pour lui-même contribuer à un système qu'il répugne et qui le fait souffrir ?). Autrement dit, le système d'organisation de la vie économique et de la vie de l'entreprise est, au mieux, un terrain favorable ou encourageant à l'accomplissement de processus psychiques qui contribuent à l'effacement du sujet et à son attachement parfois pathologique à des normes qui sont contraires au maintien de sa vie physique et psychique. Ce sont ces processus d'aliénation retorse à la norme que Dejours va décrire. Ils concernent et sont investis par des sujets qui ne sont parfois pas en mesure de les supporter : depuis toujours ou à l'usure ; on finit parfois par les rencontrer aux urgences psychiatriques⁶⁶¹. A partir de son expérience clinique, Dejours fait ainsi état de ces moments de relâchement des défenses psychiques quand le sujet est épuisé de s'attacher, les yeux fermés (Dejours parle de « *stratégies des œillères* », de « *tête dans le guidon* »), aux normes de l'entreprise qui ne lui laissent pas sa place de sujet :

« c'est dans ces conjonctures qu'on assiste à des décompensations psychopathologiques. Celles-ci prennent deux formes principales. La première, c'est l'effondrement, le découragement, le désespoir, avec à l'horizon le spectre de la dépression, de l'alcoolisation, voire, comme cela s'observe actuellement de façon sporadique mais non exceptionnelle, le suicide. Le seconde consiste en un mouvement réactionnel de révolte désespérée, qui peut aller jusqu'à des actes de violence, de casse, de fauche, de vengeance, de sabotage... »⁶⁶².

Quels sont alors, ces ressorts subjectifs du consentement, ces processus délétères d'attachement exclusif à la norme ultra-exigeante et presque surhumaine (inhumaine) de l'entreprise ? A la lecture de l'ouvrage de Dejours, nous en retenons au moins un car il est susceptible d'éclairer notre réflexion sur les normes et l'urgence psychiatrique.

La grande hypothèse de Dejours qui sous-tend tous les développements de l'ouvrage est que notre société connaît un processus croissant de banalisation du mal qui déconnecte le sentiment du malheur de celui de l'injustice. L'auteur rappelle que le sentiment d'injustice ne peut émerger que si l'on arrive à trouver des responsabilités au malheur. Or, l'idéologie

⁶⁵⁹ C'est ce que nous allons développer plus bas sur la question de la normopathie qui est une réponse paradoxale à la souffrance au travail : le sujet trouve un moyen de se protéger mais ce moyen entretient le système dès lors qu'il est adopté collectivement.

⁶⁶⁰ *Souffrance en France*, op.cit., pp15-16

⁶⁶¹ Je renvoie ici, au-delà de ce qui sera mis en relief à partir de mon journal ethnographique, au passionnant documentaire de Marc-Antoine Roudil et Sophie Bruneau : *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés* qui montre des entretiens cliniques dans un service de consultation médicale à Nanterre consacré à l'accueil de la souffrance au travail. On y voit bien, dans le discours des patients, l'attachement subjectif à des conditions de travail qui sont en même temps source de souffrance psychique intense.

⁶⁶² *Souffrance en France...*, pp. 177-178

économiste, s'appuyant sur les théories économiques libérales de liberté du marché, attribue au destin la causalité et l'origine du malheur qui touche les exclus, les chômeurs et les travailleurs qui souffrent de leurs conditions de travail. En d'autres termes la raison économique a pris le pas sur la raison politique : contre qui mener une protestation individuelle ou un mouvement collectif pour réparer l'injustice quand c'est le marché, cette instance impalpable, qui dicte les comportements et a ses propres règles de valorisation ou d'élimination des contributeurs à la richesse de la société ? Comme le souligne Dejours, la raison économique « *fait passer pour un malheur ce qui relève en fait de l'exercice du mal commis par certains contre d'autres* »⁶⁶³. Dans ces conditions, on peut invoquer la logique économique pour justifier plus de rendement et de performance dans l'entreprise et on peut aussi mieux supporter la précarité et l'exclusion d'autrui comme conséquences automatiques des règles de l'économie qui régiraient le monde comme une main invisible et contre lesquelles on ne pourrait rien⁶⁶⁴. C'est une banalité que de dire que nous glissons vers une société où le politique s'efface au profit de l'économique. Mais doit-on pour autant regarder ce processus comme une fatalité ? Dejours nous invite à le comprendre en montrant que ce phénomène généralisé de banalisation du mal qui touche particulièrement le monde du travail est aussi le fait de chaque sujet qui y participe, le fait fonctionner ou le maintient inconsciemment alors même qu'il lui est défavorable. Il y a une série de processus psychosociaux qui conduisent à cette posture de banalisation du mal. Nous en évoquerons un, pioché dans les développements de Dejours : il s'agit de ce qu'il nomme le comportement défensif normopathique. Il nous intéresse particulièrement en ce qu'il détaille un processus contemporain d'attachement du sujet aux normes.

Pour Dejours, l'idéologie de la guerre économique est saturée d'un imaginaire de la peur qui contribue à construire un rapport spécifique des sujets à leur travail ou plus généralement à la question de l'emploi (qui concerne donc les travailleurs et les chômeurs). Une menace pèse sur les employés d'être emporté par le processus de précarisation ou d'exclusion sociale. La clinique de la souffrance au travail indique clairement une peur de perdre son statut ou sa place. La peur apparaît ainsi comme une menace venue de l'extérieur (la guerre économique et le spectre du chômage qui agissent selon une logique évidente et naturelle) qui vient faire vaciller le sentiment de continuité qui structure l'identité de chacun au travail. L'image de soi au travail est ainsi toujours ébréchée par le sentiment du risque de perdre sa place. Dejours décline ainsi plusieurs sources de la souffrance au travail : la crainte de l'incompétence, le sentiment d'être contraint de mal travailler car les conditions de travail ne permettent pas la mise en œuvre sereine des compétences, les difficultés à obtenir de la reconnaissance dans un contexte généralisé de peur et donc de concurrence pour préserver sa place. L'époque contemporaine est ainsi marquée par des brouillages permanents de l'image de soi au travail. L'exigence croissante de faire preuve *individuellement* de ses compétences aboutit à se sentir toujours menacé, en demeure de prouver sa singularité en oubliant la dimension collective (de sociabilité) du travail qui contribue à structurer, par la reconnaissance des autres, les identités symboliques sur le lieu du travail. Comment s'identifier à un métier, à un savoir-faire, à une formation, à mes collègues si je suis mis en demeure de rendre compte, individuellement, de mon travail ? La dimension collective du travail est oubliée et elle rend donc impossible une articulation entre ma singularité (mes désirs : de contestation parfois mais aussi d'invention de ma tâche) et les contraintes

⁶⁶³ Ibid., p.23

⁶⁶⁴ Ce sentiment de fatalité se retrouve bien dans l'expression « *à la guerre comme à la guerre* » qu'entend Dejours dans ses consultations et qui laisse entendre, encore une fois, l'idéologie de la guerre économique à laquelle adhèrent les sujets souffrant au travail.

collectives du travail (normes de l'entreprise mais aussi relations sociales) qui me permettent de créer ma *place* au travail. Dejours indique alors que se déploie dans le monde de l'entreprise aujourd'hui une souffrance à deux visages : celle du sujet lui-même qui vit des conditions de travail difficile et une souffrance qu'il qualifie d'éthique et qui « *résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il réprouve moralement* »⁶⁶⁵. Cette deuxième souffrance est directement liée au délitement du collectif dans le champ du travail : le sujet est parfois amené à mettre en danger son collègue ou son subalterne pour conserver sa propre place.

Cette souffrance à deux visages est insupportable et impossible à justifier. Des sujets vont donc développer des comportements visant à la masquer ou plutôt à se rendre aveugle à son égard⁶⁶⁶. Les cliniciens du travail observent, vis-à-vis d'elle, des réactions défensives assez courantes chez les sujets concernés. Parmi ces opérations défensives, figure le glissement des sujets vers un comportement de type normopathique. Dejours donne une définition de la personnalité normopathe :

« la normopathie désigne des personnalités qui se caractérisent par leur extrême normalité, au sens de conformisme aux normes de comportement social et professionnel. Les normopathes ne comprennent pas pourquoi d'autres ne parviennent pas à s'adapter à une société dont les règles, pourtant, leur semblent relever du bon sens, de l'évidence, de la logique naturelle. Ils réussissent bien dans la société et le travail et se coulent dans le conformisme comme dans un uniforme »⁶⁶⁷.

La clinique du travail montre ainsi que pour se protéger de sa propre souffrance et du sentiment douloureux de voir souffrir ou de faire souffrir les autres, le sujet s'invente une personnalité hyper conforme aux attentes de l'entreprise en masquant complètement ce qui le singularise et pourrait l'éveiller à penser sa propre souffrance et celle des autres, par identification. En quelque sorte, le manque de collectif est remplacé par une identification excessive aux normes de l'entreprise, une intériorisation extrême et sans distance de ces normes, pour s'éviter l'identification aux collègues qui jouerait comme révélateur de la souffrance propre du sujet et de celle des autres. Dans la normopathie, le miroir social n'est pas à l'œuvre et est même mis à distance par une opération de substitution de la vie collective par une vie individuelle qui se rassure dans l'exécution intensive des normes qui peut être ressentie comme la réalisation d'un rapport au collectif, mais au rabais, puisque l'autre n'y est pas directement impliqué⁶⁶⁸. Ce comportement défensif, qui consiste donc à naturaliser les conditions de travail en exécutant à la lettre les protocoles, s'observe dans le monde de l'entreprise chez de nombreux travailleurs qui « *gardent la tête dans le guidon* »⁶⁶⁹. En adoptant cette défense (inconsciente) le sujet protège sa place en accomplissant ce que

⁶⁶⁵ *Souffrance en France*, op.cit., p.44

⁶⁶⁶ On est là proche de la définition psychanalytique de la défense qui consiste à refouler et dénier les manifestations du réel (pulsion) pour assurer l'illusion de continuité symbolique du moi. Ici, c'est le réel du travail, en quelque sorte, contre lequel le sujet se défend pour maintenir du mieux possible une identité symbolique au travail ultra fragilisée aujourd'hui.

⁶⁶⁷ *Souffrance en France*, op.cit., p. 164

⁶⁶⁸ Puisque les normes à accomplir se réfèrent au poids du destin, à une causalité puisée dans les logiques économiques dont personne ne serait responsable.

⁶⁶⁹ Et qui finissent parfois par s'épuiser et se déprimer à accomplir un travail sans désir. Ce sont ces sujets qui arrivent en consultation de médecine du travail ou aux urgences psychiatriques quand une manifestation de leur désir a sans doute ébranlé la résolution normopathique.

l'entreprise veut de lui (mais il est prisonnier de l'imaginaire de la menace permanente du monde économique) et il « *achète l'innocence à bas prix* »⁶⁷⁰ en s'empêchant de penser sa condition et celle des autres. Ici, Dejours fait référence à Arendt dans son analyse du procès Eichmann où celle-ci s'indigne du registre de discours de celui qui organisa, dans l'Allemagne nazie, le transport des Juifs vers leur extermination. Elle se rend cependant compte de la manière dont l'appel au conformisme est un moyen courant de se protéger de l'horreur de soi et de l'horreur des autres. Dejours cite les premières pages de la *Vie de l'esprit* :

« Clichés, phrases toutes faites, codes d'expressions standardisées et conventionnelles ont pour fonction reconnue, socialement, de protéger de la réalité, c'est-à-dire des sollicitations que faits et événements imposent à l'attention par leur existence même. (...) C'est cette absence de pensée – tellement courante dans la vie de tous les jours où l'on a à peine le temps et pas davantage l'envie de s'arrêter pour réfléchir – qui éveilla mon intérêt ».

La normopathie, pointée par anticipation par Arendt chez Eichmann et dans ce qui a fait fonctionner le système nazi, serait alors un comportement défensif consistant en la réduction de la capacité de juger, en la suspension de la capacité de penser autrement que pour la mise en œuvre de protocoles, de phrases et de comportement qui viennent de l'extérieur.

Dejours finit par souligner que le comportement normopathique mis en œuvre pour se protéger, quand il se multiplie et se généralise chez l'ensemble des travailleurs, aboutit à faire fonctionner le système délétère du travail que ces sujets veulent précisément fuir en se réfugiant dans la normopathie. Car, précise Dejours, tout sujet qui exprime un écart par rapport à la norme (et donc un discours critique ou désirant sur la vie au travail) se heurte à ceux qui, massivement, se défendent par la normopathie...

Au final, ce que nous évoque la lecture des travaux de Dejours et d'Ehrenberg, c'est que nous vivons dans une époque qui favorise un attachement pathologique aux normes. Ce que montre Guillaume le Blanc sur le plan de la réflexion philosophique en forgeant le concept « d'homme normal » (prisonnier des normes) se trouve confirmé par l'analyse sociologique et l'analyse clinique.

On pourrait se dire que la recherche d'accomplissement des normes de la société de la performance et que les comportements de type normopathique en entreprise sont des modalités contemporaines d'accomplissement de la médiation singulier/collectif, une nouvelle forme du contrat social qui articule le fait individualiste contemporain avec des manières de se rattacher tout de même à des bribes de collectif pour que la société ou l'entreprise n'implorent pas. Cependant, il nous semble qu'il nous faut avoir une définition plus rigoureuse et exigeante de la médiation. Car peut-on vraiment parler de médiation singulier/collectif quand la définition de la singularité est réduite à l'individualisme et oublie la logique du désir ? De même, peut-on parler de cette médiation en réduisant la notion de collectif à la réussite dans l'accomplissement des normes sociales et professionnelles et en oubliant les logiques symboliques de l'identification, de la reconnaissance et de l'appartenance ? Ce que nous montrent Ehrenberg et Dejours, c'est que notre société appauvrit ce qui fait le lien entre la singularité de chacun de nous et le collectif. En effet, le rapport à la norme n'est pas assimilable au rapport au collectif et la performance individuelle n'est pas assimilable à la singularité désirante. Cet appauvrissement qui crée des avatars de désirs (l'individualisme normé) et de faux sentiments du collectif est source de souffrance pour les sujets. L'accomplissement de la norme devient le gage de l'appartenance au

⁶⁷⁰ *Souffrance en France*, op.cit., p. 172

collectif au lieu qu'elle soit simplement une mesure et une référence comportementale à accomplir avec des écarts pour laisser la place à une vie désirante qui prenne acte du collectif mais qui trouve les moyens de s'en accommoder singulièrement.

Nous avons le sentiment que les sujets qui ont recours aux urgences psychiatriques sont à la recherche d'une possibilité de reconstruire la médiation dans des coordonnées anthropologiques, c'est-à-dire qui respectent le fait que l'homme est un animal politique pour qui doivent être reconnues à la fois sa vie biologique et désirante d'une part – ce qui permet de se sentir vivant – et son inscription dans la sociabilité d'autre part comme garantie de reconnaissance symbolique de sa propre existence par l'autre et par les autres. *L'accueil de psychiatrie, aux urgences, nous semble donner une consistance au collectif qui ne soit pas réductible à la norme. Aux urgences, en effet, la norme vacille plus qu'elle n'écrase, certainement parce que le signifiant de l'urgence flotte.* Aussi, les représentations du collectif émergent de multiples façons qui ne sont pas toujours un rappel à la norme (théâtralisation de l'institution, nous l'avons vu) ou en tous cas à une norme univoque, unique, absolue. De plus, l'accueil de psychiatrie aux urgences reconnaît la logique du désir au fondement de la singularité et lui donne une consistance qui se lit dans la façon dont les psychiatres accueillent et donnent un statut spécifique à la parole des patients.

Avant de poursuivre la réflexion, nous souhaitons illustrer les propos précédents en apportant quelques éléments ethnographiques et cliniques issus de notre expérience de terrain.

Le premier fragment clinique est celui de Madame V. (*observation 13*). Il s'agit d'une femme très dépressive et mélancolique avec de fortes idées suicidaires qu'elle met à exécution à répétition dans de graves tentatives de suicides qui atteignent fortement sa santé physique. Si la patiente présente quelques troubles du comportement, elle n'est pas folle, elle n'est pas hors-norme et peut tranquillement vivre en société. En réalité, Madame V. nous semble incarner la souffrance de l'homme normal décrite par Le Blanc. Les explications de la patiente sur son état dépressif montrent qu'elle a « décroché » de la société de la performance. On s'aperçoit bien, dans son discours, que sa souffrance est en rapport avec une norme qu'elle voudrait accomplir mais qu'elle ne peut pas réaliser. Sa souffrance ne s'exprime pas dans le registre de la révolte, ce qui serait déjà le signe d'un désir de vie, d'un désir de s'écarter de la norme, mais plutôt dans celui de la fatigue ou de l'épuisement de ne pouvoir réaliser les attentes de la société de la performance. Les quelques propos de Madame V. que nous avons pu relever prennent sens, en creux, par rapport à l'horizon d'être performant. Pour signifier son impossibilité de sortir de son état dépressif (qu'elle met en scène dans la position même de léthargie qu'elle prend sur son lit d'hôpital), elle fait le choix d'une métaphore qui interpelle en affirmant qu'elle « *ne remonte pas la pente* ». Cette métaphore est certes classique chez les sujets qui cherchent

à exprimer l'abattement d'un état dépressif, mais si on la lit *au pied de la lettre*⁶⁷¹, on voit qu'elle est typique d'un sujet prisonnier des normes de la société de la performance car elle évoque l'idée d'un effort ascendant, toujours plus exigeant. De même, pour justifier son acte suicidaire, Madame V. dit qu'elle prend des somnifères pour oublier « *le quotidien où il n'y a rien à faire* ». L'inactivité est l'angoisse typique de la société décrite par Ehrenberg. Autrement dit, Madame V. exprime sa souffrance en référence à une norme sociale qu'il faudrait qu'elle accomplisse sous tous ses aspects, objectif ou chimère vis-à-vis desquels

⁶⁷¹ Lire le discours des patients au pied de la lettre est une recommandation clinique récurrente chez Jacques Lacan. Cela permet de dégager les expressions galvaudées de leur signification sociale pour mieux y entendre la vérité du sujet qui a employé cette expression plutôt qu'une autre et qui s'institue donc dans le symbolique de manière singulière.

elle a le sentiment permanent et têtue qu'elle échoue. Le conflit psychique prend racine dans la dialectique échec/performance.

Il faut aussi être très attentif à ce qui précède les passages à l'acte de Madame V. Celle-ci fait ses tentatives de suicides au moment même où elle prend la résolution d'aller signer sa lettre de licenciement auprès de son employeur. N'y a-t-il pas, ici, une résonance avec ce que décrit Dejours ? On peut comprendre ses passages à l'acte de multiples manières, mais il y a en tous cas une sorte d'équivalence mise en acte, mise en symptôme, entre le travail et la mort. Pour Madame V., il n'y a pas d'autres alternatives au licenciement que la mort. Dans la logique de Madame V. se faire licencier c'est équivalent à mourir puisqu'elle peut remplacer la démarche par une tentative de suicide. Aller signer son licenciement, c'est comme aller signer sa propre mort. On voit bien ici comment le monde du travail n'est pas en mesure d'être interrogé ou remis en cause, comme dans le comportement normopathique. Pour reprendre le raisonnement de Dejours, le licenciement est ressenti comme le fait du destin ou de la logique économique. Il n'est alors pas étonnant que la mort, comme métaphore du destin, intervienne comme aboutissement logique chez Madame V. Ce qui permettait certainement à Madame V. de se protéger de la souffrance au travail (le non questionnement et la réalisation à l'extrême – normopathique – d'une norme) est ce qui la pousse aujourd'hui vers la mort : comment envisager autre chose que la mort lors d'une annonce de licenciement quand on n'a jamais eu le loisir de (ou qu'on ne s'est jamais autorisé à) faire jouer la norme en vigueur sur le lieu du travail ? Madame V. incarne pour nous les situations de décompensation décrites plus haut par Dejours.

Plus brièvement, on peut aussi renvoyer aux cas de Monsieur K. (*fragment 5*) et de Monsieur N. (*fragment 12*). Ces cas sont singuliers et a priori irréductibles l'un à l'autre. Cependant, ce qui les réunit, c'est que ces deux patients, dans les explications qu'ils fournissent pour rendre compte de leur recours aux urgences, évoquent un sentiment de déqualification sociale. Monsieur K. fait remonter le début de ses problèmes à une perte de reconnaissance au travail ; Monsieur N. pointera dans le récit des origines de son alcoolisme le fait qu'il a connu beaucoup de stress dans son ancien métier de parfumeur. Surtout, il insiste sur son profond sentiment d'insuffisance à ne plus pouvoir aujourd'hui exercer ce métier pour lequel il s'estime d'une grande compétence. Il raconte ressentir cette insuffisance en comparant son ancienne activité aux tâches qu'on lui demande d'accomplir au CATTP pour lesquelles n'est attendue aucune compétence propre. Encore une fois, le stress au travail n'est pas interprété comme une responsabilité de l'entreprise, mais comme une insuffisance du travailleur.

Suite à ces détours nécessaires, il est maintenant temps de reprendre appui plus franchement sur la réflexion de Guillaume Le Blanc. Récapitulons d'abord où nous en sommes. Notre but théorique est de faire se rejoindre ce que nous avons élaboré sur la flottance du signifiant de l'urgence avec l'idée que la plupart des patients de l'urgence sont malades d'être ou d'avoir trop été prisonniers des normes. On a pu montrer, grâce à Le Blanc que le rapport du sujet à la norme, pour qu'il y ait une vie psychique possible, devait se construire dans une dialectique qui préserve à la fois la possibilité de se référer à une norme pour exister parmi les autres, tout en se réservant un espace de jeu vis-à-vis de cette norme, un espace de contestation, une possibilité de détournement singulier, qui permettent de préserver une vie désirable. Et il s'agit vraiment d'une dialectique car : sans norme, pas de désir possible (car la norme est la mesure du désir, en quelque sorte) et trop de norme intériorisée par le sujet équivaut à ne pas laisser de place à l'insertion du désir pour la subvertir (c'est-à-dire la garder comme une référence tout en la retournant).

Constatant qu'aujourd'hui de plus en plus de sujets s'enferment pathologiquement dans la norme au lieu de jouer avec elle dans une tension dialectique attachement/subversion, Le Blanc entrevoit une clinique de l'homme normal⁶⁷² qui consisterait, pour le sujet, dans un réaménagement de son rapport à la norme qui soit une ouverture nouvelle sur sa vie psychique et désirante.

Nous arrivons alors au terme de notre raisonnement où nous faisons l'hypothèse que *la clinique des urgences est la clinique de l'homme normal décrite par Le Blanc pour autant qu'elle laisse flotter le signifiant de l'urgence*. Autrement dit, la vision que Guillaume Le Blanc propose de la clinique de l'homme normal est en mesure de constituer un modèle interprétatif pertinent de l'accueil de psychiatrie aux urgences. Reste à savoir où il est possible d'introduire la notion de flottance que nous avons forgée plus haut dans les formulations de Le Blanc.

Pour l'auteur, une clinique qui permette à un sujet de sortir de sa condition d'homme normal⁶⁷³ consiste en une opération bien précise :

« une clinique de la souffrance psychique ne pas consister simplement à soulager l'individu en lui donnant les moyens de se réadapter aux normes en vigueur dans une société. Elle n'est pas une technique de réadaptation mais plutôt un protocole d'aide, émergent de l'intérieur d'une souffrance, destiné à soutenir à nouveau une créativité de la vie psychique et ainsi susciter les conditions d'une vie non pas normale mais d'une vie pouvant être menée dans les normes mêmes que la vie psychique est parvenue à créer ».⁶⁷⁴

Prenant appui sur ses éléments de réflexion précédents, Le Blanc milite pour une clinique qui n'aboutisse pas à normaliser la vie, qui ne prescrive pas, mais qui permette au sujet en détresse d'élaborer une *version singulière* des normes qui structurent l'appartenance au collectif. Cette définition de la clinique nous semble désigner exactement ce qui se produit dans l'accueil d'urgence en psychiatrie. La proposition, par les psychiatres, du signifiant flottant de l'urgence indique au sujet qu'il faut bien se référer à une norme mais que celle-ci ne doit pas venir seulement de l'extérieur. En quelque sorte, l'urgence est prononcée par l'Autre qui lui donne sa valeur de norme, de lien au collectif, mais c'est le sujet qui capitonne le sens de l'urgence pour élaborer une version singulière de la norme et y introduire son désir. Mais alors, l'orientation vers telle ou telle structure de soin que le psychiatre donne au sujet n'est-elle pas une prescription, une normalisation de la vie, où c'est l'autre qui sait, à la place du sujet, ce qui sera bien pour lui ? Nous ne le pensons pas et il est encore possible, pour le montrer, de renvoyer au fragment clinique de Monsieur A. (n°11) où la solution du morceau de papier, inventée par la psychiatre, reconnaît le désir d'errance de Monsieur A. Il est bien clair qu'ici la psychiatre n'a pas répondu à un appel bien pensant de l'Autre, mais bien au désir du sujet, car quelle norme sociale édicte qu'on peut laisser un homme errer ? La psychiatre a fait vaciller la norme sociale qui « interdit » d'avoir la responsabilité de laisser

⁶⁷² Chapitres 10 et 11 des *Maladies de l'homme normal*, op. cit.

⁶⁷³ Et qu'il devienne un homme ordinaire, c'est-à-dire un homme qui peut vivre dans un ordre sans y être aliéné ni sans prétendre à l'exceptionnel, c'est-à-dire à s'en détacher complètement. Le Blanc développe cette idée dans *Vies ordinaires, vies précaires* (Seuil, 2007). Il se réfère notamment à la psychanalyse freudienne. Dans l'exposé des cas comme Dora ou le Petit Hans, Freud rend compte du travail du psychisme qui se manifeste par le *frayage* de la sexualité dans le langage et les normes. La figure du frayage rend bien compte d'un avec et contre les normes à la fois. Dans la *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Freud rend compte aussi que la vie ordinaire, en apparence la plus banale, regorge de manifestations acceptées (parce que masquées) du désir.

⁶⁷⁴ *Les maladies de l'homme normal*, op. cit., p.134

autrui dans l'errance et la précarité pour construire une clinique au plus près du désir du sujet, c'est-à-dire qui laisse le droit à l'errance tout en donnant les signes de l'existence du collectif. De ce point de vue, et contrairement à beaucoup d'idées reçues sur la clinique psychiatrique⁶⁷⁵, *l'accueil d'urgence en psychiatrie nous semble un moment et un lieu de vacillement des normes au sein de l'espace public.*

En somme, la clinique de l'homme normal et la clinique des urgences mettent en rapport la question du sens et celle de l'identité comme deux termes indissociables. Guillaume Le Blanc pointe bien cela en affirmant que l'enjeu d'une clinique où la souffrance mêle psychique et collectif est de redonner au sujet la possibilité de construire un nouveau sens des normes (qui s'échappe de l'univocité et intègre la torsion singulière d'un dit social) : « *Une clinique de l'homme normal peut redonner à ce dernier la possibilité d'un nouveau sens des normes et contribuer ainsi à rendre possible une nouvelle expérience de soi dans les normes en suscitant des expériences psychiques inédites* »⁶⁷⁶. Aux urgences psychiatriques, c'est le travail des cliniciens de révéler au sujet la possibilité de ces expériences psychiques. C'est relever un lapsus (cas de *Justine*, de *Monsieur L.*), c'est révéler des comportements répétitifs (*Monsieur N.*) comme des expressions du psychisme et du désir non reconnues par le sujet et qui pourtant sont un point d'appui de l'identité singulière. Les urgences psychiatriques sont une voie de réhabilitation de l'identité du sujet où il lui est permis d'entrevoir (c'est fugace, c'est l'urgence) que le sens de sa propre identité s'élabore par une référence aux normes et par une attention à son désir qui se faufile dans ces normes :

« Jusqu'à un certain point, l'identité se fonde sur le déploiement des normes qui lui donnent consistance et cohérence. Jusqu'à un autre point, cependant, l'identité ne vaut que comme une ruse destinée à desserrer l'étau de normes trop contraignantes »⁶⁷⁷.

Le desserrage de l'étau des normes évoqué par Le Blanc désigne pour nous deux choses : c'est le désir de cela qui a provoqué le recours du sujet aux urgences (l'étau serrait trop fort) et c'est aussi la fonction de l'accueil d'urgence en psychiatrie. Pour Le Blanc, le desserrage de l'étau est une opération de subjectivation, « *une opération d'individuation rendue possible par le flottement des normes* »⁶⁷⁸. Il nous semble que les psychiatres prennent acte de la nécessité du flottement des normes dans l'urgence, précisément à travers ce que nous avons évoqué dans la conceptualisation de la flottance de l'urgence.

III. Des considérations sur la flottance de l'urgence aux questionnements sur le statut de la parole à l'hôpital : narration de sa vie par le sujet et risque de sacralisation de la parole

Les développements précédents ont montré que la clinique, aux urgences psychiatriques, ne se fait pas sans le sujet. En effet, faire flotter les signifiants ou faire vaciller les normes comme conditions d'accueil du sujet, c'est lui donner une place à occuper à l'intérieur même

⁶⁷⁵ Trop de travaux cherchent à montrer, avec des œillères à notre avis, les aspects punitifs de la psychiatrie. Cette thèse s'élève contre cette proposition globalisante qui s'appuie, selon nous, sur la puissance de l'audience des travaux de Foucault et de Goffman dans le champ des sciences sociales qui n'ont sans doute pas toujours été bien lus.

⁶⁷⁶ *Les maladies...*, op.cit., p.143

⁶⁷⁷ **LE BLANC, Guillaume. *Vies ordinaires, vies précaires. Seuil, 2007. Coll. « La couleur des idées », p. 210***

⁶⁷⁸ *Les Maladies de l'homme normal*, op.cit. p.159

de l'accueil institutionnel. Il nous semble que cette place, c'est celle d'abord de la parole et, au-delà, de manière plus générale, celle de la communication.

La question de la place de la communication à l'hôpital, et surtout de la façon dont elle intervient dans le soin, est primordiale. Elle débouche en effet sur des questions à la fois épistémologiques et politiques.

Sur le plan de l'épistémologie : on se rend compte que le champ de la santé peut être le théâtre de la réactivation de débats théoriques autour de la nature de la communication et de la définition de la vérité.

Sur le plan politique : centrer l'intérêt de l'analyse de la psychiatrie d'urgence sur la place donnée à la communication et sur les modalités d'émergence de la parole dans un lieu de l'espace public qu'est l'hôpital implique de penser la manière dont la parole, précisément, peut-être susceptible ou non de devenir une médiation de soin instrumentalisée ou instrumentalisable. Didier Fassin propose notamment un point de vue intéressant sur la manière dont la promotion du soin par la parole peut être une forme de gouvernement des sujets par l'écoute⁶⁷⁹. On tentera d'indiquer où se situe, de ce point de vue, la psychiatrie d'urgence, porteuse à la fois de la fonction politique de l'hôpital (dont le signe le plus voyant est la possibilité de contraindre la liberté de certains patients après les avoir écoutés) mais qui nous semble défendre une posture éthique dans son rapport à la parole et à la vérité (qui peut se lire, notamment, dans la manière de s'adresser à la police et d'accueillir les demandes des forces de l'ordre).

L'appel à la psychanalyse, à l'anthropologie, à la philosophie et à la sociologie comme nous venons de le faire dans ce chapitre pourrait laisser croire à un égarement méthodologique et épistémologique. Qu'est-ce que cette thèse donc à voir avec les sciences de l'information et de la communication ? Elle y est pleinement inscrite nous semble-t-il. Le choix de l'interdisciplinarité⁶⁸⁰ que nous avons fait depuis le début de la thèse ne doit pas faire écran aux conclusions que nous tirons sur la possibilité et la pertinence de rendre compte de la psychiatrie d'urgence en termes de communication. Au terme de chacune de nos réflexions, nous pensons avoir abouti à une rationalisation du phénomène que nous observons en termes de communication. Tout comme l'approche topologique (Chap. 1) ou l'approche par l'efficacité symbolique (Chap. 2) ou encore l'approche par les aspects tragiques et théâtraux de l'urgence (Chap. 3), la présente approche par la notion de *flottance* met au cœur de la psychiatrie d'urgence la question du sens et de la communication. L'approche multifocale que nous avons choisie cherche à montrer que la psychiatrie d'urgence problématise la question de la communication sous plusieurs angles : elle dialectise l'espace et la communication (Chap. 1) ; elle dialectise l'imaginaire et la communication (Chap. 3, entre autres) ; elle dialectise le symbolique et la communication (Chap. 2).

Ici, l'axe de lecture de l'urgence psychiatrique par la question de la flottance du signifiant de l'urgence distingue à nouveau deux manières d'exercer le soin à l'hôpital public entre somaticiens et psychiatres.

Nous avons pu voir que somaticiens et psychiatres s'opposent dans la manière de laisser flotter le signifiant de l'urgence. On peut aller plus loin en disant qu'entre ces deux postures de soin, la communication n'est pas envisagée de la même manière.

⁶⁷⁹ FASSIN, Didier. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. La découverte, 2004. Coll. « Alternatives sociales ».

⁶⁸⁰ Qui est elle-même une marque de fabrique des SIC

Dans le cas de l'adhésion à la médecine scientifique (plus couramment invoquée par les somaticiens), le signifiant de l'urgence flotte peu et le médecin attend que le patient fournisse quasiment une expression de son symptôme dans les termes de la médecine. Selon la vision de la communication ici privilégiée, qui rappelle les utopies de la communication binaire analysées par Philippe Breton⁶⁸¹, la communication n'est qu'un outil de transmission d'information, elle est transparente et peut se réduire à l'énoncé. En quelque sorte, le somaticien est en attente de l'énoncé, du mot-clé, ce qui ne problématise pas du tout la place du patient dans le langage en situation de s'adresser au médecin. Ainsi, les aspects psychiques et sociaux de la souffrance ont tendance à être évacués, ou plutôt à être mal entendus, du fait même de la définition de la communication qui sous-tend cette conception de la relation thérapeutique.

Dans le cas de l'approche du soin par les psychiatres, le signifiant de l'urgence est laissé flottant. En termes de communication, cela signifie qu'il n'y a pas d'attente spécifique sur le plan de l'énoncé (puisque tout peut se mettre, a priori, sous le signifiant de l'urgence). L'énoncé est ici le contenant de l'énonciation, celle-ci intéressant au plus haut degré le psychiatre dans l'orientation de ses décisions cliniques. Autrement dit, la communication n'est ici pas considérée comme transparente. Au contraire, la posture de la psychiatrie est de prendre acte de la difficulté du sujet à s'insérer dans la communication, ce dont rend compte sa mise en œuvre personnelle du langage, c'est-à-dire son énonciation, ou sa parole.

On voit ainsi bien comment un débat théorique fort dans le champ des SIC sur la transparence ou l'opacité de la communication, sur sa technicisation, prend consistance pour lire des postures soignantes divergentes aux urgences (qui ont leur efficacité propre, chacune, nous le répétons). Le statut de la parole et de la communication aux urgences de l'hôpital public connaît donc des variations qui signent le fait qu'on *privilégie*⁶⁸² soit la dimension technique du soin, soit la dimension psychique et relationnelle du soin.

Plus loin, ce débat sur les conceptions implicites de la communication repérables chez les acteurs du soin renvoie à celui du statut et de la nature de la vérité dans le champ de la médecine. Nous retrouvons ici ce que nous avons déjà constaté sur ce qui constitue la frontière entre vérité du sujet et vérité de la science dans le champ de la médecine qui a à faire, en permanence, à la mise en œuvre d'une articulation entre le discours de science et les manifestations irréductibles de la subjectivité.

Au cours de nos réflexions, nous avons donc questionné la psychiatrie d'urgence au prisme de la communication et en comparaison à la logique de la médecine somatique. Nous lui avons, en quelque sorte, octroyé sa spécificité communicationnelle. Il faut désormais s'interroger, notamment sur le plan politique, sur le fait même que le soin psychiatrique s'institue par la communication. Le fait qu'il s'institue par la communication en fait-il un pur fait de communication ? Sinon, qu'est-ce qui vient contredire cette proposition ? Que penser du statut donné à la parole et à la communication dans le soin psychique à l'hôpital : que signifie, en effet, raconter sa vie dans une institution de l'espace public qui a aussi, sous certains aspects, du pouvoir ? La communication a-t-elle le même statut ici et dans le cabinet privé du psychanalyste ? Certainement pas, c'est ceci que nous voudrions maintenant discuter.

⁶⁸¹ BRETON, Philippe. *L'utopie de la communication : le mythe du village planétaire*. La Découverte, 2004. Coll. « Poche », Essais.

⁶⁸² Privilégier signifie qu'on n'observe pas de positions absolues : les psychiatres ne sont pas dans une conception purement relationnelle du soin ni les somaticiens dans une position purement techniciste de celui-ci.

Pour éclairer ce débat sur la dimension politique du soin en tant que celui-ci s'institue par la communication, nous ferons d'abord appel à deux auteurs. Il s'agit de Guillaume Le Blanc⁶⁸³ et de Judith Butler⁶⁸⁴. Il nous semble que pour eux le soin qui engage le sujet par l'énonciation a une dimension nécessairement politique. En réalité, c'est Guillaume Le Blanc, en réfléchissant à ce que pourrait être une clinique des précaires – comme celle qui concerne les personnes qu'on rencontre aux urgences psychiatriques –, qui fait appel à Judith Butler. Pour Le Blanc, le problème des précaires est qu'ils sont « sans voix », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de récit propre pour se caractériser qui puisse à la fois leur donner une place dans la société et qui les institue comme sujets singuliers (en tous cas en faisant l'expérience du clivage qui distribue l'identité du sujet entre l'identification aux autres et la part irréductible et désirante de son identité). Du coup, une clinique adaptée à ce genre de population met en place la possibilité, pour le sujet, qu'il se construise une *identité narrative* (le concept est repris à Butler, lectrice de Lacan, dans *Le récit de soi*). Pour Le Blanc, l'entrée dans une activité de narration de soi vers un autre (ce qui est en définitive proposé dans la psychiatrie d'urgence, mais aussi dans tous les dispositifs cliniques qui *donnent* la parole au sujet, qui instaurent une relation de transfert) institue proprement un « *homme relationnel* », c'est-à-dire un homme qui fait l'épreuve de sa singularité par le fait même qu'il est d'abord un être de relation, où l'Autre est en lui avant même qu'il ne parle. Le Blanc insiste sur ce qui peut permettre l'émergence d'une identité narrative, et il nous semble que cela correspond tout à fait à la posture de la psychiatrie aux urgences où l'on voit bien que le soin a une dimension politique dans la mesure où il est une œuvre de rattachement du sujet au collectif par le biais de la parole et de la communication. Lisons l'auteur :

« Que signifie restaurer la voix du précaire ? Aucunement parler à sa place mais lui permettre de retrouver un accès crédible à la parole. C'est uniquement grâce à l'audition effective du précaire dans la clinique que le précaire peut croire à nouveau en sa voix, croyance sans laquelle aucune identité narrative ne peut être maintenue. Les mots du précaire ne défont pas les maux sociaux ; ils les reconfigurent en un récit de vie auquel peut s'accrocher à nouveau une identité narrative »⁶⁸⁵.

Il nous semble que le soin des précaires envisagé de manière théorique par Le Blanc correspond bien au travail pratiqué dans la psychiatrie d'urgence, dont nous avons fait l'expérience dans notre enquête ethnographique. Les propos de Le Blanc rendent en effet compte à la fois de la flottance de l'accueil d'urgence (ne pas parler à la place du sujet, lui laisser disponible la signification de l'urgence) et de l'idée que dans l'expérience clinique, le sujet capitonne le social avec sa singularité (la reconfiguration, par les mots, des maux sociaux ; l'idée de reconfiguration en elle-même renvoie à ce que nous évoquions sur le travail qui se joue aux urgences avec et contre la norme).

Le Blanc va un peu plus loin et indique que la situation clinique consiste dans l'élaboration d'un « *texte à deux* », entre le sujet en détresse et le clinicien. Nous avons en effet bien montré que ce qui distingue le dispositif de la cure analytique de celui de l'urgence est bien que le rôle du psychiatre aux urgences est de proposer des signifiants (flottants, sans signifié, ceux-ci étant à construire par le patient) alors que l'analyste est plutôt dans une posture de simple ponctuation et d'orientation de la parole du sujet pour lui faire entendre

⁶⁸³ Dans *Vies ordinaires, vies précaires*. Seuil, 2007. Coll. « La couleur des idées ».

⁶⁸⁴ Dans *Le récit de soi*. P.U.F, 2007. Coll. « Pratiques théoriques ».

⁶⁸⁵ *Vies ordinaires,...* *op.cit.*, p.223-224

la part insue de son discours, ce qui se trame à travers l'apparente cohérence et clôture du langage⁶⁸⁶. Voici ce que dit Le Blanc :

« La co-élaboration du récit de vie de l'homme précaire ouvre un lieu de parole qui permet en retour de modifier le texte initial [celui dans lequel l'homme précaire s'enferme sans pouvoir faire une expérience de lui-même : le monde des normes inconditionnelles, par exemple] et d'opérer des déplacements sans lesquels la vie de l'homme précaire reste bloquée. La production d'un texte à deux est la condition d'un retour de la voix à partir de laquelle on peut envisager d'agir contre la précarité ».

Les urgences psychiatriques nous semblent constituer ces lieux de parole où s'élaborent des récits qui se constituent par des phrases entamées par les cliniciens (qui y mettent une dose de collectif) et achevées par les patients qui, selon le modèle du point de capiton de Lacan, les capitonent singulièrement⁶⁸⁷ en leur donnant un sens rétroactivement. Rendre compte des faits de communication qui se produisent lors des entretiens par la question de la narration de soi ou du récit se justifie pleinement dans la mesure où la trace, l'archive du passage du patient dans l'institution est un récit. Nous renvoyons pour cela aux analyses du DMU dans le journal d'observation (*observation 5* et *observation 8*). Nous avons d'ailleurs noté que ce récit était un mélange de phrases du psychiatre et de phrases du patient non modifiées (reprises au pied de la lettre) ou alors simplement changées par la contrainte de l'expression au style indirect ou indirect libre.

Mais cette effectivité du soin qui se réalise dans une situation de communication, par la parole ou le récit, est-elle toujours vérifiable ? C'est ici que le questionnement politique de la psychiatrie d'urgence prend une autre tournure. Jusqu'ici, nous voyions l'institution du soin par la communication comme une manière, pour le sujet, de restaurer le clivage fondamental nécessaire à sa vie sociale et singulière. Par la construction d'un récit sur moi-même, adressé à l'autre, je refais l'expérience structurante du miroir à partir de laquelle est permise l'identification à l'autre, une place dans le collectif, et à partir de la laquelle je fais l'expérience de mon désir, de ce qui est irréductible à l'autre. Le politique était ici problématisé autour de la question de l'appartenance. Politique et désir se mesuraient mutuellement dans l'expérience du miroir⁶⁸⁸.

Suite à cela, il faut se questionner sur le politique, non plus à partir de la question du lien social, mais à partir de la question du pouvoir.

Premièrement, il n'y a pas de relation automatique ni de cause à effet entre le fait de parler, de produire un récit sur soi et celui d'alléger ses souffrances. Cela, même la psychanalyse, qui centre son efficacité thérapeutique autour de la *cure par la parole*, le dit. Parler est une condition nécessaire mais pas suffisante pour que quelque chose se

⁶⁸⁶ Nous avons déjà vu, dans le chapitre sur l'efficacité symbolique et dans celui sur la tragédie, ce qui différencie cure analytique et soin psychiatrique. Dans la première l'énonciateur est principalement le patient et le psychanalyste se contente de « ponctuer » son discours, dans le second, l'énonciation est partagée alternativement entre le psychiatre et le patient.

⁶⁸⁷ Cette description est évidemment métaphorique, au service de la conceptualisation de ce qui fait la rencontre, dans un cadre communicationnel et dialogique, entre les patients et les psychiatres.

⁶⁸⁸ Cette définition du politique (qui se mesure à la singularité du sujet) est celle qu'on trouve finement exprimée chez Freud, dans *Le Malaise dans la civilisation*. Celui-ci montre que pulsion et civilisation semble suivre des chemins contraire alors qu'ils s'expliquent l'un par l'autre. Les développements sur la lutte entre Eros et Thanatos au cœur du fonctionnement de la civilisation sont de ce point de vue éclairant. L'analyse des tensions entre désir et politique est aussi rigoureusement exposée et analysée, dans le champ des SIC, chez Bernard Lamizet.

passer sur le plan thérapeutique. Autrement dit, si l'on se pose la question du pouvoir que la psychiatrie serait susceptible de retirer de son maniement des mots, il faut être prudent. En effet, nombreux sont les discours, même scientifiques, qui voudraient faire de la psychiatrie une pratique répressive. On se demande si cette facilité interprétative ne prendrait pas racine dans une peur ancestrale du fou furieux. En interprétant la psychiatrie comme répressive on réalise imaginativement le fantasme qu'elle le soit pour être protégé du fou, sous couvert de protéger soi-même le fou en dénonçant la psychiatrie... Certes, il ne faut pas fermer les yeux sur le fait que les psychiatres ont le pouvoir de prononcer, sous des modalités législatives très particulières qui indiquent qu'ils n'ont pas tout pouvoir non plus, des hospitalisations sous contrainte. Ces décisions arrivent souvent suite à des faits (violence contre autrui ou passage à l'acte contre soi-même) mais aussi suite à la simple écoute de la parole du patient (propos délirants ou suicidaires d'un patient qui refuse de se faire hospitaliser). Du coup, soigner par la parole ne signifie pas soigner sans pouvoir, en effet.

Cela dit, il faut se méfier d'une théorie trop performative du langage et il faut voir, sur le terrain, ce qu'il en est. Le grand constat à faire, c'est celui de la répétition, du recours répété de certains patients aux urgences. Je renvoie ici à notre étude statistique, placée en annexe, sur les recours au service d'urgence psychiatrique de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu où nous avons fait apparaître qu'il existait une véritable population de « chroniques de l'urgence ». Nous renvoyons aussi à la quatrième colonne de notre tableau récapitulatif des patients rencontrés au pavillon N. On s'apercevra combien certains patients sont des habitués du service. Cela signifie plusieurs choses. D'une part, il n'a pas suffi que les patients soient accueillis, parlent, ou dialoguent avec un psychiatre pour que leurs souffrances s'évaporent. D'autre part, Freud et Lacan l'ont montré, le symptôme, dans le champ psychique, s'inscrit dans la répétition. La cure par la parole n'a d'efficacité qu'à partir du moment où le sujet veut bien céder sur son symptôme (dont il a un bénéfice secondaire souvent) au gré d'un déplacement (d'ordre signifiant souvent, c'est pour cela que la parole est primordiale dans le soin) du désir ou de la libido qui pose problème vers un autre objet que le corps propre. Enfin, il arrive que la prise en charge d'urgence échoue à long terme du fait des contraintes institutionnelles. Le suivi thérapeutique dans le champ du psychisme doit se faire sur le temps long mais les orientations proposées par les psychiatres urgentistes aux patients ne sont souvent pas investies. Un transfert peut se produire entre patients et psychiatres, mais il devra être « transféré » vers un autre collègue, à l'extérieur du service d'urgence.... De plus, les files d'attente dans les institutions de soin psychiques sont très longues. Il faut à un CMP des délais de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois pour accueillir un patient en demande de soin psychique à la sortie des urgences, voire même d'une hospitalisation. Le désir de soin a le temps de s'éteindre et les raisons du symptôme qui ont émergées aux urgences ont dès lors le temps d'être refoulées par le sujet.

En somme, la narration de sa vie aux urgences est une condition nécessaire dans l'accueil de la détresse psychique mais n'est ni suffisante ni toute-puissante dans l'allègement de la souffrance ou dans le devenir du sujet.

Deuxièmement, il ne faut pas que la nécessité, presque anthropologique, de rendre compte de sa vie dans la narration devienne pour le sujet une façon de s'y enfermer et de ne plus pouvoir éprouver sa vie en dehors d'un récit clos (ce qui revient à se conformer entièrement à une norme qu'on a soi-même créée, à une forme de Surmoi freudien, donc).

Dans *Le récit de soi*, Judith Butler se pose la question de la limite entre nécessité de la narration de sa vie et enfermement du sujet dans un récit clos qui devient alors une norme. Voici ce que l'on lit page 53 :

« Naturellement, il est crucial d'apprendre à construire une narration, notamment si des morceaux épars de l'expérience restent distincts des autres en raison de conditions traumatiques. Et je n'entends pas sous-évaluer l'importance du travail narratif de reconstruction d'une vie autrement soumise à la fragmentation et à la discontinuité. On ne devrait pas sous-estimer la souffrance de celui qui subit des conditions de dissociation. Mais les conditions de la maîtrise absolue ne sont pas plus salutaires que celles de la fragmentation radicale. Il semble exact que nous pourrions bien avoir besoin d'une narration pour donner cohésion à des parts du psychisme et de l'expérience qu'on ne peut assimiler les unes avec les autres. Mais un excès de connexion peut conduire à des formes extrêmes d'isolement paranoïaque. En tous cas, ce n'est parce qu'une vie a besoin d'une structure narrative qu'elle doit être totalement rendue sous forme narrative ».

En somme, Butler réaffirme ce que nous avons décelé dans la clinique psychiatrique aux urgences. L'enjeu de la rencontre entre le patient et le clinicien réside dans la possibilité, pour le sujet, de construire un récit mais pour autant qu'il ne soit jamais clos⁶⁸⁹, c'est-à-dire qu'il garde *une importante dimension de flottance* à travers laquelle le sujet pourra préserver ce qui fait sa singularité. Butler, qui s'appuie sur la psychanalyse lacanienne, rappelle que le symbolique est rassembleur pour le sujet mais avec une contrepartie écrasante. Ainsi, le récit de soi adressé à l'autre (le clinicien) m'inscrit dans le symbolique, m'en fait à nouveau éprouver la consistance qui m'échappait dans le temps de la crise, mais il présente le danger de me rendre prisonnier d'une norme : *« Le « je » qui commence à raconter son histoire ne peut la raconter qu'en fonction de normes pour raconter sa vie »*⁶⁹⁰. Ainsi, le risque est que le sujet qui cherche, dans le récit, à se rassembler ou à fuir une souffrance imposée par des normes sociales, des normes d'une entreprise par exemple, s'aliène à la place dans les normes de l'institution de soin qui impose une façon de dire (c'est d'ailleurs le danger que pointe aussi Fassin ; nous l'observerons ensuite). Il ne s'agirait que d'un déplacement dans l'aliénation, en quelque sorte. Butler rappelle, avec Lacan, combien être sujet, c'est aussi avoir à faire avec le réel, avec l'irréductible du sujet au symbolique. Imposer au sujet qu'il se raconte absolument, qu'il se ramasse complètement dans un récit de soi considéré comme salvateur, c'est oublier ce qui constitue le propre du psychisme qui vit et s'exprime, paradoxalement, en échappant au symbolique et en s'appuyant dessus tout à la fois. Selon Butler, qui suit Lacan, le récit est toujours en excédent ou en manque par rapport aux exigences du psychisme et c'est cela que doit saisir le sujet pour rétablir la médiation entre sa singularité et le collectif. On peut lire chez Butler :

« Je suis certaine que le transfert peut faciliter la narration et que la narration d'une vie a une fonction cruciale, notamment pour ceux que l'expérience involontaire de la discontinuité afflige de manière profonde. Personne ne peut vivre dans un monde radicalement inénarrable, ni survivre à la vie qu'on ne peut absolument pas narrer. Mais il faut encore se souvenir que ce que l'on nomme « articulation » ou « expression » du matériel psychique excède la narration, et

⁶⁸⁹ Un récit clos, se pourrait être, par exemple, la réduction du patient à un diagnostic, ce que s'empêchent de faire les psychiatres aux urgences. Alors qu'ils pouvaient me confier que tel ou tel était malade d'une psychose maniaco-dépressive ou de troubles du comportement, jamais cela n'était annoncé au patient de manière aussi abrupte et fermée. Aussi, la plupart du temps, les psychiatres, dans le temps court de l'urgence, sont bien en difficulté pour dresser un diagnostic précis.

⁶⁹⁰ *Le récit de soi*, op.cit., p.53

que les articulations de toutes sortes ont leur limites nécessaires, étant donnés les effets structurant de ce qui demeure durablement inarticulable »⁶⁹¹.

On voit bien comment Butler prend acte de la formule de Lacan selon laquelle *la vérité n'est jamais qu'un mi-dire* et qu'il faut préserver cela pour le sujet qu'on invite à se raconter. En somme, chaque clinicien a affaire avec le manque du sujet et il doit tout tenter pour que celui-ci le comble, de façon à éviter un vertige délétère, tout en laissant au manque une place sans qu'il soit saturé d'un récit qui ne donne plus accès à la singularité du désir.

Certains auteurs, comme Fassin⁶⁹², estiment qu'un réel danger existe aujourd'hui car des institutions spécialisées dans l'accueil de la détresse psychosociale peuvent être amenées à utiliser le récit de soi (et notamment l'aveu des échecs sociaux du sujet) comme une condition d'attribution de droits. Dans ce cas, la valorisation de l'émergence de la parole est une idéologie qui renvoie en fait à une instrumentalisation de la communication dans le soin, à un gouvernement des sujets par l'écoute. Le danger que Fassin pointe est que le patient ou le sujet en demande d'aide (car il ne s'agit pas toujours d'institutions sanitaires) construise un récit de soi qui le culpabilise ou lui impose de prendre la langue de l'institution qui lui permette, stratégiquement, d'obtenir du soin ou des droits sociaux (leur renouvellement, souvent). De plus, l'auteur souligne que ce genre de discours emprunté que supporte le sujet demandeur ne sera jamais en mesure de réaliser « l'abréaction » propre au soin psychique. En effet, même s'il donne l'impression de rendre compte subjectivement de la souffrance, il n'est en fait, pour Fassin, qu'une retraduction artificielle des problèmes sociaux dans le langage du psychique, de la subjectivation. En somme, ni les problèmes sociaux, ni les problèmes personnels du sujet ne seraient fondamentalement résolus, mais le sujet en détresse aurait réussi une transaction avec l'acteur social en lui donnant une forme de discours attendu qui colore la détresse sociale du langage de la souffrance singulière. Les lieux d'écoute décrits par Fassin entreraient alors dans une idéologie bien contemporaine qui exige des sujets, pour qu'ils reçoivent une forme d'assistance de la société, qu'ils rabattent la souffrance sous une forme purement individuelle.

Qu'en est-il, de tout cela, dans ce que nous connaissons, par notre expérience de terrain, de la psychiatrie d'urgence ? La parole et l'écoute y sont-elles instrumentalisées pour prendre des décisions sur le devenir des sujets. Nous pensons que non. Pour cela, tirons un exemple du journal d'observation.

L'observation 12 rend compte d'un conflit à deux étages au sein du service d'urgence, mais autour de la même question. Il oppose tout d'abord un médecin somaticien et un psychiatre. Le premier demande au second d'examiner un patient en garde à vue pour savoir s'il est un « simulateur ». Le psychiatre refuse en disant que la simulation n'est pas une pathologie psychiatrique et qu'accepter un tel examen reviendrait à instrumentaliser la psychiatrie à des fins qui ne correspondent pas à une mission de soin. L'affaire qui a lieu durant une garde de nuit en reste à ce point, opposant les deux médecins. Elle est reprise le lendemain par le chef de service qui est aussi psychiatre. La police est présente dans le service et souhaite poursuivre la garde à vue du patient. Devant l'impatience des policiers et pour régler le conflit avec le somaticien, le chef de service accepte d'examiner le patient, mais il ne statuera pas sur la question de la simulation. Il indiquera seulement si oui ou non le patient est dans un état de santé qui permet à la garde à vue de se poursuivre. Il faut souligner ici la manière dont les psychiatres se prémunissent de faire de leur activité un alibi pour exercer un pouvoir sur un sujet. La police, alors qu'elle vient aux urgences pour avoir

⁶⁹¹ *Ibid.*, p.60

⁶⁹² *Des maux indicibles...*, op.cit.

une expertise sur la santé mentale d'un patient, est souvent en demande de renseignements qui viendraient alimenter son enquête auprès de son suspect. Les psychiatres ne répondent jamais à ces sollicitations en maintenant fermement l'idée qu'ils n'établissent pas la vérité de faits (comme le fait la police ou la justice), mais qu'ils approchent seulement la vérité du sujet (qui peut ne rien avoir à faire avec la réalité). Cela signifie que les décisions prises pour/avec les patients le sont à l'aune d'une écoute qui n'est pas un alibi pour gouverner les corps et les subjectivités, mais à la mesure d'un sujet singulier où se captonne un désir (une demande : le désir en mots) avec des solutions d'orientation.

Les cas de Monsieur C. (*fragment clinique 10*), de Monsieur A (*fragment clinique 11*) ou de Georgette (*observation 7*) que nous avons déjà largement commentés entrent dans la même logique où la psychiatre en charge des patients n'a jamais fait usage du discours du patient comme un prétexte.

Chapitre 6 : Epilogue théorique et épistémologique : la psychiatrie d'urgence comme structure de communication et de médiation

Nous souhaitons ici présenter une brève synthèse de notre travail, à la fois théorique et épistémologique, afin d'y indiquer clairement nos résultats ainsi que l'apport de notre thèse dans la réflexion épistémologique en sciences de l'information et de la communication.

Sur le plan théorique, d'abord, nous pensons avoir pu montrer que la psychiatrie d'urgence se comporte comme une structure de médiation. La validation de cette hypothèse est passée par un examen et une analyse pas à pas des dimensions symbolique, imaginaire et réelle de la psychiatrie d'urgence et de leur articulation les unes aux autres. C'est d'ailleurs précisément le fait qu'elles puissent s'articuler qui constitue proprement la psychiatrie d'urgence comme une structure de médiation. Ce résultat nous semble important à la fois sur le plan conceptuel et sur le plan politique.

Sur le plan conceptuel, il indique que le concept d'urgence, notamment quand il est mis en rapport avec la question de la communication comme ce fut le cas dans cette thèse, ne se réduit pas à la question de l'immédiateté. L'urgence, si tant est qu'on essaie de la définir à partir de l'examen attentif des pratiques qui l'entourent, se révèle être une « *affaire de médiations* »⁶⁹³, comme le remarque Yves Jeanneret dans ses propos conclusifs d'un colloque sur les figures de l'urgence et la communication. Il ajoute ceci : « *les hommes formulent, médiatisent, désignent, formatent, procèdent si l'on peut dire les situations d'urgence* »⁶⁹⁴. Il souligne ainsi ce que nous avons montré tout au long de notre thèse, à savoir que l'urgence, dès lors qu'elle se manifeste, convoque un retour des médiations. En cela, l'urgence est toujours-déjà dialectisée à la question de la médiation et de la communication. Les termes de Jeanneret sont précis et, d'une certaine manière, font écho à notre thèse : nous avons pu montrer combien dans la psychiatrie d'urgence s'articulaient ces différentes dimensions de la remédiation qui apparaissent à la fois sur un versant

⁶⁹³ JEANNERET, Yves. « Les multiples visages de l'urgence : point de vue sur les travaux ». In *Communication et organisation*. Juin 2006, n°29, *Figures de l'urgence et communication*. Actes du colloque de Bordeaux des 5 et 6 décembre 2005. Bordeaux : GRECO, p.243

⁶⁹⁴ Ibid., p.243

sémiotique (la parole, le sens, les formulations, les désignations, etc.) et sur un versant plus *technique* (tout ce qui relève des procédures de l'accueil hospitalier et qui pèsent sur les formes que peut prendre la relation thérapeutique). C'est d'ailleurs cette ligne de partage entre le sémiotique et le technique qui nous a permis de distinguer, tout au long de la thèse, les différentes modalités d'accueil et de soin entre psychiatres et médecins somaticiens. C'est bien ce que dit Jeanneret en considérant les rapports entre la notion d'urgence et celle d'organisation quand elles sont entrevues à travers le prisme de la communication : « *la complexité des rapports que la situation d'urgence développe entre le logistique et le symbolique est une occasion d'exercer l'analyse communicationnelle avec finesse* »⁶⁹⁵. Les services d'urgence sont ainsi des espaces où se joue une articulation entre, d'une part, des constructions de sens qui s'élaborent lors de la rencontre entre médecins et patients et, d'autre part, des nécessités institutionnelles et politiques qui définissent le cadre de ces échanges intersubjectifs.

Sur le plan politique, considérer que l'urgence est une structure de médiation, c'est réaffirmer que la médecine reste, malgré ses progrès techniques, qui ont ouvert à de grands succès thérapeutiques, une *activité relationnelle* qui ne peut évacuer ni les questions du langage, de la communication et du sens, ni celle du politique. Nous avons tenté de montrer que l'hyper-technicité de l'équipement des services d'urgence ne fera jamais s'évaporer les attentes de signification de leur malheur des sujets en détresse qui se présentent aux urgences de l'hôpital général. De même, les progrès techniques et « logistiques » de la médecine n'enserrent jamais pleinement la demande du patient, toujours en décalage par rapport aux propositions institutionnelles de l'urgence. L'urgence met ainsi en tension permanente l'imprévisible de la détresse et l'ordre institué par le collectif et les institutions.

Sur le plan plus épistémologique, maintenant, le traitement de l'urgence par les sciences de l'information et de la communication qui consiste, globalement, à mettre en tension urgence et communication, dévoile tout l'intérêt qu'il y a à introduire la question de l'instance du réel (l'incommunicable, l'irreprésentable) dans les études de notre discipline. L'urgence constitue sans doute un point à partir duquel il est possible de renouveler les études sur la communication parce qu'elle impose de partir d'un impossible à communiquer, ce qui s'oppose à toute une tradition de recherche, consacrée notamment aux médias et à l'espace public, qui envisagent la communication uniquement sous son angle de structuration des représentations et du fait politique, sans l'articuler nécessairement à ce qui fut sans doute la grande découverte de la psychanalyse, à savoir que rien ne se dit, rien ne s'écrit, rien ne s'échange sans un manque, un trou, une béance, un indicible qui est la condition de possibilité paradoxale de la parole et de l'échange symbolique. La place de cette béance dans la communication, et que nous révèle l'urgence, c'est ce qu'on appelle le réel. Yves Jeanneret, en se fondant sur les travaux de Bernard Lamizet⁶⁹⁶, indique, toujours en conclusion du même colloque, ce que pourrait être un approfondissement de la question de l'urgence en sciences de l'information et de la communication en invitant à poursuivre les réflexions de Bernard Lamizet « *sur ce qui relève, dans la communication, du réel, de l'imaginaire et du symbolique (...) car l'urgence est précisément une façon de définir la situation de communication dans une perspective qui associe nécessairement ces trois instances ((...))l'urgence, c'est le réel qui frappe à la porte, ce dont on ne sait pas bien ce qu'on peut en dire). Pour avancer dans une sémiotique de l'urgence, il faut*

⁶⁹⁵ Ibid., p.247

⁶⁹⁶ Les travaux de Bernard Lamizet, dès son ouvrage sur *Les lieux de la communication* (1992) qui a beaucoup inspiré cette thèse mais aussi dans *Politique et Identité* (2002) et *Sémiotique de l'événement* (2006) notamment, ont toujours envisagé la place du manque, du réel et de l'envers du sens, dans l'analyse des faits de communication.

reconsidérer le poids du réel dans l'ordre des signes »⁶⁹⁷. C'est à cet exercice que s'est prêtée notre thèse en essayant d'élaborer les outils méthodologiques nécessaires pour dégager le poids, les modalités d'articulation et l'importance relative les unes par rapport aux autres de ces trois dimensions dans la psychiatrie d'urgence. Y. Jeanneret nous invite ainsi à une déclinaison, appliquée au champ médical, particulièrement à la psychiatrie, d'une sémiotique de l'urgence développée en sciences de l'information et de la communication.

Le tableau qu'on trouvera ci-dessous propose une illustration synoptique de ce travail. On s'apercevra qu'il met le réel en bonne place, non sans l'articuler aux autres dimensions. Il appelle évidemment quelques commentaires et indications de lecture.

Il s'agit d'une grille de lecture qui permet d'interpréter l'urgence en fonction des trois instances du réel, du symbolique et de l'imaginaire. Deux catégories de l'expérience, le temps et l'espace, sont reliées à ces instances. Ces deux catégories nous ont paru essentielles à mettre en valeur et en fonction ici dans la mesure où notre thèse a tenté de montrer comment le soin, dans le champ de la psychiatrie, mettait en tension temporalité et spatialité. La dialectique de l'espace et du temps rend possible le soin dans l'urgence – les modalités d'usage de l'espace du service « dilatent » le temps de l'urgence – et, en même temps, elle rend bien compte de la tension entre le psychique et le politique dans le champ de la psychiatrie. La psychiatrie permet en effet d'instituer, pour chaque sujet, une médiation rompue entre la dimension subjective et la dimension collective du temps et de l'espace où *se situe* le sujet. En accueillant un sujet perdu dans le temps et dans l'espace, un sujet prisonnier d'une expérience impartageable du temps et de l'espace, la psychiatrie lui permet de retrouver une représentation de ceux-ci partageable avec les autres sujets de la sociabilité, c'est-à-dire de se situer dans le collectif.

En se déplaçant dans le tableau, on se rend compte de la nature ces expériences soit du point de vue du patient, soit du point de vue du soignant. On remarquera que dans la colonne qui rend compte des aspects symboliques de l'urgence, la ligne qui sépare patients et soignants est représentée par des pointillés, alors que, dans les autres colonnes, elle apparaît en trait plein. Cela s'explique par le fait que le symbolique désigne le champ de l'échange et du partage entre les partenaires de la communication : la ligne est donc « poreuse ». Ainsi, il y a, lors des entretiens médicaux, des significations et représentations qui sont partagées, ou au moins dialectisées, entre patients et soignants. Par exemple, il y a une temporalité de la prise en charge instaurée par les soignants dont les patients font usage, tout comme il y a des territoires construits par l'institution dans l'espace du service dont les patients font usage, auxquels ils s'identifient, pour énoncer et adresser un message aux soignants. C'est ainsi aussi que les soignants et l'institution construisent l'urgence comme une scène dramatique, avec des codes dont les patients se saisissent pour exprimer leur souffrance, pour en donner une formule. Nous avons vu tout cela au long de la thèse.

La frontière est en revanche imperméable entre patients et soignants quand il s'agit des instances du réel et de l'imaginaire. En effet, selon la définition lacanienne, le réel est ce qui ne se partage pas, c'est l'expérience, sans représentation, dans son irréductible singularité, sans équivalent dans l'ordre des signifiants. De même l'imaginaire, à part quand il est politique, est constituée de représentations qui ne se partagent pas. Il y a bien un

⁶⁹⁷ JEANNERET, Yves. « Les multiples visages de l'urgence : point de vue sur les travaux ». In *Communication et organisation*. Juin 2006, n°29, *Figures de l'urgence et communication*. Actes du colloque de Bordeaux des 5 et 6 décembre 2005. Bordeaux : GRECO, p.248

imaginaire politique de l'urgence, que nous avons décrit dans la thèse à partir des travaux de Nicole Aubert⁶⁹⁸, et qui figure dans le tableau sous la désignation « idéologie de l'urgence ».

Le tableau permet alors d'établir des « formules de l'urgence » en associant trois cases : l'une correspond à une instance, une autre correspond à une catégorie de l'expérience, une troisième correspond soit aux patients, soit aux soignants. Voici un premier exemple de formule : « dans la psychiatrie d'urgence, le réel du temps se caractérise, du côté des soignants, par la pression institutionnelle à « ventiler » (vider) régulièrement le service ». Et maintenant un second exemple : « dans la psychiatrie d'urgence, l'attente constitue, du côté des patients, la dimension imaginaire du temps à travers laquelle se met en œuvre la construction *a priori* du transfert vers un sujet supposé savoir ».

Pour compléter les indications de lecture du tableau, il nous faut maintenant commenter la colonne un peu à part que nous avons intitulée « articulation des expériences ». Elle sert à montrer que certains phénomènes qui se manifestent dans l'urgence psychiatrique ne peuvent être catégorisés pleinement dans une seule des trois instances du réel, du symbolique ou de l'imaginaire. Comme nous l'avons dit plus haut, si la psychiatrie d'urgence est une structure de médiation, il y a nécessairement des zones d'articulation entre deux instances, ou entre les trois. C'est aussi pour cette raison qu'on doit essayer de s'astreindre à une lecture synoptique du tableau. S'il est bien sûr impossible de le lire d'un seul coup d'œil, en revanche, chaque colonne, chaque case, doit être lue *en regard* des autres. Le réel, le symbolique et l'imaginaire sont des instances qui ne se définissent en effet que l'une par rapport aux autres. En faisant une lecture synoptique, on repère ainsi trois types de rapport identifiables sur trois plans : entre les instances (réel, imaginaire, symbolique), entre les catégories de l'expérience (temps, espace) et entre les acteurs (patients, soignants). Ces rapports sont la différence, la confrontation ou l'articulation. Dans le tableau, les articulations apparaissent sous forme de traits pointillés ou d'astérisques, la différence sous forme de traits pleins verticaux et la confrontation sous la forme de traits pleins horizontaux. Ainsi, l'expérience du réel, d'un côté, et l'imaginaire des patients et des soignants, de l'autre, se rencontrent peu, se confrontent ou entrent en contradiction. Cela permet de dégager, en partie, l'identité, au moins institutionnelle, de chacun des acteurs⁶⁹⁹. En fait, chacun des acteurs exprime, d'un côté, son identité singulière (son identité de sujet⁷⁰⁰) et, de l'autre, une identité politique et institutionnelle, élaborée dans le cadre de la prise en charge dans le service d'urgence. Cette identité institutionnelle correspond au partage, entre acteurs du même type, de représentations du temps et de l'espace de l'urgence. Ainsi, par exemple, concernant le temps de l'urgence, les soignants se rassemblent autour d'une représentation chronophage de l'action soignante tandis que les patients s'y opposent autour d'une représentation de l'attente de soin et de signification (transfert). Précisons que rassembler les patients sous une identité commune, n'empêche pas qu'ils manifestent une identité singulière. Si l'instauration du transfert est commune à tous les patients, le contenu du transfert (les modalités de supposer un savoir au médecin) varie d'un sujet à un autre, en fonction de son désir.

Mais revenons plus précisément à la description de la colonne « articulation des expériences ». Ici, « R » désigne le réel, « I » désigne l'imaginaire et « S » désigne le symbolique. Des astérisques entre deux lettres désignent donc l'articulation. L'ordre entre

⁶⁹⁸ Voir chapitre 1 de cette partie

⁶⁹⁹ L'identité, dans le champ de la communication sociale et du politique, s'institue par la différence et la confrontation.

⁷⁰⁰ Qui se lit, pour les patients, comme on l'a vu, dans le motif du recours (signification du symptôme), dans sa parole et son énonciation, etc., et, pour les soignants, notamment dans le rapport singulier à la souffrance, à la mort, au corps, que chacun a construit.

des lettres essaie d'exprimer une sorte de pondération entre les instances, qui n'est pas une hiérarchie. En effet, réel, symbolique et imaginaire ne s'évaluent pas qualitativement les uns par rapport aux autres. En fait, quand R précède S, cela signifie simplement qu'il s'agit d'une situation où le réel est en mesure de menacer les constructions symboliques ou que le symbolique est insuffisant à donner du sens à des manifestations du réel (comme dans le cas des patients-déchets qui sont des « restes » inassimilables de l'institution et qui se retrouvent donc en position d'exclusion). Ainsi, le « R*I » dans la case en bas à droite de la colonne « Réel » signifie : « l'usage de l'image du déchet et des métaphores excrémentielles constitue une défense imaginaire des soignants pour se protéger de la manifestation écrasante du réel de l'urgence renvoyant à des patients inassimilables par l'institution et auxquels on refuse de s'identifier ».

Ce tableau synthétique, donc forcément réducteur, cherche principalement à résumer la logique générale de la thèse et à établir des points de repères dans la linéarité de notre propos. S'il contient nécessairement des manques, il tente cependant de mettre en évidence les principaux aspects de la thèse qui a consisté à produire une sémiotique de la psychiatrie d'urgence, à partir d'une interrogation de sa temporalité, d'une mise en relief du caractère fondamental de sa dimension spatiale et d'une approche de la médiation, en sciences de l'information et de la communication, mais inspirée par l'anthropologie et la psychanalyse.

Instances Catégories de l'expérience	REEL			IMAGINAIRE			SYMBOLIQUE	
	TEMPS	ESPACE	Articulation des expériences	TEMPS	ESPACE	Articulation des expériences	TEMPS	ESPACE
Du côté des patients	-absence de temps dans l'expérience de l'angoisse et de la crise (présent de la souffrance) - imminence objective ou sentiment subjectif de la mort - contrainte <i>subie</i> du temps de l'Autre (temps institutionnel)	-lieux de la contention -« recoins du service oubliés, hors du regard - errance	R*S : exclusion, comme « reste » des possibilités de reconnaissance par l'institution (limite du symbolique)	-attente (mise en œuvre imaginaire d'un « à venir », construction <i>a priori</i> du transfert vers un sujet supposé savoir)	-hôpital comme espace salvateur, protégé et décalé de l'espace public - salle d'attente	I*S : identification aux autres patients I*R : catharsis (dans l'attente notamment)	-usage de la temporalité institutionnelle pour la construction d'une demande -temps long de l'ouverture à l'interprétation	-usage des lieux institués dans le service d'urgence - lieux de rencontre informels (ex. : parvis du service machine à café) - lieu de l'entretien avec le psychiatre
Du côté des soignants	- temps de l' agir (ex. : contention	Sentiment de chaos dans le	R*I : usage de l'image du déchet	-idéologie de l'urgence	-Cour des Miracles, décharge	I*S : mise en œuvre de	- construction et	- territorialisation de l'espace

et/ou de l'institution	physique ou chimique) - pression institutionnelle (exigence de « ventilation » et de rentabilité du service) - maîtrise du temps (à travers une décision de sortie : contrainte exercée sur le patient)	service (espace désorganisé et déstructuré)	pour qualifier les patients comme défense psychique et refoulement du réel de l'urgence R*S : relation ambivalente entre médecine technique (<i>acte médical</i>) et médecine relationnelle (<i>parole</i>)	(comme règne du temps court et de l'instant) - idéologie de la performance (imaginaire de l'action et de l'efficacité)	(conception imaginaire de l'espace du service pour refouler aspects réels) - hôpital comme espace (murs) autorisant la mise en œuvre du pouvoir médical (référence imaginaire des décisions de médecine légale)	l'efficacité symbolique I*S : maniement de l'image de l'hôpital (et dramaturgie de l'urgentiste) I*R : sublimation du « sale boulot »	maniement de la temporalité institutionnelle - modulation-scansion des durées de la prise en charge) - inscription d'une mémoire du patient sur le registre informatisé - temps long de l'interprétation dialectisée avec temps court de la rencontre	du service - lieux de communication plurielle (ex. : dossier médical informatisé) - lieux de l'entretien avec le patient
------------------------	---	---	---	--	---	---	---	--

Conclusion

Nous introduisons cette thèse à partir d'une définition de l'urgence comme déroboade, déroboement et débordement pour insister sur la dimension de réel qu'elle manifeste. Au terme de nos réflexions, peut-être convient-il de déplacer un peu cette définition vers une autre figure, évoquant un peu plus de stabilité, qui serait celle de la *flottance* ou du *vacillement*, et qui rende compte du fait que l'urgence, tout en conservant résolument certains aspects de réel (imprévisibilité, angoisse, chaos, exercice du pouvoir), est *aussi* une affaire de médiations. L'urgence désigne une situation de suspension de la médiation en même temps qu'elle convoque le retour des médiations. En ce sens, l'urgence est un envers dialectique de l'institution : toute situation d'urgence implique un retour de l'emprise institutionnelle ; tout relâchement ou toute incapacité de l'institution à permettre la pérennité du lien social, de la reconnaissance et du sentiment d'appartenance déclenche une situation d'urgence, subjective ou collective. On pourrait dire ainsi que l'urgence, en particulier dans le champ de la psychiatrie, instaure une sorte de tension permanente, voire de lutte, entre, d'une part, le surgissement régulier et incessant du réel et, d'autre part, la capacité du symbolique à y faire face, moyennant la possibilité, pour les acteurs et les sujets qui assurent le retour du symbolique, d'autoriser que ce dernier ne soit pas trop rigide et se comporte avec suffisamment d'élasticité – de *flottance* – pour accueillir les diverses formes de détresse qui interrogent notre capacité à faire lien, à faire société. En rappelant quelques résultats de la thèse pour alimenter ce propos, nous souhaitons conclure sur une interrogation politique concernant le rôle des services d'urgence au regard des modifications législatives à venir dans un futur proche concernant les modalités de prise en charge des sujets nécessitant des soins en psychiatrie.

Les urgences psychiatriques : une institution qui prend en compte la dimension psychique de l'identité et un laboratoire politique qui s'ignore

Il est sans doute inutile, répétitif et rébarbatif de faire ici une synthèse de nos résultats théoriques et épistémologiques dont le dernier chapitre de la thèse se charge suffisamment. Nous souhaitons seulement souligner à présent ce qui à nos yeux, et au terme de notre recherche, constitue la grande originalité de la psychiatrie d'urgence telle qu'elle est amenée à se mettre en œuvre dans les services d'urgence de l'hôpital général. Nous détachons de notre analyse deux conclusions essentielles.

La première conclusion est que l'intervention de la psychiatrie aux urgences de l'hôpital général fait des services d'urgence un espace institutionnel très original. En effet, les décisions qui y sont prises et les processus qui y sont mis en œuvre pour l'accueil de la détresse multiforme qui s'y présente – à forte composante sociale – intègrent la question du psychisme. Contrairement à ce qui peut se produire dans d'autres institutions de la société où l'on demande au sujet qui y a recours de présenter ses demandes en des termes protocolisés, rigides, dans le vocabulaire de l'administration, du droit ou de l'action sociale, aux urgences psychiatriques, les soignants acceptent d'entendre une parole singulière qui défie parfois les normes sociales. Aux urgences, il y a une considération simultanée pour les deux dimensions de l'identité du sujet : singulière (psychique) et collective (appartenance). Aux urgences psychiatriques, le sujet vient chercher des réponses à des interrogations qui concernent à la fois sa place dans le lien social et le rapport problématique à son propre

désir. Ces interrogations se traduisent sous de multiples formes que les psychiatres doivent s'efforcer de lire, d'interpréter, de déchiffrer. Une plainte somatique, un événement violent, une tentative de suicide, un délire, constituent, entre autres, ces formes qui expriment des ruptures subjectives, des brisures de l'identité.

Les psychiatres, aux urgences, s'évertuent à articuler la logique psychique d'un sujet singulier, qui se manifeste dans la forme de sa détresse lors du recours et dans sa parole lors des entretiens, aux possibilités et aux contraintes du collectif. Nous avons ainsi pu constater combien les psychiatres cherchaient à diminuer l'arbitraire des mesures de médecine légale en les mettant, autant que faire se peut, au service de la clinique, en adéquation avec l'expression symptomatique, avec la demande et donc le désir de chaque sujet. Aussi, à travers le cas exemplaire de Monsieur A., revenu à la rue après que sa détresse eut été écoutée et reconnue, nous avons pu mesurer combien une forme de désir d'errance a pu être entendu par la psychiatre qui s'en chargeait, au-delà de toute conception charitable et bien pensante du soin. En cela, la psychiatrie d'urgence, sans doute plus que toute autre institution de l'espace public, est une structure de médiation, à la fois parce qu'elle ne refoule pas la question du réel qu'elle se donne pour vocation d'accueillir et de considérer, et parce qu'elle envisage des modalités d'articulation du désir avec la norme. Il nous semble que contrairement aux exigences de standardisation de la prise en charge attendues par l'administration hospitalière qui cherche à produire des évaluations financières de la clinique pour la rendre plus rentable, la psychiatrie d'urgence se comporte comme une institution qui défend une sorte de *malléabilité*, de *flottance*, de la clinique telle qu'elle puisse épouser, non pas le « profil psychopathologique » du patient (terme qui correspond à une approche statistique du soin et universalise les symptômes), mais la singularité d'une demande, c'est-à-dire la *signification* d'un symptôme en tant qu'il se réfère à un conflit psychique propre à un sujet et irréductible à tout autre.

La psychiatrie d'urgence, bien que prenant place dans une institution, n'universalise pas ses réponses malgré l'apparence qu'elle donne d'utiliser des outils institutionnels standardisés et données d'avance parfois même par la loi (hospitalisation sous contrainte, parcours de soin en ambulatoire, hospitalisation post-urgence, etc.). Ces modalités de prise en charge, ces moyens collectifs qui garantissent pour le sujet une forme de retour dans le social et une possibilité de reconnaissance (rien qu'en octroyant le statut de « patient » ou de « malade »), ne sont pas mobilisés de manière mécanique – selon un schéma causaliste ou déterministe qui associerait un trouble à un parcours de soin –, mais suite à une série de processus symboliques – c'est-à-dire des processus sémiotiques, obéissant à la logique du sens et de la parole –, voire imaginaires, que nous avons décrits dans la thèse. Dès lors qu'ils accueillent les sujets en détresse par la parole, dès lors qu'ils instituent le soin par la communication, les psychiatres sensibilisent les patients à rechercher le sens de leurs symptômes pour qu'ils soient en mesure de subjectiver leur parcours de soin, pour qu'ils soient en mesure de l'investir singulièrement. Ainsi, tel parcours de soin revêtira une signification particulière pour chaque sujet, différente de ce qu'il peut représenter pour d'autres. Cela est sans doute l'enjeu principal de la prise en charge d'urgence dont la tâche majeure est « d'orienter » les patients, terme qu'il faut lire au pied de la lettre comme « donner un sens » pour que cette tâche ne soit pas réduite par ce qui la menace sans cesse aux urgences, à savoir se transformer en une simple activité de « tri » qui évacue toute conception du sujet comme être parlant et désirant. Le tri correspond en effet à une activité purement institutionnelle, dans ce qu'elle a de plus écrasant et standardisant, puisqu'il se fonde sur des critères et des classifications de symptômes et de profils pathologiques établis par avance. C'est une grille de lecture rigide qui ne laisse que peu de place à la clinique, c'est-à-dire à la possibilité, pour le patient, d'éclairer lui-même le sens de son symptôme.

Sans la clinique de l'écoute qui octroie une parole au sujet, il est impossible que les attentes du sujet vis-à-vis de l'institution, qui ont motivé le recours, se fassent entendre.

La seconde conclusion, corrélative de la première, est que les services d'urgences constituent de véritables laboratoires politiques, qui s'ignorent parfois comme tels, dans la mise en œuvre de certaines de leurs activités. Il nous semble que nous pouvons dégager trois caractéristiques qui fondent cette désignation de « laboratoire politique » : les services d'urgence instaurent un espace de résistance dans l'institution hospitalière, ils sont des lieux d'interrogation du contrat social et, enfin, ils font partie des lieux où s'invente le politique.

D'abord, les services d'urgence constituent, dans l'espace de l'hôpital, une sorte de *poche de résistance* aux logiques entrepreneuriales qui caractérisent la nouvelle organisation administrative et économique des hôpitaux. Cela tient sans doute à la nature même de l'urgence médicale qui reçoit des demandes imprévisibles. Les demandes des patients des urgences n'entrent jamais dans les « cases » prévues par l'administration hospitalière. Ou bien les patients présentent des polyopathologies qui entrent en contradiction avec les exigences hospitalières d'orienter les patients vers des services de spécialités prenant en charge des monopathologies, ou bien les patients expriment des demandes qui vont au-delà de critères strictement médicaux pour ceux, par exemple, qui sont en situation de précarité et dont les problèmes somatiques, psychiques et sociaux sont difficiles à désintriquer les uns des autres. Au fond, face à une médecine qui cherche aujourd'hui à s'industrialiser et à se techniciser, ce qui a pour conséquence de désubjectiver les patients, les pratiques observables aux urgences rappellent que la médecine est avant tout une *activité relationnelle*. Notre lecture anthropologique, mobilisant la notion d'efficacité symbolique, ainsi que notre recours à la psychanalyse, avec notamment la notion de transfert, nous ont permis de mettre en valeur la persistance de cette médecine relationnelle aux urgences, envers et contre les prétentions de l'administration hospitalière qui tendent à la désincarner et à faire oublier que la médecine, notamment institutionnelle, contribue à construire le lien social. Dans le contexte actuel, les médecins, attirés par les sirènes du scientisme, sont peut-être en train d'oublier que la médecine, qui doit certes s'attaquer à la souffrance de sujets singuliers, est pourtant un adjuvant de la construction du lien à l'autre, ne serait-ce que parce que *s'adresser* à un médecin, c'est introduire un problème personnel dans le cadre d'une relation à deux, c'est-à-dire d'une relation sociale. S'adresser à un médecin, c'est ainsi établir une médiation, une façon de nouer le réel (de la souffrance) au symbolique (de la relation à deux).

Ensuite, les services d'urgence constituent *des lieux où s'interrogent en permanence la forme et les contours de notre contrat social*. Nous l'avons vu avec les « *patients-déchets* », qui constituent sans doute un cas extrême. Dans les services d'urgences, on peut déterminer où se situent les frontières, les limites de notre contrat social puisqu'on y observe ce qui constitue les critères de l'exclusion sociale. De manière moins excessive, nous avons pu voir comment les urgences recevaient des patients qui exprimaient une souffrance qu'ils rattachaient à leurs conditions de vie notamment sociale et professionnelle. Des auteurs comme Alain Ehrenberg, Guillaume Le Blanc et Christophe Dejours nous ont été d'une aide précieuse pour comprendre la traduction psychique, en termes de symptômes, des injonctions de performance dressées par la société contemporaine. Une part de la détresse que rencontre la médecine du travail se retrouve ainsi aux urgences psychiatriques et appelle à s'interroger sur la manière dont, collectivement, nous avons édifié des normes de vie qui usent et abattent de plus en plus de sujets. Là où la psychiatrie d'urgence constitue une institution précieuse, c'est quand elle permet de comprendre, à partir de la parole des sujets en détresse, comment l'expérience singulière de la détresse psychique se noue avec

les exigences de la société libérale. Les urgences sont ainsi un lieu qui reflète un aspect du *malaise dans la civilisation*. Il ne s'agit pas de dire que la société abîme mécaniquement les sujets, mais que plutôt la société, extrêmement exigeante, laisse peu de place à la diversité de ce que Guillaume Le Blanc nomme des *styles de vie*, c'est-à-dire des manières de réaliser ou de sublimer ses désirs dans les structures offertes par la société, notamment le monde du travail. En ce sens, chaque recours aux urgences est une révolte, une révolte intime, pourrait-on dire, la revendication d'un style de vie, l'expression de la nécessité d'un vacillement, de plus de flottance des normes sociales, qui laisse plus de place à l'expression, même partielle, forcément partielle, du désir.

Lieux de l'exclusion sous certains aspects, mais lieu de la révolte sous d'autres, les urgences sont à double titre un laboratoire politique. L'observateur y voit une manière de mettre en chantier une réflexion sur la nature du lien social aujourd'hui, tandis qu'à travers leurs détresses, les patients expriment, en creux, une forme d'idéal de la société. Arrivés dans la peur et l'angoisse, les patients donnent ensuite à voir un autre versant imaginaire de l'urgence, plus utopique, qui est la revendication d'une autre société, à partir d'un point de réel, d'une expérience singulière qui, à un moment, a provoqué le sentiment d'un isolement radical. C'est sans doute toujours à partir de l'isolement et de l'exclusion que l'interrogation sur le politique se fait la plus cruciale et devient tragique. Nous l'avons vu, les urgences, tout comme le théâtre antique, rendent tragique le politique, l'interrogent à travers la péripétie et l'impératif de décision et de parole.

Aussi, les revendications singulières et utopiques des patients construisent l'urgence psychiatrique comme un lieu où *le politique s'invente*. Ce ne sont pas seulement les patients qui contestent puis renégocient leur rapport singulier au collectif pour retrouver une place sociale. L'institution, elle aussi, devant des paroles qu'elle n'avait jamais entendues, devant des situations auxquelles elle n'avait jamais été confrontée, est bien obligée de se reconfigurer, c'est-à-dire d'inventer de nouvelles formulations, expressions et représentations de la médiation. Si des formules de la médiation sont parfois « toutes prêtes » à être saisies par des patients, d'autres patients, en revanche, en ne cédant pas sur leur désir en quelque sorte, obligent l'institution à céder, elle, sur l'élaboration de ses normes et sa faculté à intégrer une forme d'altérité. L'urgence instaure ainsi un jeu dialectique permanent entre dévoilement des limites du collectif et invention de formules du lien social à partir de l'altérité et de la singularité désirante. La dialectique se stabilise sous la forme du compromis, jamais définitif, toujours à revoir, entre la norme et le désir, qui institue simultanément, comme l'indique Freud, la civilisation et son malaise.

Les services d'urgences sont aussi un espace politique, nous l'avons largement vu, en ce qu'ils sont le théâtre de luttes et confrontations symboliques des identités médicales. Médecins somaticiens et psychiatres se distinguent à travers les modalités d'accueil de la détresse des patients. Nous n'y revenons pas.

Les services d'urgence sont ainsi des *lieux où s'invente le politique* puisqu'ils envisagent, avec originalité, des manières de réviser, pour chaque sujet qui y a recours, son rapport au collectif à l'aune de ses possibilités singulières, à l'aune des coordonnées de son désir. De son côté, l'institution est parfois contrainte de se renouveler, de trouver de nouvelles formes d'énonciation, quand elle est confrontée, de manière trop criante, au réel de sa limite. On mesure bien ici combien la prise en compte de la catégorie du réel aide à mieux comprendre le politique et la logique de ses déplacements.

Mais fort de ce constat sur la dimension éminemment politique de l'urgence, peut-être convient-il aussi de le questionner. On peut en effet avoir l'impression que la psychiatrie d'urgence, en tentant de raccrocher chaque sujet au collectif, au cas par cas, effectue certes

peut-être un travail d'orfèvre, mais aussi une sorte de « rafistolage ». Du côté du patient en détresse, la psychiatrie aux urgences assure pleinement son rôle car, sous des modalités diverses, elle offre au sujet la possibilité d'inventer, voire de réinventer, son rapport à l'autre et, plus largement, au collectif, quand ce rapport a été mis en doute, menacé par quelque événement malheureux. En revanche, si l'on prend un peu plus de distance et qu'on adopte une perspective plus politique, on s'aperçoit que les psychiatres, d'une certaine manière, posent des « rustines » sur le social en prenant en charge, certes une détresse psychique, mais aussi des effets d'un mal-être social parfois renvoyé à la médecine, tandis que le politique s'en dédouane en confiant au soin ce qui pourrait relever de l'action publique dans d'autres domaines. En se comportant comme des lieux d'invention du politique, les services d'urgence psychiatriques autorisent aussi peut-être une forme de démission du politique à bon compte.

De l'originalité de l'institution aux risques d'instrumentalisation de la psychiatrie

La spécificité de la psychiatrie d'urgence qui fait des services d'urgences des espaces originaux d'interrogation et d'invention du politique, soulève deux types de problème sur lesquels nous voudrions achever cette conclusion.

D'une part, il s'agit du problème, que nous venons d'évoquer, de la déresponsabilisation du politique qui laisse aux services d'urgence la tâche d'accueillir et de prendre en charge une certaine dimension de la détresse sociale. La médecine, en particulier dans le cadre hospitalier, a ceci de particulier qu'elle est en devoir d'accueillir toute demande du moment qu'elle est l'expression d'une souffrance. Si nous avons pu voir comment les acteurs du soin trient et hiérarchisent les demandes en fonction d'une représentation, établie sur des critères plus ou moins arbitraires, de l'authenticité de la souffrance des patients, ceux-ci sont néanmoins toujours accueillis aux urgences, au moins pour un entretien. Ainsi, les services d'urgence s'instituent comme « guichets de dernier recours » après les fins de non recevoir ou les dysfonctionnements de l'accueil d'autres institutions – à vocation sociale – qui seraient susceptibles de fournir de l'aide à des citoyens qui, dès lors qu'ils sont entrés dans un parcours de type médical, adoptent le statut de « patients » ou de « malades ». En outre, le médical permet de renvoyer les difficultés du sujet à des problèmes personnels, ce qui est une autre façon, pour le politique, de se dédouaner de sa responsabilité. Avec un tel procédé, le politique se prémunit d'envisager des mesures collectives d'amélioration des conditions de vie, sociale et professionnelle, puisqu'un patient ne reflète pas un problème de société, mais est porteur d'une problématique singulière dont la maladie, définie scientifiquement, est le paradigme. Selon cette logique, le politique rabat ce qui est anormal sur le plan social, et qui devrait l'interpeller, mettre en œuvre son action, à une anormalité pathologique. Or, ce qui n'est pas normal n'est pas forcément pathologique. Suivre cette logique qui renvoie l'anormal au pathologique, c'est considérer la responsabilité du malheur comme toujours individuelle.

Ce processus de déresponsabilisation du politique se lit très bien, à notre avis, dans la manière dont le manuel international de classification des maladies psychiatriques (le DSM 4) intègre de plus en plus de nouveaux types de troubles, comme les « *troubles du contrôle des impulsions* » ou encore les « *troubles de l'adaptation* », qui cherchent à repérer, à médicaliser et à psychiatriser certains problèmes pour normer des comportements et ne pas engager de réflexion politique autour de certains types de souffrances. Ainsi, les « *troubles de l'adaptation* », qui comportent les difficultés de résistance au stress, notamment dans la vie professionnelle, font du stress un problème singulier, le signe d'une fragilité subjective, sans jamais renvoyer cela à la réalité des conditions de travail. Il a ainsi fallu plusieurs

suicides à France Télécom en 2009-2010, qui suscitérent des travaux parlementaires⁷⁰¹, pour que le pouvoir politique français interroge le stress et la souffrance au travail comme une problématique politique et pas seulement médicale.

D'autre part, à côté du problème de la déresponsabilisation, figure un problème en quelque sorte opposé, qui serait celui du surinvestissement politique de la psychiatrie. C'est ce que laisse présager un projet de loi, présenté au conseil des ministres le 5 mai 2010, et qui prévoit une modification des modalités de l'accès aux soins en psychiatrie⁷⁰². Ce projet consiste essentiellement en une modification des procédures d'hospitalisation sous contrainte. Il a été envisagé par le gouvernement suite à une série de faits divers concernant des faits de violence et des crimes commis par des sujets psychotiques sortis d'une période d'hospitalisation ou en rupture de soins. La procédure d'hospitalisation sans consentement est remplacée par celle de « soins sans consentement ». Cette translation sémantique fait référence à deux modifications très importantes qui vont sans doute renouveler l'exercice de la médecine légale aux urgences et impliquer une réflexion importante sur la clinique à mettre en œuvre dans ce nouveau cadre légal. En effet, comme la thèse a tenté de le montrer, ce sont principalement les services d'urgences qui sont amenés à prononcer des mesures de soins sous contrainte. Ce projet de loi propose une simplification et un assouplissement des formalités d'admission dans le cadre des soins sans consentement. Jusqu'à présent, à part dans le cadre de l'urgence, l'hospitalisation à la demande d'un tiers devait se faire au moyen d'une demande d'admission d'un tiers (parent ou proche du patient) et de deux certificats médicaux. Dans la réforme, un seul certificat médical sera exigé pour l'admission du patient sans son consentement, ce qui ne distingue plus la procédure normale de la procédure d'urgence. Aussi, dans le cas d'un « péril imminent » (non-défini encore), qui ne constitue pas pour autant un trouble grave à l'ordre public au point de déclencher la procédure d'hospitalisation d'office (prononcée par le préfet), le projet de loi prévoit la création d'une procédure qui autorise à prononcer des soins sans consentement sans la présence d'un tiers concerné par la demande ! Dans les travaux préparatoires de la loi, cette procédure a été envisagée comme réponse à une carence de la loi actuelle qui omettait le cas de certains patients en situation de grande précarité et d'isolement et qui n'ont pas de parents ni de proches qui puissent formuler la demande d'hospitalisation. En fait, cette modification introduit une facilité dans la mise en œuvre des soins sous contrainte, car elle permet d'outrepasser la figure du tiers ou de l'autorité publique. Pour contrer les dérives possibles concernant le respect des libertés individuelles, le projet prévoit que les soins sous contrainte ainsi que les modalités de leur mise en œuvre (hospitalisation ou ambulatoire) soient définitivement prononcés après une période d'hospitalisation complète de 72 heures durant laquelle deux nouveaux certificats médicaux doivent être produits : l'un dans les vingt-quatre heures, l'autre dans les soixante-douze heures. Le certificat d'admission et les deux autres doivent être remplis par deux médecins différents au moins.

L'autre modification importante de ce projet de loi est l'élargissement de la contrainte de soin. Dans la loi actuelle, la contrainte ne concerne que la période d'hospitalisation ; dans la nouvelle loi, si elle est adoptée dans l'état du projet, elle permettra l'obligation de soins dans les structures ambulatoires, y compris la psychiatrie dite « de ville ».

⁷⁰¹ Le 7 juillet 2010, la commission des affaires sociales du Sénat a déposé un rapport d'information sur le mal-être au travail.

⁷⁰² L'intitulé complet est formulé ainsi : « Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». A l'heure où nous rédigeons cette conclusion, le projet a été renvoyé à la commission des affaires sociales en charge d'examiner le projet de loi avant sa présentation au parlement. Un médecin urgentiste a été nommé rapporteur le 13 juillet 2010. Projet consultable à l'url suivante : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl2494.asp>

Ce que nous souhaitons montrer, à travers l'évocation de ce projet de loi, c'est que l'intérêt du pouvoir politique pour la psychiatrie se concentre sur les aspects de médecine légale qu'elle est amenée à mettre en œuvre, donc sur ses aspects sécuritaires. Quand le politique essaie de prendre ses responsabilités vis-à-vis de la réalité de la psychiatrie, il ne considère celle-ci que par le petit bout de la lorgnette, en produisant un effet de loupe sur les « fous dangereux » qui ne représentent, en fait, qu'une infime part des patients de la psychiatrie. Le projet de loi s'est ainsi accompagné de déclarations gouvernementales sur la création de deux cent chambres d'isolement supplémentaires en psychiatrie et de quatre nouvelles unités pour malades difficiles. Sans développer de discours paranoïaques sur le destin du projet de loi et ni sur l'avenir de la psychiatrie publique, on peut tout de même y lire le risque d'une instrumentalisation sécuritaire de celle-ci. On voit bien que le projet de loi ne prend pas en considération ce qui fait le quotidien banal de la psychiatrie et que notre recherche a contribué à éclairer à travers la question de l'urgence. La question de la clinique est évacuée tout autant que celle de la misère sociale que la psychiatrie est amenée à prendre en charge selon ses propres moyens.

Les services d'urgences, face à ces modifications de la loi vont se retrouver très sollicités (puisqu'une période d'hospitalisation de 72 heures est envisagée dans la nouvelle procédure) en même temps qu'ils risquent de perdre leur spécificité, notamment leur rôle de médiateur qui est convoqué lorsque les psychiatres négocient les hospitalisations à la demande d'un tiers. Si le tiers n'est plus requis, comment construire une clinique qui s'appuie, précisément, sur le retour du symbolique incarné dans la figure du tiers ? L'expertise médicale d'un côté, ou l'exercice de la violence légitime par le pouvoir préfectoral de l'autre, ne menacent-ils alors pas de prendre le pas sur ce qui constitue le cœur de la clinique psychiatrique, à savoir la réinstitution de la médiation entre le singulier et le collectif qui impose qu'une figure du tiers existe ? Le décalage sémantique de la nouvelle loi qui substitue « soin » à « hospitalisation » reflète cette idée de disparition du tiers. En effet, quand le mot « hôpital » disparaît, c'est la référence à l'institution qui tend à disparaître, pour être remplacé par une notion plus libérale, le « soin », désignant une relation plus individuelle.

Afin d'être plus précis, il convient de se poser la question de l'identité du tiers, telle qu'elle peut se dessiner avec la nouvelle loi. Soit il s'agit de médecins en demeure d'établir des certificats, et on peut redouter qu'ils s'enferment non plus dans un rôle de médiateur entre le patient et son symptôme, mais plutôt dans celui d'expert médical qui produit des discours sur les patients et leurs pathologies dans une langue dans laquelle ceux-ci ne peuvent se reconnaître. Soit le tiers est le représentant de l'autorité publique (le préfet), mais, là encore, ce n'est pas vraiment un tiers médiateur, mais plutôt un tiers qui sanctionne. Dans les deux cas, le médecin et le préfet représentent bien le collectif, et cela est essentiel, nous l'avons vu, dans la prise en charge de la détresse psychique. Cependant, leur convocation en tant qu'expert ou qu'autorité rendent plus difficile la *flottance* du symbolique dont nous avons fait la spécificité de l'urgence psychiatrique. L'expertise et l'exercice de l'autorité sont deux formes de *rigidification* du symbolique.

Alors, en définitive, que penser du statut de la psychiatrie d'urgence dès lors qu'elle est ainsi tiraillée entre un délaissement du pouvoir politique quant à la prise en compte de ses véritables problématiques (accueil d'une forme de détresse sociale) et le surinvestissement du même pouvoir politique d'un rôle sécuritaire dont la psychiatrie, dans son ensemble, cherche à s'extirper depuis maintenant près de cinquante ans en s'ouvrant sur la ville ? Sans doute ne faut-il pas trancher cette question pour respecter ce qui fait de la psychiatrie d'urgence une institution si particulière. Si étaient instituées des normes de ce que doit être

la psychiatrie d'urgence, nous lui retirerait sa flottance, c'est-à-dire ce qui la caractérise proprement. Il n'y a ainsi pas de statut définitif de la psychiatrie d'urgence, tout simplement parce qu'elle invite sans cesse à réélaborer le politique, et donc à se réélaborer elle-même, car en partie représentante du politique, au gré des demandes imprévisibles des patients en détresse. Chaque recours, dans sa bizarrerie, dans la brèche qu'il introduit dans le cadre institutionnel, est une injonction à ce que le contrat social se reconfigure parce qu'il a trop dévoilé ses limites. Les patients sont les mineurs de fond ou les sculpteurs de l'institution. Aux urgences psychiatriques, se joue et se renouvelle sans cesse, à échelle réduite, une expérience politique et sociale qui cherche à réélaborer discrètement le contrat social en articulant, autour d'un sujet, par quelque recette inventive, parfois ratée, ce qui est de l'ordre du pouvoir, de l'identité et du désir. La psychiatrie d'urgence esquisse le visage, toujours reconnaissable mais toujours changeant, d'une institution dont les traits varient au rythme des recours qui se présentent. Un visage ouvert (au désir) et un peu sévère (qui exprime la loi) comme condition de la rencontre, du lien avec l'autre, et de la reconnaissance du collectif.

Bibliographie

Ouvrages

- ADAM J.-M., BOREL M.-J., CALAME C., KILANI M. *Le discours anthropologique. Description, narration, savoir*. Méridiens Klincksieck, 1990. Coll. « Sémiotique ».
- ADAM Philippe et HERZLICH Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Nathan Université, 2002. Coll. « 128 ».
- ARBORIO A-M. et FOURNIER P. *L'enquête et ses méthodes. L'observation directe*. Nathan, 2003. Coll. « 128 ».
- ARENDR, Hannah. *La condition de l'homme moderne*. Pocket, 1994. Coll. « Agora ».
- ARRIVÉ, Michel. *Le linguiste et l'inconscient*. PUF, 2008. Coll. « Formes sémiotiques ».
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Freud et les sciences sociales. Psychanalyse et théorie de la Culture*. Armand Colin, 1993. Coll. « Coursus ».
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Introduction à l'épistémologie freudienne*. Payot, 1981. Coll. « Sciences de l'homme ».
- ASSOUN Paul-Laurent et ZAFIROPOULOS Markos (dir.). *Psychanalyse et sciences sociales. Universalité et historicité*. Economica, 2006. Coll. « Anthropos ».
- AUBERT, Nicole. *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. [2003]. Flammarion, 2009. Coll. « Champs », Essais.
- AUGÉ, Marc. *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Seuil, 1992. Coll. « La librairie du XXI^e siècle ».
- AUGÉ, marc. *Un ethnologue dans le métro*. Hachettes Littératures, 2002. Coll. « Pluriel Actuel ».
- AUGE Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».
- BACHELARD, Gaston. *La formation de l'esprit scientifique* [1938]. Vrin, 1989. Coll. « Bibliothèque des textes philosophique ».
- BALDRY, H.C. *Le théâtre tragique des grecs*. Traduit de l'anglais par Jean-Pierre Darmon. François Maspéro, 1975. Coll. « Textes à l'appui ».
- BALINT, Michael. *Le défaut fondamental*. Payot, 2003. Coll. « PBP ».
- BARTHES, Roland. *Essais critiques 4. Le bruissement de la langue*. Seuil, 1984.
- BARTHES, Roland. *Le plaisir du texte* [1973]. Seuil, 1982. Coll. « Points Essais ».
- BARTHES, Roland. *Mythologies*. Seuil, 1957. Coll. « Points ».
- BARTHES, Roland. *Oeuvres complètes IV. Livres, textes, entretiens* [1972-1976]. Seuil, 2002.
- BARTHES, Roland. *Sur Racine* [1963]. Seuil, 1979. Coll. « Points ». 157 pages.

- BEAUNE, Jean-Claude (dir.). *Le déchet, le rebut, le rien*. Champ Vallon, 1999. Coll. « Milieux ».
- BENASAYAG Miguel et SCHMIT Gérard. *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*. La découverte, 2003.
- BENVENISTE, Emile. *Problèmes de linguistique générale*. Tome 1 [1976]. Gallimard, 1997. Coll. « TEL ».
- BERTOLINI, Gérard. *Le déchet, c'est les autres*. Erès, 2006. Coll. « Même pas vrai ».
- BERTRAND Michèle et DORAY Bernard. *Psychanalyse et sciences sociales*. La découverte, 1989. Coll. « Textes à l'appui ».
- BLANCHET A., GHIGLIONE R., MASSONNAT J., TROGNON A. *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Observer, interviewer, questionner*. Dunod, 1987.
- BLANCHET Alain et GOTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* [1992]. Nathan Université, 2001. Coll. « 128 ».
- BLETTERY, Bernard (dir.). *Urgences*. Paris : Masson, 2002.
- BOUCHET, Alain (dir.). *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Hervas, 1987.
- BOUCHET Alain, MORNEX René, GIMENEZ Danielle. *Les hospices civils de Lyon. Histoire de leurs hôpitaux*. Editions lyonnaises d'art et d'histoire, 2002.
- BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie (dir.). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. EHESS, 2005. Coll. « Dossiers africains ».
- BOURE, Robert. *Les origines des sciences de l'information et de la communication : regards croisés*. Lille : Septentrion Presses Universitaires, 2002. Coll. « Communication ».
- BRAUDEL, Fernand. *Ecrits sur l'histoire*. Flammarion, 1969. Coll. « Science de l'histoire ».
- BRETON, Philippe. *L'utopie de la communication : le mythe du village planétaire*. La Découverte, 2004. Coll. « Poche », Essais.
- BUTLER, Judith. *La vie psychique du pouvoir. L'assujettissement en théories*. Editions Léo Scheer, 2003. Coll. « Non & Non ».
- BUTLER, Judith. *Le pouvoir des mots. Politique du performatif* [1997]. Amsterdam, 2004.
- BUTLER, Judith. *Le récit de soi*. P.U.F, 2007. Coll. « Pratiques théoriques ».
- CANGUILHEM, Georges. *Le normal et le pathologique*. PUF, 2005. Coll. « Quadrige ».
- CÉFAÏ, Daniel (textes réunis, présentés et commentés par). *L'enquête de terrain*. Paris : La découverte, 2003. Coll. « Recherches », Bibliothèque du M.A.U.S.S.
- CHARAUDEAU, Patrick. *Le discours d'information médiatique. La construction du miroir social*. INA, 1997.
- CHARAUDEAU, Patrick. *Les médias et l'information. L'impossible transparence du discours*. De Boeck INA, 2005. Coll. « Medias Recherches ».
- CHARVET, Dorothée. *Notion et prise en charge de la crise en psychiatrie. Approche clinique et réflexion à partir d'une enquête sur un centre de thérapies brèves*. Thèse de doctorat : Université Claude Bernard Lyon 1, 4 février 1991.

- CHAUMON, Franck. *Lacan. La loi, le sujet et la jouissance*. Paris : Michalon, 2004. Coll. « Le bien commun ».
- CICCONE, Albert. *L'observation clinique*. Dunod, 1998. Coll. « Les topos ».
- COPANS, Jean. *L'enquête ethnologique de terrain* [1999]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 », L'enquête et ses méthodes.
- CORCUFF, Philippe. *Bourdieu autrement. Fragilités d'un sociologue de combat*. Textuel, 2003. Coll. « La discorde ».
- CORCUFF, Philippe. *Les nouvelles sociologies*. Nathan Université, 2004. Coll. « 128 ».
- DAGOGNET, François. *Des détritrus, des déchets, de l'abject. Une philosophie écologique*. Institut Synthélabo, 1997. Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006.
- DANET François et MORASZ Laurent. *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Préface de Michel Walter. Paris : DUNOD, 2008.
- DANOÛ, Gérard. *Langue, récit, littérature dans l'éducation médicale*. Préface de François Dagonet. Lambert Lucas, 2007.
- DANOÛ, Gérard. *Le corps souffrant : littérature et médecine*. Seyssel : Champ Vallon, 1994. Coll. « L'or d'Atalante ».
- DE CERTEAU, Michel. *Histoire et psychanalyse, entre science et fiction* [1987]. Gallimard, 2002. Coll. « Folio Histoire ».
- DE CERTEAU, Michel. *L'invention du quotidien. Tome 1, Arts de faire* [1990]. Gallimard, 2004. Coll. « Folio/Esais ».
- DE CLERCQ, Michel. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. De Boeck-Wesmael, 1997.
- DE CLERCQ Michel et alii. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale. Une perspective internationale*. Masson, 1998. Coll. « Médecine et psychothérapie ».
- DE ROMILLY, Jacqueline. *La tragédie grecque*. PUF, 1982. Coll. « Quadrige ».
- DE SAUSSURE, Ferdinand. *Cours de linguistique générale*. Paris : Payot, 1982.
- DEBOUT M., ELCHARDUS J-M., GILLET M. et al. *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*. Masson, 1981.
- DECLERCK, Patrick. *Le sang nouveau est arrivé. L'horreur SDF*. Gallimard, 2006.
- DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche ».
- DEJOURS, Christophe. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, 1998. Coll. « Points ».
- DELIÈGE, Robert. *Introduction à l'anthropologie structurale. Lévi-Strauss aujourd'hui*. Seuil, 2001. Coll. « Points », Essais.
- DEVEREUX, Georges. *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* [1967]. Aubier, 2000.
- DEVEREUX, Georges. *Essais d'ethnopsychiatrie générale* [1970]. Traduit de l'anglais par Tina Jolas et Henri Gobard. Préface de Roger Bastide. Gallimard NRF, 1977. Coll. « Bibliothèque des sciences humaines ».

- DIDIER-WEILL Alain, WEISS Emil, GRAVAS Florence (propos recueillis par). *Quartier Lacan* [2001]. Flammarion, 2004. Coll. « Champs ».
- DONZELOT, Jacques. *Faire société*. Paris : Seuil, 2003. Coll. « La couleur des idées ».
- DOR, Joël. *Introduction à la lecture de Lacan. 1, L'inconscient structuré comme un langage* [1985]. Paris : Denoël, 2002. Coll. « L'espace analytique ».
- DOR, Joël. *Introduction à la lecture de Lacan. 2, La structure du sujet* [1992]. Paris : Denoël, 2002. Coll. « L'espace analytique ».
- DRACH Marcel et TOBOUL Marcel (dir.). *L'anthropologie de Lévi-Strauss et la psychanalyse. D'une structure l'autre*. Paris : La découverte, 2008.
- DREYFUSS Jean-Pierre, JADIN Jean-Marie, RITTER Marcel. *Ecritures de l'inconscient. De la lettre à la topologie*. Arcanes, 2001. Coll. « Les cahiers d'Arcanes ».
- DUBET, François. *Le déclin de l'institution*. Seuil, 2002. Coll. « L'épreuve des faits ».
- DUPILLE, Chantal. *Histoire de la cour des miracles*. Préface de Didier Decoin. Hachette, 1971.
- DURKHEIM, Emile. *Le suicide. Etude de sociologie* [1897]. PUF, 2002. Coll. « Quadrige ».
- EHRENBERG A., LOVELL A-M. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*. Paris : Odile Jacob, 2001.
- EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob, 1998.
- EMPTOZ, Jérôme. *Histoire de la médecine d'urgence dans les hôpitaux de Lyon*. Thèse de doctorat : médecine : Université Claude Bernard Lyon 1, 2003.
- FASSIN, Didier. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. La découverte, 2004. Coll. « Alternatives sociales ».
- FASSIN, Didier. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. PUF, 1996. Coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- FAURE Olivier et DESSERTINE Dominique. *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise au XIXe et XXe siècles*. CNRS, 1981. Coll. « Recherches en Sciences Humaines ».
- FLICK, Uwe (dir.). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie* [1992]. Préface de Serge Moscovici. Paris : L'Harmattan, 2000. Coll. « Santé, sociétés et cultures ».
- FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Gallimard, 2005. Coll. « Tel ».
- FOUCAULT, Michel. *L'ordre du discours* [1971]. Gallimard NRF, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *Maladie mentale et psychologie*. PUF, 1995. Coll. « Quadrige ».
- FREUD, Sigmund. *Essais de psychanalyse* [1915-1923]. Petite Bibliothèque Payot, 1981.
- FREUD, Sigmund. *L'interprétation des rêves* [1899]. Traduit en français par I. Meyerson. PUF, 1980.
- FREUD, Sigmund. *La technique psychanalytique*. Paris : Puf, 2005. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».

- FREUD, Sigmund. *Le malaise dans la civilisation* [1930]. Traduction par B. Lortholary. Présentation par Clotilde Leguil. Seuil, 2010. Coll. « Points », Essais.
- FREUD, Sigmund. *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans* [1909]. PUF, 2006. Coll. « Quadrige », Grands textes.
- FREUD, Sigmund. *Malaise dans la civilisation* [1929]. PUF, 1971. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ». 110 pages.
- FREUD, Sigmund. *Malaise dans la culture* [1929]. PUF, 1997. Coll. « Quadrige ».
- FREUD, Sigmund. *Œuvres complètes. Psychanalyse. 1916-1920. Tome 15.* PUF, 2006.
- FREUD, Sigmund. *Œuvres complètes. Psychanalyse. Tome 17, 1923-1925. Autoprésentation. Inhibition, symptôme et angoisse. Autres textes.* PUF, 1992.
- FREUD, Sigmund. *Psychopathologie de la vie quotidienne* [1901]. Petite Bibliothèque Payot, 1997.
- FREUD, Sigmund. *Résultats, idées, problèmes I (1890-1920).* PUF, 1984. Coll. « Bibliothèque de psychanalyse ».
- FREUD, Sigmund. *Totem et tabou.* [1912]. Traduit de l'allemand par Samuel Jankélévitch. Payot-Rivages, 2005. Coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- FREUD, Sigmund. *Totem et tabou. Quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés* [1912]. Traduit de l'allemand par Marielène Weber. NRF Gallimard, 1993. Coll. « Connaissance de l'inconscient », Œuvres de Sigmund Freud - traductions nouvelles.
- FURTOS, Jean. *La santé mentale en actes. De la clinique au politique.* Erès, 2005.
- FURTOS, Jean (dir.). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson, 2008.
- GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux.* Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U ».
- GOFFMAN, Erving. *Asiles. Etude sur la condition des malades mentaux.* Minuit, 1968. Coll. « Le sens commun ».
- GOFFMAN, Erving. *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 2, Les relations en public.* Minuit, 1973. Coll. « Le sens commun ».
- GOT, Olivier. *Le théâtre antique.* Ellipses, 1998. Coll. « Thèmes & études ».
- GRAFMEYER Yves et JOSEPH Isaac. *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine.* Paris : Flammarion, 2004. Coll. « Champs ».
- GRIVOIS, Henri. *La psychiatrie des urgences. Un psychiatre à l'Hôtel Dieu, les questions qu'il se pose, sa rencontre quotidienne avec la pathologie de la ville.* Robert Laffont, 1978. Coll. « Réponses ».
- GROS, Frédéric. *Foucault et la Folie.* PUF, 2004. Coll. « Philosophies ».
- GUYOTAT, Jean. *Psychiatrie lyonnaise. Fragments d'une histoire vécue [1950-1995].* Seuil, 2000. Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- HABERMAS Jürgen., *L'espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise,* Payot, 1978 (éd. or. all. 1962)

- HACKING, Ian. *Les fous voyageurs*. Seuil. Les empêcheurs de penser en rond, 2002.
- HERZLICH Claudine et PIERRET Janine. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot, 1984.
- HOUDEBINE-GRAVAUD, Anne-Marie (dir.). *L'imaginaire linguistique*. L'Harmattan, 2002. Coll. « Langue et Parole ».
- HUGO, Victor. *Les Misérables* [1862]. NRF Gallimard, 1951. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade ».
- HUGO, Victor. *Notre-Dame de Paris*. [1831]. Texte établi, présenté et annoté par Jacques Seebacher et Yves Gohin. Paris : Gallimard, 1999. Coll. « Bibliothèque de la pléiade ».
- IRIGARAY, Luce. *Le langage des déments*. Mouton, 1973.
- ISAMBERT, François. *Rite et efficacité symbolique. Essai d'anthropologie sociologique*. Cerf, 1979. Coll. « Rites et symboles ».
- JACERME, Pierre. *La folie* [1974]. Bordas, 1989. Coll. « Les thèmes littéraires ».
- JAMOULLE, Pascale. *Fragments d'intime. Amours, corps et solitudes aux marges urbaines*. Paris : La découverte, 2009. Coll. « alternatives sociales ».
- JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*. PUF, 1989. Coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- JOUBERT, Michel. Urgences "psys". Arcanes et supports de l'accès aux aides et aux soins en santé mentale. Rapport final. CNRS - INSERM - Université PARIS 5 - CESAMES, Décembre 2005.
- KILANI, Mondher. *Introduction à l'anthropologie*. Payot Lausanne, 1996. Coll. « Sciences humaines ».
- KILANI, Mondher. *L'invention de l'autre. Essais sur le discours anthropologique*. Payot Lausanne, 1994. Coll. « Sciences humaines ».
- KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel ».
- KRISTEVA, Julia. *Séméiotikè. Recherches pour une sémanalyse*. Seuil, 1969. Coll. « Tel Quel ».
- LACAN, Jacques. *Ecrits*. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le mythe individuel du névrosé : poésie et vérité dans la névrose* [1952]. Seuil, 2007. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 1, Les écrits techniques de Freud* [1953-1954]. Seuil, 1998. Coll. « Points ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 3, Les psychoses* [1955-1956]. Seuil, 1981. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 4 : La relation d'objet* [1956-1957]. Seuil, 1994. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 5 : Les formations de l'inconscient* [1957-1958]. Seuil, 1998. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 7, L'éthique de la psychanalyse* [1959-1960]. Seuil, 1986. Coll. « Le champ freudien ».

- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 10, L'angoisse* [1962-1963]. Seuil, 2004. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 11, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* [1964]. Seuil, 1973. Coll. « Champ freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 17, L'envers de la psychanalyse* [1969]. Paris : Seuil, 1991. Coll. « Le Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 20 : Encore* [1972-1973]. Seuil, 1975. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre 23. Le sinthome (1975-1976)*. Seuil, 2005. Coll. « Champ Freudien ».
- LACAN, Jacques. *Télévision*. Seuil, 1974. Coll. « Champ Freudien ».
- LAMIOT, Christophe. *Littérature et hôpital*. Préface de Gérard Danou. Sciences en situation, 1999. Coll. « Sens critique ».
- LAMIZET, Bernard. *La médiation politique*. Paris Montréal : L'Harmattan, 1998. Coll. « Communication et civilisation ».
- LAMIZET, Bernard. *Les lieux de la communication*. Liège : Mardaga, 1992. Coll. « Philosophie et langage ».
- LAMIZET, Bernard. *Politique et identité*. PUL, 2002.
- LAMIZET, Bernard. *Sémiotique de l'événement*. Hermès sciences Lavoisier, 2006. Coll. « Formes et sens ».
- LAMIZET Bernard et SILEM Ahmed (dir.). *Dictionnaire encyclopédique des Sciences de l'Information et de la Communication*. Ellipses, 1997.
- LAPLANCHE ET PONTALIS. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Sous la direction de Daniel Lagache. PUF, 1967. Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse ».
- LAPLANTINE, François. *Anthropologie de la maladie*. Préface de Louis-Vincent Thomas. Payot, 1986.
- LAPLANTINE, François. *L'anthropologie* [1987]. Payot - Rivages, 2001. Coll. « Petite Bibliothèque Payot ».
- LAPLANTINE, François. *L'anthropologie*. Seghers, 1987. Coll. « Clefs pour ».
- LAPLANTINE, François. *La description ethnographique* [1996]. Armand Colin, 2005. Coll. « 128 ».
- LAPORTE, Dominique. *Histoire de la merde*. Christian Bourgeois, 1978. Coll. « Choix-essais ».
- LE BLANC, Guillaume. *Les maladies de l'homme normal*. Vrin, 2007. Coll. « Matière étrangère ».
- LE BLANC, Guillaume. *Vies ordinaires, vies précaires*. Seuil, 2007. Coll. « La couleur des idées ».
- LE BRETON, David. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié, 1995.
- LE BRETON, David. *Anthropologie du corps et modernité* [1990]. Paris : PUF, 2003. Coll. « Quadriges ».

- LE BRETON, David. *Conduites à risque. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris : PUF, 2002. Coll. « Quadrige ».
- LE BRETON, David. *L'interactionnisme symbolique*. PUF, 2004. Coll. « Quadrige », Manuels.
- LECOURT, Dominique. *L'épistémologie historique de Gaston Bachelard*. Avant propos de Georges Canguilhem. Vrin, 1969. Coll. « Bibliothèque d'histoire de la philosophie ».
- LEMAIRE, Anika. *Jacques Lacan*. Bruxelles : Mardaga, 1977. Coll. « Psychologie et Sciences Humaines ».
- LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ».
- LÉVI-STRAUSS, Claude (dir.). *L'identité. Séminaire interdisciplinaire dirigé par Claude Lévi-Strauss (1974-1975)*. Grasset, 1977. Coll. « Figures ».
- LHUILIER dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique ».
- MAES, Gérard (dir.). *L'hôpital Edouard Herriot de Lyon 1933-1983. Grange Blanche, un hôpital pour la cité*. Association pour le développement de l'Information et des Echanges aux Hospices Civils de Lyon, 1991.
- MAINGUENEAU, Dominique. *L'analyse du discours. Introduction aux lectures de l'archive*. Hachette Supérieur, 1994. Coll. « Linguistique ».
- MAINGUENEAU, Dominique. *L'énonciation en linguistique française*. Hachette supérieur, 1994. Coll. « Les fondamentaux ».
- MANNONI, Maud. *Le psychiatre, son "fou" et la psychanalyse*. Seuil, 1970. Coll. « Le Champ Freudien ».
- MARTIN, Jean Pierre. *Psychiatrie dans la ville. Pratiques et cliniques de terrain*. Paris : Erès, 2000.
- MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige ».
- MILLER, Gérard (dir.). *Lacan*. Bordas, 1987. Coll. « Philosophie présente ».
- MILLER, Jacques-Alain (dir.). *Situations subjectives de déprise sociale*. Navarin, 2009. Coll. « La bibliothèque lacanienne 2 ».
- MORNEX, René. *Souvenir de quelques décennies de vie hospitalière. 1923-1983*. Editions stéphanne Bachès, 2002.
- MOUILLAUD Maurice et TETU Jean-François. *Le journal quotidien*. PUL, 1989.
- NEVEU, Erik. *Sociologie du journalisme*. 3e éd. La Découverte, 2009. Coll. « Repères ».
- OLLIVIER, Bruno. *Les sciences de la communication. Théories et acquis*. Armand Colin, 2007. Coll. « U ».
- OLLIVIER, Bruno. *Observer la communication. Naissance d'une interdiscipline*. CNRS éditions, 2000.
- OURY J. et DEPUSSE M. *A quelle heure passe le train... Conversations sur la folie*. Calmann Lévy, 2003.

- PAILLIART, Isabelle (textes réunis par). *La publicisation de la science. Exposer, communiquer, débattre, publier, vulgariser. Hommage à Jean Caune*. PUG, 2005. Coll. « Communication Médias et Sociétés ».
- PAPADAKOS, Vassilios. *Clinique sous influence*. L'atelier de l'archer, 1999. Coll. « Questions de temps ».
- PAPADAKOS, Vassilios. *Crise sociale et psychiatrie*. PUF, 1999. Coll. « Médecine et société ».
- PAROLES (coll.). *Souffrances et précarité au travail. Paroles de médecin du travail*. Paris : Syros, 1994.
- PELLOUX, Patrick. *Histoire d'urgences*. Charlie Hebdo Le cherche Midi, 2007.
- PENEFF, Jean. *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*. Métailié, 1992.
- PERETZ, Henri. *Les méthodes en sociologie. L'observation* [2004]. La Découverte, 2007. Coll. « Repères ».
- PEZÉ, Marie. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de la consultation "Souffrance et Travail" (1997-2008)*. Pearson, 2008.
- QUESEMAN ZUCCA, Sylvie. *Je vous salis ma rue*. Stock, 2007.
- REVERZY, Jean-François. *La folie dans la rue. Les urgences en psychiatrie et l'internement*. Privat, 1978. Coll. « Domaine de la psychiatrie ».
- RICOEUR, Paul. *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Seuil, 1965. Coll. « L'ordre philosophique ».
- RIVOYRE, Frédéric (dir.). *Psychanalyse et malaise social. Désir du lien ?* Toulouse : Erès, 2001.
- ROMEYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010. Coll. « Communication, santé, social ».
- ROUDINESCO, Elisabeth. *Pourquoi la psychanalyse ?* Flammarion, 2001. Coll. « Champs ».
- ROUSSET Jean-François et VANON Jean-Claude. *La prise en charge au service médical d'accueil du pavillon N. Etude statistique sur 1078 cas*. Thèse de doctorat : Lyon, Université Claude Bernard, 1978.
- RULLAC, Stéphane. *L'urgence de la misère. SDF et SAMU Social*. Les quatre chemins, 2004.
- RUSS Jacqueline et LEGUIL Clotilde. *La pensée éthique contemporaine* [1994]. PUF, 2008. Coll. « Que sais-je ? ».
- SFSIC. *Questionner les pratiques d'information et de communication. Agir professionnel et agir social. Actes du 15e congrès de la SFSIC*. SFSIC, 2006.
- SONTAG, Susan. *La maladie comme métaphore*. Seuil, 1979. Coll. « Essai. Fiction et Cie ».
- SOPHOCLE. *Tragédies complètes*. Préface de Pierre Vidal-Naquet. Traduction de Paul Mazon. Gallimard, 1995. Coll. « Folio », Classique.

- VECK, Corinne. L'Organisation groupale spontanée : étude des rôles et des fonctionnements des liens groupaux inter- et intra-subjectifs au sein d'un service d'urgence de l'hôpital général. Thèse de doctorat : Université Claude Bernard Lyon 1, Juin 2002.
- VERNANT Jean-Pierre et VIDAL-NAQUET Pierre. *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*. Tome 1 [1972]. La Découverte, 2001. Coll. « Poche ».
- VERNANT Jean-Pierre et VIDAL-NAQUET Pierre. *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*. Tome 2 [1986]. La Découverte, 2001. Coll. « Poche ».
- VIGARELLO, Georges. *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le moyen-âge*. 2e édition. Paris : Seuil, 1999. Coll. « Points », Histoire.
- WINKIN, Yves. *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain* [1996]. De Boeck Université. Seuil, 2001. Coll. « Points essais ».
- ZAFIROPOULOS, Markos. *Lacan et les sciences sociales*. PUF, 2001. Coll. « Philosophie d'aujourd'hui ».
- ZAFIROPOULOS, Markos. *Lacan et Lévi-Strauss ou le retour à Freud (1951-1957)*. PUF, 2003. Coll. « Philosophie d'aujourd'hui ».
- ZUCKER, Denise. *Penser la crise. L'émergence du soi dans un service d'urgence psychiatrique*. Paris Bruxelles : De Boeck Université, 2001. Coll. « Oxalis ».

Articles

- ABÉLÈS, Marc. « Le terrain et le sous-terrain ». In GHASARIAN, Christian (dir.). *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2002. Coll. « U ». Pages 35-43.
- AGIER, Michel. « Ce qui rend les terrains sensibles et l'anthropologie inquiète ». In BOUILLON Florence, FRESIA Marion, TALLIO Virginie (dir.). *Terrains sensibles. Expériences actuelles de l'anthropologie*. EHESS, 2005. Coll. « Dossiers africains ». Pages 175-184.
- ALBERTI, Sonia. « Psychanalyse : la dernière fleur de la médecine. La clinique des discours à l'hôpital ». In *l'En-je lacanien*. Janvier 2004, n°2, *Le supplément féminin*. Erès. Pages 109-128.
- AMOYAL, Catherine. « Internement arbitraire ou externement arbitraire : enfermés dehors ? ». In *EMPAN*. Février 2007, n°66. Erès. Pages 88-92.
- ARÈNE, Marguerite. « La lutte contre les exclusions. Quelle articulation entre la politique de la ville et la psychiatrie ? ». In *Actes des 11e journées nationales du service social en psychiatrie*. Juin 1996. ORSPERE.
- ASSOUN, Paul-Laurent. « L'inconscient théâtral : Freud et le théâtre ». In *Insistances*. 2006, n°2. érès. Pages 27-37.
- AUBERT, Nicole. « Le sens de l'urgence ». In *Sciences de la société*. 1999, n°44, *Urgence et décision*. Presses universitaires du mirail. Pages 29-41.

- AZEDDINE L., BLANCHARD G., PONCIN C. « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? ». In *Questions de communication*. 2007, n°11, *Malades et maladies dans l'espace public*. Presses universitaires de Nancy. Pages 111-127.
- BARRABAND, G. « Une garde psychiatrique à l'hôpital général ». In *Esprit*. Novembre 1975, n°11. Pages 630-644.
- BENOIST, Jean. « Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster ». In *L'autre. Cliniques, cultures et sociétés*. 2004, vol. 5, n°2. Grenoble : La pensée sauvage. Pages 277-286.
- BERTHET, V. « De l'asile à la ville ». In *Economie et Humanisme*. Décembre 1996, n°339, *Fermer les asiles...et après*.
- BESSIN, Marc. « La pratique psychiatrique en prison ». In *Regards sur l'actualité*. Mai 2000, n°261, *L'univers pénitentiaire*. La documentation Française. Pages 51-59.
- BIAGI-CHAI, Francesca. « Tordre l'institution ». In *QUARTO. Revue de psychanalyse. Ecole de la Cause Freudienne - ACF en Belgique*. Juin 2005, n°84, *Clinique de l'urgence*. Bruxelles. Pages 65-67.
- BOUGNOUX, Daniel. « Lacan oui, et après ? ». In *Esprit*. Août-septembre 1993, n°8-9. Pages 110-127.
- BOURGEOIS Frédérique, BLANCHER Philippe, ARBET Marie-Thérèse. « Appel de détresse, discours de maîtrise ». In *Sciences de la société*. 1999, n°44, *Urgence et décision*. Presses universitaires du Mirail. Pages 131-144.
- BOUTAUD, Jean-Jacques. « Sémiotique et communication. Un malentendu qui a bien tourné ». In *Hermès. Cognition, communication, politique*. 2004, n°38, *Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et pouvoirs*. CNRS EDITIONS. Pages 96-102.
- BRÉMOND GÉRARDIN GINESTET. « En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? ». In *Empan. Prendre la mesure de l'humain*. Juin 2002, n°46, *Educateurs techniques spécialisés : quelles fonctions*. Erès. Pages 129-135.
- BRIAND, Michèle. « La psychiatrie à la peine ». In *Le débat*. Septembre-octobre 1999, n°106.
- BRIAND, Michèle. « Psychiatrie, la fin d'une époque ». In *Le débat*. Novembre-décembre 2003, n°127.
- BRINGAY, S. « Les documents et les annotations du dossier patient hospitalier ». In *Information, Interaction, Intelligence*. N°1, Volume 4.
- BRUNETEAUX, Patrick. « Les politiques de l'urgence à l'épreuve d'une ethnobiographie d'un SDF ». In *Revue Française de Sciences Politiques*. Février 2007, volume 57 n°1. Presses de Sciences Po. Pages 47-67.
- CASTEL, Pierre-Henri. « La santé mentale et ses professions. Psychanalyse et psychothérapies : que sait-on des professions sur lesquelles on veut légiférer ? ». In *Esprit*. Mai 2004, n°5.
- CHABRIÈRE, Catherine. « Rôle de l'intervenant social et clinique psychosociale. A partir du cas de Monsieur U. en service d'accueil des urgences ». In FURTOS, Jean

- (dir.). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson, 2008. Pages 195-198.
- CONSTANT E. et DE CLERQ M. « Le psychiatre au service des urgences face au déclin du Nom-du-Père ». In *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. Janvier 1999, n°24. Pages 177-179.
- CORCUFF, Philippe. « Figures de l'individualité, de Marx aux sociologies contemporaines ». In *EspaceTemps.net*. Juillet 2005 [En ligne]. Textuel. <http://espacetemps.net/document1390.html>.
- DA-LAGE-PY Emilie et VANDIEDONCK David. « Introduction ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 7-14.
- DALIGAND, L. « Les violences à l'urgence psychiatrique ou la tragédie humaine sur la scène de l'urgence ». In *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2000, n°39.
- DANET, François. « Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence ». In *Travailler*. Février 2007, n°18. Martin Media. Pages 137-158.
- DANET, François. « La dramaturgie de l'urgentiste ». In *Esprit*. Février 2007, n°2, *Antilles : La république ignorée*. Pages 143-157.
- DANET, François. « La médecine d'urgence : de la dégradation à la démocratisation de l'hôpital ». In *Communication et organisation*. Juin 2006, n°29, *Figures de l'urgence et communication. Actes du colloque de Bordeaux des 5 et 6 décembre 2005*. Bordeaux : GRECO. Pages 181-191.
- DANET, François. « La pulsion traumatophilique des urgentistes. Les mouvements psychiques des soignants ». In *Stress et trauma*. 2007, vol 7, n°4. Pages 269-277.
- DANET François, ACACHE Pierre, BOUCHEREAU Nadya. « La place du médicament dans la prise en charge des comportements violents ». In *Santé mentale*. Novembre 2003, n° 82. Pages 47-50.
- DANET François, ACACHE Pierre et BOUCHEREAU Nadya. « Le traitement de la violence aux urgences médicales ». In *Synapse*. Janvier 2004, n° 201. Pages 1-5.
- DANET François, BREMOND Marc, ROBERT Dominique. « Les urgences : questions au système de santé ». In *Etudes*. Mai 2004.
- DANET François et al. « Le travail du médecin aux urgences : reniement, adaptation ou transformation ? ». In *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2006, n°1, *Perspective en clinique du travail*. Erès. 276 pages. Pages 103-116.
- DARRÉON, Jean-Louis. « Urgences(s) en débat ». In *Sciences de la société*. 1999, n°44, *Urgence et décision*. Presses universitaires du Mirail. Pages 4-13.
- DAVALLON, Jean. « Objet concret, objet scientifique, objet de recherche ». In *Hermès. Cognition, communication, politique*. 2004, n°38, *Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et pouvoirs*. CNRS EDITIONS. Pages 30-37.
- DAVALLON Jean et JEANNERET Yves. « La posture épistémologique. Un geste pratique ». In *SFSIC. Questionner les pratiques d'information et de communication*.

- Agir professionnel et agir social. Actes du 15e congrès de la SFSIC. SFSIC, 2006. Pages 203-210.*
- DECLERCK, Patrick. « A la rencontre de sujets vides ? ». In *Actes du colloque du Vinatier. 22-23-24 octobre 1997, Souffrance psychique, contexte social et exclusion.* ORSPERE.
- DEJOURS, Christophe. « Pathologie de la communication, situations de travail et espace public : le cas du nucléaire ». In *Raisons pratiques.* 1992, 3. Paris : Edition de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Pages 177-201.
- DELFORCE Bernard et NOYER Jacques. « Pour une approche interdisciplinaire des phénomènes de médiatisation : constructivisme et discursivité sociale ». In *Etudes de communication. Techniques d'expression, information, communication.* 1999, n°22, *La médiatisation des problèmes publics.* Université Lille 3. Pages 13-39.
- DHÉRET, Jacqueline. « Le besoin d'anonymat ». In FURTOS, Jean (dir.). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs.* Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson, 2008. Pages 137-143.
- DODIER Nicolas et CAMUS Agnès. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital ». In *Annales. Histoire, Sciences Sociales.* Juillet-août 1997, 52e année, n°4. Armand colin - EHESS. Pages 733-763.
- DUBIN, Jacques. « La place du patient ». In *Esprit.* Janvier 2007, n°1, *L'hôpital en mouvement.* Pages 40-51.
- DUCLUZEAU, Roland. « L'urgence aux HCL. Il faut améliorer l'aval de l'aval... ». In *TONIC.* 2002, n°100, *Deux siècles au service des malades.* Hospices Civils de Lyon. Pages 9-12.
- EHRENBERG, Alain. « Les changements de la relation normal-pathologique ». In *Esprit.* Mai 2004, n°5.
- EHRENBERG, C. « La folie perdue de vue ». In *Esprit.* Octobre 1994, n°10.
- ELCHARDUS, Jean-Marc. « Les sept risques des urgences ». In SASSOLAS, Marcel (dir.). *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique.* Erès, 2006. Coll. « Santé Mentale et Communautés ». Pages 127-134.
- ELCHARDUS Jean-Marc, GANSEL Yannis, GRISON-CURINIER Juliette. « Violence et urgence ». In *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Vol. 163, n°8. Octobre 2005. Pages 664-667.
- FASSIN, Didier. « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence ». In *Annales.* 2000, volume 55, n°5. EHESS. Pages 955-981.
- FOCCHI MARCO FREDA FRANCISCO HUGO FERNANDEZ BLANCO MANUEL. « La politique des CPCT ». In *Mental. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée.* Février 2008, n°20, *Psychanalystes en prise directe sur le social.* Seuil. Pages 19-34.
- FRIARD, Dominique. « Attacher n'est pas contenir ». In *Santé mentale.* Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 16-28.
- FRIARD, Dominique. « Isolement et contention. Comment ne pas en faire un acte de violence ». In *Santé mentale.* Avril 1997, n° 17. Pages 10-15.

- FURTOS, Jean. « Arrêt sur urgence ». In *Dossier annuel MRIE*. 1998, *Prévenir l'exclusion*. MRIE.
- FURTOS, Jean. « Problèmes de précarité et partenariat dans le champ de la précarité sociale ». In *Exclusions, addictions, urgences : l'interdisciplinarité en questions ?* Bordeaux : Société de psychiatrie d'Aquitaine.
- FURTOS, Jean. « Quelle relation d'aide sur fond de précarité sociale ». In *Economie et Humanisme*. Décembre 1996, n°339, *Fermer les asiles...et après*.
- FURTOS, Jean. « Une clinique de la durée : chronicité ou long cours. La machine à écrire le destin ? ». In *12e session d'enseignement et de formation du côté de la clinique et de l'équipe psychiatrique aujourd'hui*. Avril 1998. ORSPERE.
- FURTOS Jean et LAVAL Christian. « L'individu post-moderne et sa souffrance ». In *Actes du colloque du Vinatier*. 22-23-24 octobre 1997, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*. ORSPERE.
- GALAM, Eric. « Le remède-médecin ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. Autrement. Pages 41-55.
- GALAM, Eric. « Les généralistes : fossiles ou précurseurs ? ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. Autrement. Pages 10-27.
- GANTHERET, François. « Un acte, préface à Totem et Tabou ». In FREUD, Sigmund. *Totem et tabou. Quelques concordances entre la vie psychique des sauvages et celle des névrosés* [1912]. Traduit de l'allemand par Marielène Weber. NRF Gallimard, 1993. Coll. « Connaissance de l'inconscient », Œuvres de Sigmund Freud - traductions nouvelles.
- GEORGES Nathalie, GRASSER Fabien. « Le temps au CPCT et ses logiques ». In *Mental. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*. Février 2008, n°20, *Psychanalystes en prise directe sur le social*. Seuil. Pages 42-51.
- GRABOY-GROBESCO, A. « Les séjours psychiatriques sous contrainte et l'évolution du droit des malades ». In *AJDA*. Janvier 2004, n°2. Pages 57-112.
- GRIVOIS, Henri. « Le Paris de la folie ». In *Le Débat*. Mai-août 1994, n°80.
- GUEDJ, RAYNAUD, BRAITMAN, VANDERSCHOOTEN. « Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques ». In *L'encéphale. Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. Janvier-février 2004, volume 30, fascicule 1. Masson. Pages 32-39.
- HALPERN, Catherine. « La santé : à la poursuite d'une utopie ». In *Sciences Humaines*. Mars-avril-mai 2005, hors-série n°48, *La santé : un enjeu de société*. Pages 6-9.
- HORRASIUS-JARRIE N. et BALDO E. « La psychiatrie "attrape-tout" dans les services d'urgence des hôpitaux généraux ». In *L'information psychiatrique*. Mai 2006, n° 5. Pages 521-533.
- JEANNERET, Yves. « Introduction ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2004, n°27, *Analyse communicationnelle et épistémologique des sciences sociales*. Université Lille 3. Pages 7-18.
- JEANNERET, Yves. « Les multiples visages de l'urgence : point de vue sur les travaux ». In *Communication et organisation*. Juin 2006, n°29, *Figures de l'urgence*

- et communication. Actes du colloque de Bordeaux des 5 et 6 décembre 2005.*
Bordeaux : GRECO. Pages 243-249.
- JEANNERET, Yves. « Une monographie polyphonique. Le texte de recherche comme appréhension active du discours d'autrui. ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2004, n°27, *Analyse communicationnelle et épistémologique des sciences sociales*. Université Lille 3. Pages 33-74.
- JOSEPH, Isaac. « La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques ». In *Les annales de la recherche urbaine*. 1996, n°73, *Villes et santé publique*. Pages 108-118.
- JOUBREL, Dina. « Clinique de la singularité : SPAO. Présentation d'un service innovant d'accueil et d'orientation en psychiatrie publique ». In *Les dossiers bleus*. 2010, *Accompagner le handicap psychique au quotidien. Insertion, réadaptation, nouvelles expériences premiers bilans*. Rennes : Fondation de la Croix-Marine. Pages 9-13.
- LACAN, Jacques. « Conférence et débat du collège de médecine de la Salpêtrière ». In *Cahiers du Collège de médecine de la Salpêtrière*. 1966. Paris : Expansion scientifique française. Pages 761-774.
- LE BLANC, Guillaume. « La vie psychique de la maladie ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 109-122.
- LE BLANC Guillaume et WORMS Frédéric. « Introduction : les nouvelles figures du soin ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 77-79.
- LE BRETON, David. « Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique ». In *Diogène*. 1991, n°153. Paris : Gallimard. Pages 92-107.
- LE BRETON, David. « Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant ». In *Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. Autrement. Pages 30-40.
- LE MAREC, Joëlle. « Situations de communication dans la pratique de recherche : du terrain aux composites ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 14-39.
- LECARPENTIER, Michel. « Psychose et continuité des soins en 2009 ». In *Chantiers politiques*. Juin 2009, n°7, *Bilan de santé*. Paris : Pollens. Pages 94-102.
- LHUILIER, Dominique. « Le "sale boulot" ». In *Travailler*. Février 2005, n°14. Martin Media. Pages 73-98.
- LIOGER, Richard. « L'entretien ethnographique, entre information et contre-transfert. L'inconscient est-il soluble dans la relation informateur/ethnologue ... ? ». In *MEI "Médiation et information"*. 2001, n°15, *Anthropologie et communication*. L'Harmattan. Pages 123-135.
- LUGRIN, Yves. « Il y a contention et "contension" ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 42-45.
- MARTIN, Jean-Pierre. « L'institution du tiers dans les pratiques cliniques ». In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité*. Décembre 2006, n°25, *Réinventer l'institution* [En ligne]. Hôpital du Vinatier Lyon Bron : ONSMP-ORSPERE. Pages 37-39.

- MASSÉ, G. « L'intervention de crise. A quoi servent les urgences psychiatriques ? ». In *Pluriels. Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale*. Mars 2006, n°56.
- MICOUD, André. « Institutions et "formes de vie" ». In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité*. Décembre 2006, n°25, *Réinventer l'institution* [En ligne]. Hôpital du Vinatier Lyon Bron : ONSMP-ORSPERE. Pages 62-64.
- MILLER, Jacques-Alain. « La forclusion ». In *Les cahiers de la clinique psychanalytique*. Décembre 1996, n° 1, *Les psychoses : concept et cas*. Lyon : Institut du Champ Freudien, Lyon. Pages 5-32.
- MILLER Jacques-Alain, CLERO Jean-Pierre, LOTTE Lynda. « Lacan et la politique ». In *Cités. Philosophie, politique, histoire*. Avril 2003, n°16, *Jacques Lacan. Psychanalyse et politique*. P.U.F. Pages 105-123.
- MONNOYER-SMITH, Laurence. « L'urgence en politique. Temps de l'action et temps du discours. ». In *Sciences de la société*. 1999, n°44, *Urgence et décision*. Presses universitaires du Mirail. Pages 63-81.
- ODIER, Bernard. « Accélération des traitements, fragmentation des évolutions : vers la fast-psychiatrie ». In *L'information psychiatrique*. Mai 2006, n° 5. Pages 563-568.
- OGIEN, A. « L'ordre de la désignation : les habitués dans les services hospitaliers ». In *Revue française de sociologie*. 1986, n°27. Pages 29-46.
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. « Le "je" méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain ». In *Revue française de sociologie*. Juillet-septembre 2000, volume, 41, n°3. Ophrys. Pages 417-445.
- PALAZZOLO, J. « De l'utilisation des contentions en psychiatrie : le point de vue des patients ». In *L'encéphale. Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. Septembre-octobre 2002, volume 28, fascicule 5. Masson. Pages 454-460.
- PALAZZOLO, Jérôme. « Contention et perspectives thérapeutiques ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 36-41.
- PALAZZOLO, Jérôme. « Contention : état des lieux ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 30-35.
- PANCHAUD, Raymond. « L'enveloppement thérapeutique ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 46-49.
- PANICO, Robert. « Télé-médecine et progrès social : un duo incertain ». In *Sciences de la société*. 1999, n°47, *Les télé-Services. Les nouveaux services de communication*. Presses universitaires du mirail. Pages 43-56.
- PANNETIER, Cédric. « Flic ou soignant ? ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 50-53.
- PARIZOT Isabelle et CHAUVIN Pierre. « Quel accès aux soins pour les plus démunis ? ». In *Sciences Humaines*. Mars-avril-mai 2005, hors-série n°48, *La santé : un enjeu de société*. Pages 96-99.
- PAZ, Victoria. « "Innocence", ou le souci de la différence ». In *Mental. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*. Février 2008, n°20, *Psychanalystes en prise directe sur le social*. Seuil. Pages 58-66.

- PEGON, Guillaume. « Une clinique du tiers qui demande beaucoup d'adresse(s) ». In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité*. Décembre 2006, n°25, *Réinventer l'institution* [En ligne]. Hôpital du Vinatier Lyon Bron : ONSMP-ORSPERE. Pages 28-32.
- PERRET, Jean-Baptiste. « Y a-t-il des objets plus communicationnels que d'autres ? ». In *Hermès. Cognition, communication, politique*. 2004, n°38, *Les sciences de l'information et de la communication. Savoirs et pouvoirs*. CNRS EDITIONS. Pages 121-128.
- PIRARD, Virginie. « Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique vertueuse de la relation de soin ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 80-94.
- PITICI, Colette. « Les bricoleurs de la précarité ». In *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité*. Décembre 2006, n°25, *Réinventer l'institution* [En ligne]. Hôpital du Vinatier Lyon Bron : ONSMP-ORSPERE. Pages 19-23.
- QUINTON, Philippe. « Le sens du terrain ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 43-49.
- RANCHIN, Bruno. « Enfermés dehors, exilés de l'intérieur ». In *EMPAN*. Février 2007, n°66. Erès. Pages 138-143.
- RAOUL, Bruno. « Un travail d'enquête à l'épreuve du terrain ou "l'expérience de terrain" comme relation en tension ». In *Etudes de communication. Langages, information, médiations*. 2002, n°25, *Questions de terrains*. Université Lille 3. Pages 87-103.
- RECHTMAN, Richard. « Retour sur l'efficacité symbolique ». In DRACH Marcel et TOBOUL Marcel (dir.). *L'anthropologie de Lévi-Strauss et la psychanalyse. D'une structure l'autre*. Paris : La découverte, 2008. Pages 179-195.
- ROCHE, Jean-François. « Chronique de l'urgence...ou de l'usage chronique de l'urgence ». In *Empan. Prendre la mesure de l'humain*. Mars 2003, n°49, *Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter*. Erès. Pages 72-75.
- ROCHE, Louis. « L'urgence aux hospices civils ». In BOUCHET, Alain (dir.). *La médecine à Lyon des origines à nos jours*. Hervas, 1987. Pages 379-382.
- ROMEYER, Hélène. « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale ». In *Questions de communication*. 2007, n°11, *Malades et maladies dans l'espace public*. Presses universitaires de Nancy. Pages 51-70.
- SELDES, Ricardo. « L'urgence subjective, un temps nouveau ». In *QUARTO. Revue de psychanalyse. Ecole de la Cause Freudienne - ACF en Belgique*. Juin 2005, n°84, *Clinique de l'urgence*. Bruxelles. Pages 31-37.
- SINGY, Pascal. « Un modèle linguistique au service de la santé ? ». In HOUDEBINE-GRAVAUD, Anne-Marie (dir.). *L'imaginaire linguistique*. L'Harmattan, 2002. Coll. « Langue et Parole ». Pages 97-102.
- SOUTRENON, Emmanuel. « Offrons-leur l'asile ! Critique d'une représentation des clochards en "naufragés" ». In *Actes de la recherche en sciences sociales*. Septembre 2005, n° 159, *Politique des espaces urbains*. Seuil. Pages 88-115.

- TÉTU, Jean-François. « Le psychiatre dans la presse : savant ou soignant ? ». In *Psychiatrie Française*. Juillet 1993, n°3. Pages 54-68.
- TÉTU, Jean-François. « Les origines littéraires de sciences de l'information et de la communication ». In BOURE, Robert. *Les origines des sciences de l'information et de la communication : regards croisés*. Lille : Septentrion Presses Universitaires, 2002. Coll. « Communication ».
- THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMÉYER Hélène (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010. Coll. « Communication, santé, social ».
- THOMAS, Jérôme. « Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. A propos d'une recherche ethnographique sur la psychiatrie d'urgence. ». In *Chantiers politiques*. Juin 2009, n°7, *Bilan de santé*. Paris : Pollens. Pages 83-93.
- THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.
- TOUZET, Patrick. « Pour une éthique de la contention ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, *Contenir...* Paris : Acte presse. Pages 54-56.
- VALLET, Dominique. « La clinique de l'urgence ou l'urgence dans la clinique. La place de la psychanalyse en institution ». In QUARTO. *Revue de psychanalyse. Ecole de la Cause Freudienne - ACF en Belgique*. Juin 2005, n°84, *Clinique de l'urgence*. Bruxelles. Pages 40-45.
- VANDERVEKEN, Yves. « La hâte de ces moments à ne pas rater ». In QUARTO. *Revue de psychanalyse. Ecole de la Cause Freudienne - ACF en Belgique*. Juin 2005, n°84, *Clinique de l'urgence*. Bruxelles. Pages 58-62.
- VICENS, Antoni. « Notes sur "le social" ». In *Mental. Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée*. Février 2008, n°20, *Psychanalystes en prise directe sur le social*. Seuil. Pages 152-158.
- VIGNAT, Jean-Pierre. « Aliénation et insertion ». In *Economie et Humanisme*. Décembre 1996, n°339, *Fermer les asiles...et après*.
- WEBER, Max. *Le savant et le politique*. Préface, traduction et notes de Catherine Colliot-Thélène. La Découverte, 2003. Coll. « Poche », Sciences humaines et sociales.
- WORMS, Frédéric. « Les deux concepts du soin : Vie, médecine, relations morales ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 141-156.
- ZACCAÏ-REYNERS, Nathalie. « Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin ». In *Esprit*. Janvier 2006, n°1, *Les nouvelles figures du soin*. Pages 95-108.
- ZAFIROPOULOS, Markos. « Psychanalyse et pratiques sociales ou la preuve par la psychanalyse ». In *Recherches en psychanalyse*. 2004, n°1. L'esprit du temps. Pages 97-118.

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des patients rencontrés

Glossaire :

SS : Sortie simple (le patient a bénéficié d'une simple consultation ou d'un court séjour aux urgences et n'est pas orienté vers une autre structure médicale, médicosociale ni sociale).

HL : hospitalisation libre

HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers (procédure d'hospitalisation sous contrainte nécessitant, en cas d'urgence, un certificat médical au moins et la demande d'admission en hôpital signée d'un proche (famille, amis) du patient. En dehors des cas d'urgence, deux certificats médicaux sont nécessaires). L'HDT intervient quand le patient nécessite des soins et qu'il les refuse.

HO : hospitalisation d'office (hospitalisation sous contrainte demandée par l'autorité publique (préfet) par arrêté avec un certificat médical au moins). L'HO est prononcée quand le patient nécessite des soins, les refuse et compromet la sûreté des personnes. C'est une mesure médicale et d'ordre public.

SJD : hôpital Saint-Jean-de-Dieu : hôpital psychiatrique de la région lyonnaise

Vinatier : Centre hospitalier spécialisé du Vinatier (psychiatrie) de la région lyonnaise

Saint-Cyr : Centre hospitalier spécialisé de Saint-Cyr au Mont d'Or (région lyonnaise).

UMA : Unité médicale d'accueil. Service d'urgence psychiatrique de l'hôpital du Vinatier

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée du pavillon N de l'hôpital Edouard Herriot (voir journal ethnographique pour plus de précisions)

N2 : Service d'hospitalisation psychiatrique du pavillon N (voir journal ethnographique pour plus de précisions)

N1/N3 : Service d'hospitalisation mixte du pavillon N (voir journal ethnographique pour plus de précisions)

CMP : Centre Médico-Psychologique. Structure de soin dépendant d'un service d'un hôpital psychiatrique. Il propose des soins sans hospitalisation en dehors de l'enceinte de l'hôpital. Il reçoit des recours programmés sur adressage (des urgences, des services sociaux, de l'hôpital psychiatrique pour une poursuite de soin) mais aussi des recours spontanés.

SCAM : Sortie contre avis médical

HP : hôpital psychiatrique

TS : tentative de suicide

IMV : intoxication médicamenteuse volontaire

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des patients rencontrés

Date	Modalité de la demande, du recours	Sexe, âge	Éléments de profil du patient (forme de la détresse, histoire personnelle)	Orientation
22/11/06	Réquisition à personne ; police, garde à vue	Homme 30/40 ans	Fugue Vinatier ; déjà vu et connu ; schizophrénie, connaît l'institution psychiatrique (« charmille » ; « cornillon » : noms d'un pavillon et d'un psychiatre du Vinatier qui émergent dans son discours).	HDT Vinatier
01/12/06	Forme du recours inconnue ; problématique toxicomaniaque	Femme	4 ^e passage dans le service	N2
01/12/06	Adressé par le Pavillon A (urgences chirurgicales) ; alcool	Homme	9 ^e passage en deux ans, origine étrangère	SS ; C2A (centre d'alcoologie)
01/12/06	Alcool ; TS ; rencontrée attachée	Femme, 43ans	Premier passage mais antécédents Psy SJD – refuse de le dire d'ailleurs. Déracinée : vie entre plusieurs pays (Colombie, Espagne, France) ; origine italienne. Vit chez une amie. Elle n'a pas de chez elle. Son amie veut « la virer ». Détail à noter et d'importance : la patiente a avec elle une grande quantité de bagages...« <i>Elle a emporté sa maison</i> », dicit la psychiatre	HDT SJD
01/12/06	Problématique alcoolique ; pompiers police, attaché quand rencontré	Homme, 30aine	Patient déjà venu à plusieurs reprises ; problématique violente. Difficulté de vie autonome (vit toujours chez sa mère ; crise du système familial et fratrie)	N2
01/12/06	Police ; Fugue ; alcoolisée, agitation	Femme 16 ans	Fugue ; désinsertion familiale ; problématique sociale et psychiatrique. Suivie au Vinatier	UMA ; foyer
01/12/06	Suite à une alcoolisation ; 2 ^e jour à l'UHCD. Demande de réintégration en HP. Angoisse relative à la mort de son père.	Homme	Service d'urgence utilisée comme un guichet de dernier recours pour solliciter une hospitalisation en psychiatrie : entrée dans un « espace de soins balisé ». Ancien patient N2.	HL Saint Cyr
14/12/06	Arrivée par son frère. Demande de Modification 20 Francs (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/) - THOMAS Jérôme - Université Lyon 2, 2010	Homme, 55ans	4 ^e passage depuis 2006. Blessures sur le corps. Atteintes somatiques et	SJD plein, donc se retrouve à N3

Annexe 2 : La Cour des Miracles de l'hôpital

Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise

[Cette étude a été publiée : THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMÉYER HÉLÈNE (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010. Coll. « Communication, santé, social ».]

Dans les médias, les urgences hospitalières présentent l'ambivalence d'être montrées tantôt comme le « parent pauvre » de l'hôpital – comme lieu paradigmatique de la crise actuelle à l'hôpital en termes de manque de personnels et de difficultés financières-, tantôt comme le lieu d'exercice d'une médecine scientifique, experte, hypertechnicisée avec ses médecins héroïques qui sauvent des vies et donc, cette fois, « figure de proue » de l'hôpital⁷⁰³.

Dans une certaine mesure en effet, les urgences hospitalières sont un lieu fait de paradoxes puisqu'elles disposent à la fois de moyens humains et techniques importants, emblèmes de l'évolution vers une logique de performance de l'hôpital contemporain, tout en étant un lieu d'accueil ouvert sur la ville, c'est-à-dire ouvert de manière indifférenciée aux souffrances multiformes de la société dans leurs dimensions somatiques, psychiques et sociales qui peuvent parfois être imbriquées chez un même patient.

Ces patients-là, dont le recours est difficilement réductible à une seule symptomatologie, ne sont pas facilement orientables vers les services d'aval de spécialité de l'hôpital qui préfèrent recevoir, pour être rentables, un symptôme ou un diagnostic calibrable et caractérisable en termes de tarification hospitalière⁷⁰⁴. Ces patients sont alors souvent orientés vers les équipes de psychiatrie qui interviennent dans les services d'urgence. Ici, une autre clinique se met en place, accueillant non plus le patient uniquement via son symptôme, mais en donnant un statut particulier à sa parole, lui permettant de donner du sens à l'événement malheureux qui le submerge et qui a justifié le recours aux urgences. En somme, la psychiatrie, aux urgences, permet à la relation thérapeutique de retrouver ses dimensions proprement anthropologiques et communicationnelles⁷⁰⁵,

⁷⁰³ Cette ambivalence se voit très bien dans les chroniques de *Charlie Hebdo* du très médiatique Patrick Pelloux, aujourd'hui réunies dans un ouvrage (Pelloux, 2007)

⁷⁰⁴ Et aussi en termes de prestige scientifique, si la pathologie que présente le patient peut faire l'objet d'un programme de recherche scientifique. Sur l'entrecroisement de la rentabilité économique et scientifique et le poids que cela pèse sur la prise en charge d'urgence, voir les travaux de F.Danet (2006). Pour une approche qui rende compte du virage entrepreneurial de l'hôpital, de la valorisation technique du soin via les TIC et du changement conséquent de la relation soignante par la tarification des actes hospitaliers assistée par les nouvelles technologies, voir Panico (1999 : 45-46, 2002).

⁷⁰⁵ Cette contribution s'inscrit dans le cadre plus large d'une thèse portant sur les aspects de communication et de médiation de la psychiatrie d'urgence, menée sous la direction de Bernard Lamizet, à l'Université Lyon 2. Pour des développements sur ces aspects anthropologiques et communicationnels du soin et son efficacité symbolique non-quantifiable, voir Le Breton (1991, 1996, 2003), Augé et Herzlich (1984) et Thomas (2009).

aspects effectivement non quantifiables de la médecine, donc non-rentables du point de vue de la productivité du soin. Cette absence de rentabilité, dans une société de la performance⁷⁰⁶ dont fait désormais partie la médecine⁷⁰⁷, est susceptible d'être saisie par le discours d'acteurs sociaux, dont la presse écrite régionale lyonnaise (corpus étudié ici) qui, en couvrant les situations de crise aux urgences (engorgement, faits-divers), se rallie implicitement à une conception entrepreneuriale de l'hôpital.

Cette contribution vise donc à comprendre comment la presse régionale se saisit de ces paradoxes et tensions propres aux urgences qui sont fondamentalement un lieu où se déploient cliniques et accueils de la détresse différenciés et où sont donnés à voir deux modèles de l'hôpital : entreprise (rentabilité de l'activité médicale) ou agent de la médiation politique et sociale (accueil indifférencié – et non-orienté par la productivité – de la détresse).

Au-delà, le traitement médiatique de l'urgence psychiatrique est intéressant dans la mesure où, d'une part, l'urgence est un domaine d'activité de l'hôpital qui est saisi par la presse pour faire de la santé un problème public et, d'autre part, parce que ce domaine n'est pas saisi, particulièrement dans la presse régionale, au même titre que d'autres problèmes de santé publique. En effet, dans le cas de la psychiatrie, les malades font l'objet d'une stigmatisation importante et durable alors que le mouvement général est plutôt orienté vers la mise en avant du témoignage et de la parole du malade dans les médias⁷⁰⁸. En réalité, le traitement médiatique de la psychiatrie d'urgence dans la presse régionale suit une manière de faire traditionnelle de la presse écrite qui privilégie la parole de l'expert-médecin ou la valorisation d'une médecine hautement technique au détriment de la parole du patient. A cela s'imbrique une vision classique de la psychiatrie qui déqualifie, suivant les circonstances (faits-divers, engorgement du service d'urgence), le psychiatre par rapport à ses collègues soignants (dans une sorte de contagion de la représentation donnée des patients de la psychiatrie vers celui qui les accueille⁷⁰⁹).

Ce texte pose donc deux questions : l'une, politique, sur la place de la santé mentale dans l'espace public déterminée à travers son traitement médiatique, l'autre, plus proprement communicationnelle, sur les procédés de construction du discours et du récit médiatiques sur la psychiatrie d'urgence.

L'analyse qui va suivre s'appuie sur un corpus de presse écrite régionale quotidienne (*Le Progrès*, *Lyon Libération*, *Le Figaro Lyon*, *Le Monde édition Rhône-Alpes*) et hebdomadaire (*Lyon Capitale*) lyonnaise. Il est composé de 80 articles s'étendant sur la période 1991-2009. Tous les articles faisant référence au « Pavillon N » ont été intégrés au corpus. Le pavillon N est le plus grand service d'urgence lyonnais. Situé à l'hôpital Edouard Herriot, hôpital général, il reçoit les urgences médicales et psychiatriques au rythme moyen de 100 recours par jour (dont 20 pour la psychiatrie). Il constitue par ailleurs le terrain bien connu de notre recherche ethnographique, ce qui permet de mettre en perspective observations ethnographiques et représentations médiatiques.

Dans la mesure où il s'étend sur une période relativement longue, le corpus permet d'identifier des permanences étonnantes dans le traitement médiatique de la psychiatrie d'urgence et de ses patients, notamment l'utilisation répétée de la figure de la « Cour des

⁷⁰⁶ Ehrenberg (1998)

⁷⁰⁷ Voir Papadakos Vassilios, *Clinique sous influence* (1999) pour ce qui concerne spécifiquement la psychiatrie.

⁷⁰⁸ Plus particulièrement à la télévision (Romeyer, 2007).

⁷⁰⁹ Le psychiatre aussi fou que ses patients est une représentation sociale courante.

Miracles » et celle du fou violent, cela indépendamment du titre de presse et de l'auteur de l'article.

La méthodologie employée est l'analyse de discours, en particulier l'analyse de l'énonciation à partir des recommandations de D.Maingueneau (1994). L'étude des procédés énonciatifs permet en effet de rendre compte, de manière générale, de la position relative du journal par rapport à ce qu'il énonce (son rapport à la santé, la maladie, la psychiatrie, l'urgence) et, en même temps, dans une optique plus proprement sémiotique d'analyse du texte, d'établir un schéma de la distribution des paroles légitimes (entre patients et soignants, entre soignants eux-mêmes) dans l'espace du texte et des constructions discursives de figures (comme la « Cour des Miracles ») qui permettent d'étudier des catégories interprétatives de mise en sens de la réalité.

L'attention s'est donc portée sur l'étude des verbes, adverbes et locutions qui véhiculent des *modalités appréciatives* pour saisir dans quelle position se met l'énonciateur et comment il organise les rôles relatifs présents dans son récit. Cela permet de répondre à une série de questions : y a-t-il une différence d'appréciation entre les patients relevant de l'urgence somatique et ceux relevant de l'urgence psychiatrique, de quelle nature ? Quelle place symbolique est-elle assignée aux patients relevant de l'urgence psychiatrique par rapport au « nous » représenté par le journal et ses lecteurs ? Dans cette logique de recherche, une importance cruciale a été donnée à l'analyse des procédés de citation qui rendent compte de la distribution des paroles légitimes, de leur modalisation (par les verbes introducteurs) et de la manière dont le journal dresse des injonctions aux pouvoirs publics à travers la parole de certains soignants et patients. Toujours dans la même optique, le discours rapporté et l'intertextualité ont été analysés pour comprendre la manière dont le savoir médical sur l'urgence était intégré au discours de presse : est-il donné brut, explicité, vulgarisé ; peut-on déceler une différence dans la transcription du discours des somaticiens et celui de la psychiatrie ? Enfin, parce que l'urgence psychiatrique est un phénomène qui implique de mettre en récit l'insensé, la mort, la crise, la souffrance, notions susceptibles de réveiller des imaginaires importants, les champs lexicaux relatifs à la description de ces notions ont été relevés et classés.

Ainsi, au carrefour entre les interrogations sur les enjeux de l'accueil de la détresse psychique à l'hôpital et l'appréhension médiatique de l'urgence comme problème public en rapport à la santé, une question émerge : dans quelle mesure et selon quels processus le mouvement politique actuel de mutation de l'hôpital est-il médiatisé par la presse régionale dès lors qu'elle est amenée à traiter de l'urgence, en particulier psychiatrique ?

Alors que les représentations sociales classiques de la psychiatrie impriment durablement leur marque dans les articles de la presse régionale, celles-ci trouvent à cohabiter, dans le même discours médiatique, avec la description d'un hôpital idéalisé autour de la performance technique des urgences. Cela se fait au prix de la stigmatisation des patients de l'urgence psychiatrique à travers la figure de la « Cour des Miracles » qui permet de distinguer des « vrais » et des « faux » patients.

Un invariant : le poids des représentations sociales de la psychiatrie et de la folie sur le discours médiatique

Dans le traitement de la psychiatrie d'urgence par la presse régionale, c'est d'abord le constat d'une permanence qui interpelle et qui doit être interrogée : d'un titre à un autre, d'un événement à un autre, d'un journaliste à un autre, c'est toujours la même représentation de la psychiatrie et de la pathologie psychique qui pénètre et surplombe le discours médiatique. Cette permanence va au-delà du corpus car elle renvoie à un invariant historique de la

construction de la figure du fou dans les discours (Foucault, 1976) et les représentations sociales (Jodelet, 1989). Quelles sont ces modalités de représentation dans le corpus et comment comprendre leur utilisation dans la médiatisation de l'urgence médicale et psychiatrique ?

En cohérence avec les descriptions foucaaldiennes, le patient de la psychiatrie, dans le discours médiatique étudié, représente les limites de la sociabilité. Il est rangé sous l'image de la violence, de l'animalité et de la marginalité sociale. Il est la figure irréductible de l'altérité.

Ainsi, la stigmatisation des patients de la psychiatrie se matérialise sous différentes formes : à la fois dans l'énonciation et dans les champs lexicaux descripteurs des patients.

Sur le plan énonciatif, le patient relevant de la psychiatrie est toujours décrit de loin, de l'extérieur⁷¹⁰, par le journaliste qui prend lui-même en charge la description ou par le discours rapporté d'un soignant qui est très rarement un psychiatre. Jamais le discours d'un tel patient n'est rapporté dans l'ensemble du corpus. En termes d'analyse sémiotique, on pourrait dire qu'il est exclu de l'espace du texte dans la mesure où son énonciation n'est pas présente, donc pas reconnue – il est toujours parlé par un autre⁷¹¹ –, indiquant par là une identification impossible au lecteur. Le dispositif sémiotique rappelle ici directement les pratiques de séparation observées par Jodelet (1989) à l'égard du fou et renvoyant aux significations de l'impur.

Quand il existe dans le discours médiatique, il y est seulement décrit pour être éloigné de la représentation d'un individu qui puisse faire société. Des présents de vérité générale et des qualificatifs péjoratifs imprègnent le corpus : « un jour, c'est quelqu'un qui disjoncte et qui sort une arme blanche », « la violence fait partie de la pathologie psychiatrique » (sic !), « la nuit, N écope de toutes sortes d'urgence : l'agité qui peut tout casser ou la personne qui fait un infarctus », « ce lit mordu, une nuit de folie, par un patient en urgence », « paumés de la nuit lyonnaise, psychopathes, dépressifs de tout poil⁷¹² ».

La parole du psychiatre est peu présente dans les articles si ce n'est pour authentifier la folie (on demande au chef de service d'urgence, psychiatre, si une éclipse de soleil déclencherà des bouffées délirantes en ville⁷¹³) ou pour que celui-ci soit assimilé à un gardien de l'ordre public (« ce psychiatre, également entraîneur d'art martial⁷¹⁴ » ou « son comportement étant jugé dangereux, il est hospitalisé d'office au pavillon N⁷¹⁵ »). Comme l'a en effet montré Tétu (1993), « le raté de la société (le faits-divers) est de loin le premier motif de surgissement de la psychiatrie dans le journal ». Tétu note aussi que le vocabulaire psychiatrique n'est pas du tout assimilé par les média, contrairement aux termes de la

⁷¹⁰ La compassion pour les patients de la psychiatrie n'existe ainsi pas dans la presse, particulièrement dans le contexte de l'urgence, alors qu'elle existe pour d'autres pathologies (notamment dans la mise en scène télévisuelle du témoignage des malades sur leur maladie ; Romeyer, 2007 : 58-59). En réalité, seul le syndrome dépressif n'est pas associé aux représentations classiques de la psychiatrie (DRESS, 2004) et peut faire l'objet d'une identification.

⁷¹¹ Cheveigné (2005) parlerait ici de « médiation forte ».

⁷¹² Citations tirées du *Progrès*, de *Lyon Libération* et de *l'Humanité* (en reportage à Lyon, 13/02/1991 : « Le pavillon de tous les dangers »)

⁷¹³ « Délire au soleil », *Le Progrès*, 11 août 1999

⁷¹⁴ *Lyon Capitale*, 28 janvier 1998

⁷¹⁵ *Le Progrès*, 9 février 2001

médecine somatique utilisés pour mettre en scène la performance médicale. Cela contribue à faire de la psychiatrie une sous-médecine car décrite dans des termes triviaux⁷¹⁶.

Ainsi, concernant ce domaine de la santé qu'est la psychiatrie, le discours médiatique possède des spécificités invariables qui le singularisent des discours d'information sur d'autres problématiques de santé publique, plus évolutifs⁷¹⁷. Aussi, le contexte de l'urgence produit un effet de loupe qui amène les journalistes à relever ce qui vient conforter les représentations classiques de la folie autour de la crise psychotique dangereuse certes présente aux urgences mais en réalité marginale par rapport à tous les recours pour des situations de détresse psychosociale qui ne sont pas spectaculaires⁷¹⁸. C'est certainement parce que le discours d'information médiatique est un miroir social (Charaudeau, 2005) qu'il est impossible à la presse régionale, grand fournisseur de faits-divers, de donner une image compassionnelle et réaliste de la pathologie psychique qui renvoie à trop d'altérité. Comme l'estime Foucault, tout discours collectif a besoin d'une extériorité, de figures à exclure qui le structurent et fixent les frontières de l'appartenance, du « nous » au nom duquel parle toujours implicitement le journal.

La description d'un hôpital idéalisé autour de la performance technique des urgences

A côté du discours très stéréotypé sur la psychiatrie, cohabite dans le corpus un discours valorisant implicitement les mutations contemporaines de l'hôpital public. Cette valorisation implicite surgit dans la plupart des articles à tonalité politico-économique (38% du corpus) décrivant des situations d'engorgement du service d'urgence. La parole, modalisée sous la forme de la plainte, est alors donnée aux usagers et aux soignants. Elle est utilisée pour dresser des injonctions au système de santé publique auprès duquel sont revendiquées à la fois la qualité du service public et la performance des urgences.

C'est le témoignage compassionnel ou revendicatif qui, dès lors, est privilégié par le journal. L'utilisateur est présenté comme double victime : de sa pathologie et du service qui ne fournit pas l'aide attendue (une patiente : « on laisse pourrir le service public hospitalier »). L'acteur du soin est mis en position de victime lui aussi du système de santé publique qui ne donne pas les moyens d'exercer correctement le travail d'urgence. Par contre, il est mis en valeur par son savoir technique et son habileté (son héroïsme, même) à se débrouiller avec les moyens du bord (une patiente : « je n'en veux pas aux médecins, ils ne sont pas responsables, ils travaillent à la chaîne⁷¹⁹ »).

En fait, via la parole des usagers et des soignants (qui ne sont jamais les psychiatres ni leurs patients dans ce cas), le journal indique ce que devrait être l'urgence. A travers la modalisation dépréciative de la situation de crise, on découvre, en creux, les attentes sociales face à la médecine d'urgence. Il est intéressant de constater que la vision idéale de l'urgence est fondée sur la technicité, les idées de performance et d'hôpital-entreprise. L'urgence psychiatrique, dont la clinique ne peut correspondre, on l'a évoqué, à cet idéal de performance, est éludée dans ce genre d'articles.

⁷¹⁶ Voir Jodelet (1989 : 212) sur le refus social du savoir psychiatrique.

⁷¹⁷ Quand, par exemple, le locuteur du discours sur la maladie change, passant de l'expert aux malades ou à leurs représentants (Romeyer, 2007)

⁷¹⁸ C'est ce qu'indique notre recherche ethnographique menée dans ce service médiatisé par la presse lyonnaise.

⁷¹⁹ « 24 heures dans un couloir », *Le Progrès*, 23 décembre 2002. Idem pour la citation précédente

Un article du corpus est paradigmatique de ces constats précédents⁷²⁰. Il rend compte, à travers le témoignage institutionnel d'un chef de service, de la construction dans le service d'urgence d'une nouvelle unité d'hospitalisation. Il s'agit de faire état d'une avancée en termes d'organisation et de rationalisation du soin. Dès lors, le journal met en perspective ce progrès matériel avec le fonctionnement antérieur du service, en forme de dichotomie (tableau 1).

Tableau 1 : Classement des citations tirées de l'article du Figaro Lyon (31/01/06)

Passé (temps de la crise, de l'engorgement)	Présent (temps de la technicité, de hôpital-entreprise, de la performance)
« S'entasser dans les couloirs de ce fameux pavillon N »	« Une meilleure maîtrise des pics d'activité » ; « une mise aux normes »
« Des désagréables moments »	« Travailler de façon optimale » ; « respecter l'impératif horaire »
« Les interminables files d'attente »	« Il faut composer un code » [pour entrer dans la nouvelle unité]
[les patients] « restaient allongés pendant des heures sur des brancards »	« Une unité d'hospitalisation de courte durée »
« Situation de surcharge », « important afflux »	« Une pièce bourrée d'électronique »

On voit dans la colonne droite du tableau des termes directement issus du vocabulaire et des idées du management hospitalier – optimisation des durées d'hospitalisation au profit de l'ambulatoire, maîtrise de l'activité et rationalisation des dépenses par l'outil informatique, réduction de la clinique à l'efficacité technique et managériale (Panico, 1999, 2002) – qui imprègnent, sans prise de distance critique, le discours médiatique. De plus, l'image techniciste et positiviste de la médecine somatique qui y est attachée est assez classique dans les médias écrits⁷²¹. Tout cela indique par ailleurs que la presse régionale trouve difficilement un discours autonome, toujours surplombée par une série d'enjeux – le poids de représentations sociales qui correspondent aux attentes d'un lectorat ou encore l'adhésion à un discours dominant, institutionnel⁷²², sur les mutations hospitalières – qu'elle met difficilement en question, s'en faisant le simple relai.

A la dichotomie présent/passé de l'hôpital s'articule une dialectique des vraies et des fausses urgences. On comprend que la véritable urgence, celle qui fonctionne, c'est celle qui dispose d'un arsenal technique performant. Les termes techniques abondent : « électroencéphalogramme », « scanner », « traitement fibrinolytique », etc. : ils ne sont accompagnés d'aucune explication comme si, ici, la science médicale positive parlait d'elle-même. On est loin des termes triviaux qualifiant la psychiatrie. Les fausses urgences, dans ce cas, celles qui engorgent le service et le font dysfonctionner, sont celles qui ne peuvent être intégrées à un tel outil de pointe. Ce sont celles des « gens qui ont tendance à amplifier

⁷²⁰ « Les urgences d'HEH reprennent leur souffle », *Le Figaro Lyon*, 31/01/06

⁷²¹ On peut se référer ici à Azeddine, Blanchard Poncin (2007) qui évoquent, à propos du cancer, une routinisation du traitement des questions médicales dans la presse écrite, orienté vers la transmission d'un discours d'experts et donnant une image positive et technique de la médecine. Constatons que le discours technique existe aussi en psychiatrie, mais qu'il n'est jamais (ou mal) relayé par la presse (Tétu, 1993).

⁷²² Le rapport de la presse régionale aux sources institutionnelles étant très étroit, le discours médiatique s'en distancie peu (Neveu, 2004)

ce qu'ils ont et ne vont pas consulter leur médecin généraliste et préfèrent venir directement aux urgences⁷²³ ». Un article du *Progrès* reprend explicitement ce thème des vraies/fausses urgences en décrivant des « personnes en attente d'hospitalisation qui peuvent rester [au service d'urgence] plusieurs heures avant d'être hospitalisées. Mais la plupart du temps ce sont de **vraies** urgences⁷²⁴ ».

Dans une sorte de glissement métonymique, on passe, dans le texte médiatique, des fausses urgences à la description de « faux » patients caractérisés à travers la figure de la « Cour des Miracles ».

La figure de la « Cour des Miracles » comme discours de compromis au carrefour des exigences politiques, sémiotiques et de captation du journal

L'utilisation de la figure de la « Cour des Miracles⁷²⁵ » dans le corpus, qui est soit ouvertement énoncée, soit implicitement présente, permet de réaliser plusieurs exigences du journal, à la fois politique, sémiotique et de captation.

La première analyse que l'on peut faire de la mobilisation de cette figure est à la fois sémiotique et politique. Elle permet de rendre cohérente dans le récit une contradiction qui met en tension d'un côté la nécessité de service public d'accueillir la détresse sous toute ses formes (« qui peut dire un jour qu'il ne sera pas accueilli à N dans une situation d'urgence⁷²⁶ ? ») et de l'autre côté une population indésirable qui relève de la psychiatrie et de l'aide psychosociale, stigmatisée parce qu'elle réfère à l'imaginaire de la folie et qu'elle interroge la mutation de l'hôpital vers la performance, que cette population n'exige pas.

La question est aussi politique car la Cour des Miracles a une réalité historique : elle renvoie à ce qui se passait, avant le 17^e siècle, à la veille du « Grand Renfermement » évoqué par Foucault (1976), à l'endroit de l'actuelle place des Vosges à Paris où, la journée, infirmes, mendiants et marginaux séjournaient sur la place en « troublant » l'ordre public. A la nuit tombée, comme par miracle, les infirmités des mendiants disparaissaient avant de réapparaître le lendemain pour une nouvelle journée de mendicité.

Autrement dit, la mobilisation de cette figure évoque des maladies et des malades imaginaires abusant de la charité ce qui, on le pressent, est une image toute trouvée pour qualifier les patients des « fausses » urgences, ceux de la « bobologie » et de la psychiatrie. La reviviscence de cette figure dans le discours médiatique interroge aussi dans la mesure où elle correspond exactement à une période d'ouverture de la psychiatrie sur la ville (en un mouvement inverse, donc, au « Grand Renfermement ») qui a eu pour conséquence de faire affluer aux urgences une nouvelle population, avant hébergée à l'asile⁷²⁷.

Enfin, il nous semble que l'utilisation de cette figure est clairement au service de la visée de captation du journal (Charaudeau, 2005 : 69-75) qui, notamment dans sa titraille, résume en une formule dense et fortement connotée une situation sur laquelle la presse se doit de produire un commentaire. La presse se fait le miroir des attentes du lectorat en relevant une

⁷²³ *Le Figaro Lyon*, 31/01/2006. Le thème du « petit bobo » (*Le Progrès* 03/08/2004) entre dans ce même processus d'évaluation de la souffrance qui décrit des malades imaginaires (cf. « amplifier ce qu'ils ont »).

⁷²⁴ *Le Progrès* 29/01/2000, « Les urgences en première ligne ».

⁷²⁵ Le terme apparaît dès 1991 dans le corpus et on le retrouve, à plusieurs reprises, jusqu'en 2008. Il est en quelque sorte une catégorie autonome, surplombant toujours le discours de la presse locale sur le sujet de l'urgence médicale et psychiatrique.

⁷²⁶ *Le progrès*, 14 juin 1991. Voir aussi la citation mentionnée plus haut sur le service public qu'on laisse pourrir.

⁷²⁷ Sur ce point, voir le chapitre synthétique et passionnant de Danet (Danet et Morasz, 2008)

interrogation citoyenne. Elle le fait pourtant au prix d'une marginalisation symbolique d'une catégorie de population, celle qui relève de l'urgence psychiatrique.

Un article du *Progrès* (14 juin 1991) est emblématique de ce procédé repéré dans plusieurs articles du corpus. Il oppose tout au long de son propos le thème de la « Cour des miracles » à celui de l'urgence comme « figure de proue » de l'hôpital. Quelques citations de l'article qui se réfèrent à ces deux thèmes ont été relevées (tableau 2 : *Cour des Miracles* et *Figure de proue* sont des termes relevés dans l'article).

Tableau 2 : Classement des citations de l'article du Progrès du 14 juin 1991

« Cour des miracles »	« figure de proue de l'hôpital »
« Grande détresse » / « détresse médico-sociale de la cité » (associée à la violence : « une certaine violence a toujours existé au pavillon N dont la porte s'ouvre sur la détresse médico-sociale de la cité »)	« Sécurité »
« Violence » – « agressions » - « menaces »	« Effectifs »
« Un excité » (x2), « l'agité qui veut tout casser » ; « Est-on bien dans un hôpital ? ».	« Parent pauvre de l'hôpital »
« Ivresse, folie, bagarreur amoché »	« Accueillir les urgences médicales somatiques psychiatriques et sociales »
« Des malades difficiles et encombrants »	« Infarctus, tentative de suicide »
« Soigner tout le monde, même ceux qui nous 728 agressent »	« Deux urgences vitales sont arrivées » 729

Le tableau 2 montre bien comment, dans un même article, la figure de la Cour des Miracles permet de « trier⁷³⁰ » les malades en en stigmatisant une partie sous l'image de la violence, la détresse sociale, la marginalité, c'est-à-dire comme de faux patients (« Est-on bien dans un hôpital ? ») ne relevant pas du soin urgent, celui-ci étant caractérisé par l'éventualité de la mort (« urgences vitales ») ou par la performance médicale.

En fait, le journal s'appuie sur une manière routinisée de décrire la psychiatrie pour d'autant mieux exclure, dans son discours, les patients qui ne correspondent pas à la mutation performante et entrepreneuriale de l'hôpital qui s'incarne en partie aux urgences (un article de *Lyon Capitale* parle des urgences comme de la « vitrine de l'hôpital⁷³¹ »). Identifiant les patients de la psychiatrie aux faux malades de la Cour des Miracles, la presse régionale trouve un responsable aux situations de crise (engorgement : « malades difficiles et encombrants ») des urgences. En somme, ces patients sont accusés de profiter d'une offre de soin publique qui ne leur serait pas destinée, au détriment des « vrais » patients qui, « étrangement », n'ont dans le discours médiatique que des affections somatiques qui mettent en valeur la performance hospitalière.

Conclusion : La Cour des Miracles comme solution discursive journalistique pour rendre compte d'un dilemme d'ordre sociopolitique.

Le discours de presse, pris, au nom de sa visée d'information citoyenne, entre défense de la qualité d'accueil du service public hospitalier et mise en scène de la performance

⁷³⁰ Notons que l'urgence hospitalière consiste beaucoup en une activité de tri et d'orientation des patients : le discours médiatique se fait donc ici miroir d'une pratique.

⁷³¹ *Lyon Capitale*, 28 janvier 1998, « Urgences : la Cour des Miracles ».

technique et médicale de l'urgence, légitime implicitement la mutation entrepreneuriale de l'hôpital et la mise à l'écart de certains patients, notamment ceux relevant de la psychiatrie ou de l'aide psychosociale. Cette mise à l'écart prend appui sur une représentation de la psychiatrie et de ses patients qui surplombe le discours médiatique et finalement s'y introduit complètement. La figure de la Cour des Miracles est au service de ce procédé discursif car elle permet de lier un invariant du discours de presse sur la psychiatrie au récit de la mutation actuelle de l'hôpital vers plus de performance et de rentabilité. Les urgences sont, pour la presse, un lieu d'investigation et de commentaire délicat en ce qu'elles sont à la fois représentantes d'une médecine de pointe et en même temps point d'accueil d'une détresse ordinaire et quotidienne qui problématise et définit le soin sur différents plans (somatique, psychique, social) : une multi-dimensionnalité du soin difficilement saisissable par le discours médiatique de la presse quotidienne, d'autant plus quand il est très fortement lié, comme c'est le cas pour la presse régionale, au discours des sources institutionnelles hospitalières.

Bibliographie :

AUGE Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Paris : Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».

AZEDDINE L., BLANCHARD G., PONCIN C. « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? ». In *Questions de communication*. 2007, n°11, *Malades et maladies dans l'espace public*. Presses universitaires de Nancy. Pages 111-127.

CHARAUDEAU, Patrick. *Les médias et l'information. L'impossible transparence du discours*. Bruxelles, Bry-sur-Marne : De Boeck INA, 2005. Coll. « Medias Recherches ».

CHEVEIGNÉ, Suzanne. « Publicisation de la science : plaidoyer pour un horizon de recherche européen ». In PAILLIART, Isabelle (textes réunis par). *La publicisation de la science. Exposer, communiquer, débattre, publier, vulgariser. Hommage à Jean Caune*. Grenoble : PUG, 2005. Coll. « Communication Médias et Sociétés ». Pages 103-122.

DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat. : Paris 7, 2006.

DANET François et MORASZ Laurent. *Comprendre et soigner la crise suicidaire*. Paris : DUNOD, 2008.

EHRENBERG, Alain. *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 1998.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1976. Coll. « Tel ».

JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF, 1989. Coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».

LE BRETON, David. « Médecine et médecins : d'une conception du corps à des conceptions de l'homme ». In *Anthropologie du corps et modernité* [1990]. Paris : PUF, 2003. (Coll. Quadrige). Pages 181-201.

LE BRETON, David. « Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique ». In *Diogène*. 1991, n°153. Paris : Gallimard, Unesco, CIPSH. Pages 92-107.

LE BRETON, David. « Le médecin, l'organe malade et l'homme souffrant ». In *Autrement. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain*. 1996, n° 161. Paris : Autrement. Pages 30-40.

MAINGUENEAU, Dominique. *L'analyse du discours. Introduction aux lectures de l'archive*. Paris : Hachette Supérieur, 1994. Coll. « Linguistique ».

NEVEU, Erik. *Sociologie du journalisme*. Paris : La Découverte. Coll. « Repères ».

PANICO, Robert. « Télé-médecine et progrès social : un duo incertain ». In *Sciences de la société*. 1999, n°47, *Les télé-Services. Les nouveaux services de communication*. Presses Universitaires du Mirail. Pages 43-56.

PANICO, Robert et CARRE, Dominique, « Informationnalisation en santé, ou le rapprochement par l'éloignement ? », Actes du colloque *Globalisme et Pluralisme*, Montréal, 24 au 27 avril 2002, sur Internet : <http://www.er.uqam.ca/nobel/gricis/actes/bogues/CarrePanico.pdf>

PELLOUX, Patrick. *Histoire d'urgences*. Paris : Charlie Hebdo Le cherche Midi, 2007.

ROMEYER, Hélène. « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale ». In *Questions de communication*. 2007, n°11, *Malades et maladies dans l'espace public*. Presses universitaires de Nancy. Pages 51-70.

TÉTU, Jean-François. « Le psychiatre dans la presse : savant ou soignant ? ». In *Psychiatrie Française*. Juillet 1993, n°3. Pages 54-68.

THOMAS, Jérôme. « Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. A propos d'une recherche ethnographique sur la psychiatrie d'urgence ». In *Chantiers Politiques*. Paris : Pollens. Juin 2009, n°7, *Bilan de santé*.

Annexe 3 : Les représentations sur la contention au Pavillon N

Hôpital Edouard Herriot

Etude par entretiens auprès des infirmiers et aides-soignants du service

Jérôme Thomas

Doctorant – Allocataire de Recherche en Sciences de l'Information et de la Communication

Laboratoire ELICO (EA 4147)

Université Lumière Lyon 2

En collaboration avec

Nadya Bouchereau

Cadre infirmier, Pavillon N

INTRODUCTION :

Origine et cadre de l'étude

Cette étude s'inscrit dans une démarche double. Elle est en effet un élément de plus d'une recherche globale de thèse en Sciences de l'Information et de la Communication (SIC) sur l'urgence psychiatrique. Mais elle est aussi le fruit d'une demande de l'encadrement infirmier du Pavillon N des urgences médicales et psychiatriques de l'hôpital Edouard Herriot, service qui constitue par ailleurs le terrain principal de la thèse.

Ce travail aborde la délicate question de la contention, mais il l'envisage d'une manière particulière, propre à un travail en SIC, c'est-à-dire sous l'angle des représentations présentes chez le personnel infirmier et aide-soignant. Autrement dit, il ne s'agit pas d'un travail sur le réel, mais d'un travail sur les constructions mentales, symboliques ou imaginaires (qui se lisent dans le discours des soignants du service) sur ce qui constitue peut-être la part la plus réelle et/ou violente du travail de l'urgence psychiatrique : la contention. En d'autres termes encore, il nous semble que ce document ne peut en aucun cas constituer un outil d'évaluation du travail du personnel soignant concerné par l'enquête. Il peut constituer tout au plus un indicateur de la façon dont les soignants s'approprient à la fois subjectivement et collectivement une part de leur travail. Au fond, ce travail donne une idée de la façon dont les soignants se représentent leur action à partir de la contention. Il ne va pas au-delà, si ce n'est de proposer des hypothèses sur les processus de construction identitaire à l'œuvre dans l'espace public hospitalier tel qu'il est donné à voir aux urgences.

C'est selon ce point de vue que nous avons envisagé la demande formulée à notre égard par N. Bouchereau, cadre infirmier au pavillon N. Tout en laissant libre le choix de la méthode, l'objectif de cette étude était de savoir si la contention a *valeur de soin*⁷³² dans les

⁷³² Dans la mesure où nous n'avons pas de formation médicale ni d'expérience clinique, nous ne pouvons en aucun cas nous prononcer sur le fait que la contention soit un soin ou non. Nous nous intéressons au fait qu'elle soit ou non **considérée comme**

représentations des soignants. Pour l'encadrement infirmier du pavillon, cette interrogation s'est étayée à partir de plusieurs éléments. Le premier est celui d'une intuition concernant justement l'évolution récente des représentations du personnel infirmier et aide-soignant à propos de la contention et plus généralement à l'égard des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique. Ainsi, pour l'encadrement infirmier, la question se pose en ces termes : dans quelle mesure la contention est-elle aujourd'hui *considérée comme* un soin ? Que *représente* pour le personnel soignant la prise en charge d'un patient en souffrance psychique ? Le constat du passé était celui d'un rejet, peut-être même d'un certain mépris, de la pathologie psychique et aussi celui d'une mise en sens réductrice de la contention où ne figurait pas (ou peu) la notion de soin. Ces constats ont alors été à l'origine de la mise en place de formations à l'intention du personnel soignant concernant la contention, la gestion des situations d'agressivité et de violence et la spécificité de la prise en charge des patients en psychiatrie. Cette étude intervient à la suite de ces formations et dans le contexte d'un renouvellement et d'un élargissement relativement importants du personnel infirmier et aide-soignant du pavillon N.

Hypothèses de recherche :

La question de départ de cette petite enquête, qui pouvait satisfaire à la fois les interrogations de l'encadrement infirmier et, en même temps, correspondre à une approche en SIC, a donc été la suivante : quels sont les rapports entre soin et contention tels qu'ils sont représentés chez les infirmiers et les aides soignants du service ? Autrement formulée : avec quelles représentations les soignants se confrontent-ils au réel de la contention ?

C'est avec cette large question de départ que nous avons mené une recherche bibliographique⁷³³ sur les notions de soin et de contention et, parallèlement, une phase d'entretiens qu'on pourrait dire « exploratoires » auprès du personnel concerné. Cette première étape de l'enquête nous a amené à soulever des questions coextensives aux premières. En fait, il nous a semblé qu'on ne pouvait questionner les rapports entre soin et contention qu'en y incluant des considérations plus larges sur le rapport des soignants à la violence, à la pathologie psychique, à leur identité de soignant telle qu'elle s'exprime et se construit dans l'espace particulier du service d'urgence.

C'est donc de cet ancrage problématique que découle le plan de l'exposé des résultats de l'enquête. Nous avons veillé cependant à ce que le rapport soin / contention soit le fil directeur de la réflexion.

Corpus et méthodologie

Avant d'exposer les résultats, il convient d'indiquer quels ont été notre matériel et nos méthodes d'enquête et d'analyse.

On a procédé à une enquête par entretiens qui s'est déroulée en plusieurs phases.

Il faut peut-être d'abord justifier brièvement le choix des entretiens. Nous partons de l'hypothèse que si les représentations sont des idées, des concepts, des schèmes de perception qui visent à mettre du sens à des pratiques, à leur donner une existence symbolique, cela ne peut s'observer que dans le discours. En effet, qu'on s'inspire des présupposés théoriques de la psychologie ou des sciences sociales, on peut dire que c'est

un soin par le personnel soignant. C'est donc bien l'idée que nous travaillons sur le plan symbolique ou imaginaire en observant strictement *l'articulation signifiante* des notions de soin et de contention. L'étude porte sur les modalités de traduction et de représentation du réel dans le discours, mais pas sur le réel lui-même, même si le travail sur les représentations peut aider à une interprétation des pratiques.

⁷³³ Voir en fin de document

le passage à l'ordre du langage, de l'énoncé ou du discours qui transforme le sujet singulier en un sujet de communication et donc de représentation. En se traduisant pour l'autre, en traduisant sa pratique pour l'autre (en l'occurrence pour l'enquêteur et ce qu'il représente⁷³⁴), le sujet se fige et s'identifie dans des représentations⁷³⁵ qui sont l'objet de notre étude. L'entretien est donc le dispositif qui permet le mieux le recueil de ce type de matériel d'étude.

La totalité des entretiens ont été enregistrés et retranscrits mot pour mot, après autorisation des enquêtés. Le travail a donc porté sur ces retranscriptions.

En l'espace d'environ deux mois nous avons rencontré neuf personnes dont nous estimons qu'elles constituent un échantillon assez représentatif du personnel soignant et aide-soignant du pavillon N. Pour la représentativité, on a fait varier le statut (5 infirmiers et 4 aides-soignants), l'âge (24 à 33 ans : la population est globalement jeune dans le service), le sexe (6 femmes, 3 hommes : la population est globalement plus féminine dans le service), l'ancienneté dans le service (de 8 mois à 4 ans).

On doit noter que les entretiens se sont déroulés avec une grande facilité. Il est indéniable que le personnel soignant avait envie de s'exprimer sur le sujet de la contention. La majorité des enquêtés ont, à ce propos, souligné la nécessité de disposer d'espaces de parole pour avancer le travail d'élaboration autour de la contention initié lors des entretiens. Cette remarque constitue déjà peut-être une limite de ce travail puisque on peut imaginer que le discours recueilli n'était pas totalement dénué d'une dimension, si ce n'est parfois revendicative, au moins de « décharge » vis-à-vis d'un point sensible de leur travail.

Il y a eu trois vagues d'entretiens.

La première phase, comme on l'a déjà évoqué, a été exploratoire. Il s'agit des quatre premiers entretiens qui visaient à faire le recueil des grandes thématiques du discours des soignants autour de la contention. Ces entretiens ont été assez longs (de 30 à 50 minutes) et la règle d'expression pour l'enquêté était la libre association des idées à partir de différents thèmes.

Une première question débutait tous les entretiens : « Pouvez-vous me donner une définition de la contention ? ». Puis l'échange était ensuite constitué de relances à partir de la réponse donnée. L'entretien a donc été, autant que faire se peut, le moins directif possible. La grille d'entretien était constituée de grands thèmes à aborder absolument en référence aux recherches bibliographiques et aux buts de l'enquête : contention et soin ; contention et sécurité ; contention et éthique personnelle ; contention et pathologie psychique.

Une deuxième vague d'entretiens a ensuite eu lieu quelques temps plus tard. Cette fois, les entretiens étaient plus courts (20 à 25 minutes) et plus directifs, de façon à approfondir les thèmes apparus et les points du discours les plus récurrents des entretiens précédents. Cela a permis d'affiner et /ou de valider les premières hypothèses émises.

Enfin, un dernier entretien d'une forme un peu particulière a été réalisé. Deux aides-soignants se sont présentés en même temps. Il a donc été décidé de procéder à un entretien de groupe permettant d'avancer sur un thème dégagé de façon prégnante lors des premiers entretiens : c'est l'idée que la contention est perçue par les soignants comme une forme de mise à l'épreuve de la solidarité du service. Cela nous a laissé penser que la contention constitue un élément dans le processus de production de l'identité du service. La discussion

⁷³⁴ Voir sur ce point les remarques dans le paragraphe sur les biais et limites de l'enquête

⁷³⁵ Qui sont la manière dont il donne *forme* au réel de ses pratiques. Ces *formes* sont celles qui sont *communes* avec celles des autres sujets et donc susceptibles de faire partie de l'échange communicationnel. C'est parce qu'elles sont communes qu'on cherchera surtout dans l'étude *les invariants* de ces formes dans le discours.

spontanée entre les deux aides-soignants lors de ce dernier entretien a été d'une grande richesse de ce point de vue.

La lecture globale des entretiens a conduit à dégager cinq grands axes d'analyses. La méthode d'analyse a donc été la suivante. On a construit un tableau à 5 colonnes (correspondant aux axes) et avec autant de lignes qu'il y a eu d'entretiens. On a sectionné chaque entretien en fragments de phrases de façon à les placer dans les colonnes sous chaque thème auquel le segment de phrase se rapporte. Ainsi, en ligne : on visualise, pour chaque enquêté, l'importance relative donnée à chaque thème. En colonne, on a une vue globale des représentations et des formules associées à chaque thème pour tous les enquêtés. On trouvera en annexe, comme illustration, un morceau du tableau⁷³⁶ sur lequel nous avons travaillé (3 colonnes).

Limites et biais de l'enquête

Comme toute méthode, la nôtre a ses limites qui ont à voir avec les limites traditionnelles de l'enquête par entretiens et à la particularité du terrain que nous avons investi. La critique généralement faite à ce genre de méthode d'enquête est évidemment celle de l'engagement et de la distanciation de l'enquêteur par rapport à l'enquêté. Les plusieurs mois d'observation que nous avons passés dans le service avec les psychiatres nous prédisposaient certainement à la formulation d'hypothèses particulières. Nous avons donc essayé de faire preuve du plus de rigueur possible pour réaliser les entretiens les moins directifs possibles. La nette envie de s'exprimer des enquêtés a permis de ne pas poser de questions trop précises qui auraient conduit à « préfabriquer » les réponses.

Une autre limite tient à ce que la plupart des enquêtés ont voulu adopter le tutoiement lors des entretiens. Cela aurait pu constituer un obstacle à la nécessaire distanciation enquêteur / enquêté. En fait, cet obstacle s'est transformé en élément heuristique dès lors qu'on entendait la motivation derrière la volonté de tutoyer. Pour les enquêtés, proposer le tutoiement c'était déjà montrer leur manière de se représenter la vie dans le service sur le mode du : « Je te tutoie, car ici tout le monde se tutoie, tu vas voir il y a une bonne ambiance ». Cette remarque, souvent répétée, a vite résonné avec le discours des soignants sur la solidarité du service qui se dégageait particulièrement lors des contentions.

On pourra reprocher aussi qu'avoir rencontré 9 personnes, c'est peu au regard du nombre d'infirmiers et d'aides soignants dans le service. En effet, mais nous avons fait le choix d'une étude qualitative et qui a très vite révélé l'occurrence d'invariants (formules et représentations) qui sont, par ailleurs, signes d'une identité infirmière solidement structurée autour de représentations communes en rapport avec la contention.

Il convient donc d'avoir à l'esprit ces quelques biais de l'enquête pour lire les développements suivants.

RESULTATS :

Comme on l'a dit plus haut, nous avons donc dégagé cinq grandes thématiques sous lesquelles s'articulent le discours et les représentations des enquêtés. La première thématique correspond en fait au discours spontané des enquêtés sur la contention, c'est-à-dire au discours des premières minutes de l'entretien. C'est un discours assez stéréotypé qui invoque la notion de sécurité. L'analyse du discours du début d'entretien est à relativiser dans la mesure où il correspond à une phase de prise de confiance, en quelque sorte, avec

⁷³⁶ Les entretiens et le tableau entier n'ont pas été mis en annexe pour éviter d'une part la lourdeur de la lecture, mais aussi parce qu'il était convenu avec les enquêtés que leurs propos ne seraient pas communiqués tels quels aux responsables du pavillon N. Ce « contrat » nous est apparu comme un « facilitateur » de parole.

l'enquêteur. Il reste que c'est la *notion de sécurité* qui a été évoquée avant celle de soin⁷³⁷ dans le discours général et spontané sur la contention. On détaillera cela ci-dessous.

Les deux thématiques suivantes montrent que les enquêtés se représentent la contention comme un soin. Cependant, chaque enquêté a tenu à mettre des *nuances* et à introduire quelques *critères* pour évaluer la portée thérapeutique de la contention. En gros, les représentations sont les suivantes : oui, la contention est un soin, mais il faut voir à quel type de patient elle s'adresse (avec une forme de hiérarchisation dans les pathologies) et dans quel type de prise en charge elle s'insère.

Enfin, les deux dernières thématiques évoquent le rapport, lisible dans le discours et les représentations des enquêtés, entre la contention et la construction de l'identité infirmière. En fait, les soignants perçoivent une fois de plus la contention comme un soin mais à condition de la *contextualiser* dans le service d'urgence qui est marqué par des spécificités⁷³⁸ auxquelles les soignants s'attachent.

1. La contention vue comme une double mise en sécurité : du patient et de l'équipe soignante

La première question qui a été posée à tous les enquêtés était : « *Pouvez-vous me donner une définition de la contention ?* ». Pour tous les enquêtés qui ont reçu la formation sur la gestion des situations d'agressivité, la contention a été définie comme une double mise en sécurité. Pour les soignants, la contention, c'est la mise en sécurité du patient et de l'équipe soignante à la fois.

En revanche, pour les soignants n'ayant pas reçu la formation, la tentative de définition a été plus laborieuse. Cependant, c'est quand même l'idée de mise en sécurité qui transparaissait dans leurs propos. On trouve des formulations du type : « *on est responsable d'eux* », « *pour pas qu'il tombe* », « *éviter qu'il se fasse mal et qu'il nous fasse mal* ».

Ce qui reste remarquable dans les deux cas, c'est le fait que c'est l'idée de sécurité qui surgit spontanément chez les infirmiers et les aides-soignants plutôt que la notion de soin pour qualifier la contention. En fait, il convient de comprendre ce que peut signifier le terme même de sécurité pour les acteurs du soin. On s'aperçoit à cet endroit que la sécurité ne recouvre pas la même réalité quand elle concerne le patient ou l'équipe.

Quand les soignants parlent de la mise en sécurité du patient, ils mettent cette notion en équivalence avec la notion de « *protection* » qui peut dès lors implicitement faire référence à la notion de soin (cf. un infirmier : « *c'est une protection médicale* »). De même, mais ce n'est pas le cas pour tous les enquêtés (et c'est plutôt vrai pour les infirmiers), « *sécurité* » est associé à l'idée de « *rassurer* » le patient comme une sorte de « *mise à l'abri* » de ses angoisses ou productions délirantes. On peut citer cette infirmière : « *j'ai compris que certains ça leur fait du bien et que ça les protège* », ou encore d'autres : « *on contient pour pallier le manque de contention personnelle* », « *on lui évite de faire des actes violents envers lui-même* », « *son esprit n'est plus dans son corps, donc il faut le maintenir* », « *il a le sentiment d'un corps morcelé* », « *le protéger jusqu'à ce qu'il ait retrouvé ses esprits* ».

La sécurité est définie d'une autre manière quand il s'agit de dire que la contention est une mise en sécurité de l'équipe. Le vocabulaire du combat a souvent émergé à ce propos. C'est l'idée que le patient représente un danger pour l'équipe soignante : « *tu vas contenir*

⁷³⁷ Mais la polysémie du terme sécurité autorise aux soignants des associations qui leur permettent de le rattacher à celui de soin, on le verra.

⁷³⁸ Nous n'avons pas cherché à discuter de *la réalité* de ces spécificités. Elles sont *ressenties* par les soignants (c'est cela qui nous intéresse) et ils en font un critère d'évaluation, de classification, pour discuter de la valeur soignante de la contention.

parce que tu n'as pas envie de te faire taper sur la figure », « tu vas pas risquer ta vie à chaque fois que tu passes devant un box », « c'est un peu la bagarre des fois ».

Il y a ainsi une forme de contradiction dans les représentations. On voit bien là que cohabitent deux visions du patient : celui qu'on protège et celui dont on se protège. Le terme de sécurité, doublement connoté sous l'angle de la défense (« *on appelle la sécurité pour calmer le jeu* ») ou de la protection, permet peut-être cette articulation.

C'est peut-être pour cela que, comme solution pour « gérer » cette contradiction, l'accent est tantôt plutôt mis sur la sécurité du patient, tantôt plutôt sur la sécurité de l'équipe. Dans le discours des soignants, certaines contentions ont en effet tendance à d'abord être considérées comme une mesure au bénéfice l'équipe et d'autres davantage comme une mesure au bénéfice du patient. Il nous a semblé que cela varie en fonction du patient concerné. La pathologie du patient et /ou la nature de sa demande sont alors mises en jeu.

On va voir dans le paragraphe suivant que les soignants nuancent la portée thérapeutique de la contention en fonction de la pathologie du patient concerné. C'est un peu selon le même procédé que le patient est considéré d'abord dangereux pour lui-même ou d'abord pour l'équipe. Voici quelques formules repérées dans les entretiens et qui vont dans le sens de cette hypothèse : « *les TS, c'est plus pour les garder, les mettre en sécurité* » (cf. la mise à l'abri), « *Les psychotiques, c'est plus pour un soin* » ; « *par rapport, par exemple, à un patient alcoolisé qui menace de taper tout le monde...qui n'est pas forcément un patient avec une problématique psychiatrique, bon, dans ces cas là c'est une sécurité je dirais pour les personnes présentes dans le service et pour le personnel. Pour les patients purement éthyliques, on met en sécurité le personnel et les accompagnants quoi. Là c'est pas des soins, là c'est la sécurité* ».

Ce qui est sûr, c'est que la contradiction que nous avons évoquée et qui peut conduire à « classer » les patients n'est pas sans poser question aux enquêtés qui s'interrogent sur leur propre pratique : « *Est-ce que je l'attache ? Peut-être moins pour lui et plus pour moi ? Parce que je n'ai pas le temps de m'en occuper. Le problème, c'est que nous on est responsable d'eux. Donc, dans cette part de responsabilité, le patient on le contentonne* ». Ou encore : « *On n'attache jamais pour se mettre juste en sécurité, ça va dans les deux sens* ».

Si la contention est considérée comme une mise en sécurité, elle est aussi considérée comme un soin, comme on va le voir dans les deux parties suivantes.

2. Reconnaissance de la contention comme un soin mais des nuances à partir d'une « hiérarchisation » des pathologies

La contention est considérée comme un soin

Même si c'est l'idée de sécurité qui émerge en premier dans le discours des soignants à propos de la contention, il reste qu'à mesure que se déroulaient les entretiens, la notion de soin a elle aussi émergé pour qualifier la contention.

Ce sont les infirmiers qui ont été les plus précis dans l'explication de la portée thérapeutique de la contention. Souvent, la volonté de démontrer la valeur de soin de la contention s'est étayée sur deux éléments : un intérêt pour les problématiques de soin liées à la psychiatrie et la mobilisation d'un vocabulaire acquis lors de leur formation initiale ou de la formation continue dans le service.

C'est ainsi que l'on retrouve, outre l'idée de protection évoquée plus haut, dans le discours des infirmiers des termes assez « techniques » comme l'idée de « *cadre contenant physiquement et psychologiquement* », de « *corps morcelé* » à propos des patients

psychotiques, par exemple. Beaucoup d'enquêtés ont fait remarquer que la contention est « *une alternative à d'autres soins comme la contention chimique* » ou que c'est « *le seul soin psy qu'on fait* ». D'autres représentations de la portée thérapeutique de la contention sont plus schématiques et imagées mais restent la marque que la contention est vue comme un soin : « *éviter qu'il monte en pression* », « *Ceux qui ont une fuite psychologique. Contenir ces patients, ça va leur donner une unité corporelle* », « *ça va à une vitesse dans leur tête* ».

Il ne fait donc pas de doute que la contention est considérée par les infirmiers et les aides-soignants comme un soin. Cependant, il convient d'observer le discours des enquêtés un peu plus dans le détail pour s'apercevoir qu'ils introduisent des nuances et, en quelque sorte, des critères d'évaluation pour mesurer la portée thérapeutique de la contention.

C'est ainsi que, dans les représentations des soignants, la contention est envisagée pleinement comme un soin dès lors qu'elle est décontextualisée de toute situation clinique particulière. C'est comme s'il y avait, d'un côté, la théorie et, de l'autre, la pratique clinique qui ne pouvaient se superposer. De manière assez emblématique par rapport au discours général, une infirmière affirme que : « *Dans la logique des choses, ça fait partie du soin* ».

Dès lors qu'on passe de la « logique » à la clinique, les enquêtés ont tous tenu, sans exception, à établir des nuances sur la portée thérapeutique de la contention en suivant un schéma général qu'on va tenter d'exposer ici.

Pour eux, la portée thérapeutique de la contention varie suivant : l'âge du patient, la pathologie du patient et la nature de la demande du patient.

Personnes âgées et autres patients

De manière générale, il est fait un sort spécial à la contention des personnes âgées. Les concernant, la contention est un peu mise en débat. En tous cas, chaque enquêté tient à préciser que même si le résultat est le même (restreindre la liberté de mouvement), la contention des personnes âgées à une autre portée que pour les autres patients.

Cela se lit assez aisément dans la différence de registre pour qualifier les patients âgés. On est dans le vocabulaire de la tendresse. Il s'agit toujours du « *petit papy* », « *de la petite mamie* », ou encore du « *papynou* ». Rien à voir avec ce qui peut qualifier le patient éthylique, par exemple, souvent nommé « *le mec bourré* », ou le psychotique décrit comme « *le fou furieux* » ou le « *gros psychotique* ».

De plus, dans l'évocation de la contention des personnes âgées, il y a un sentiment d'agir sous la contrainte. Ainsi, dans le discours, l'acte est souvent évoqué à la forme passive. On peut donner ici quelques exemples : « *une petite mamie qu'on est obligé de contenir* », « *C'est ça qui nous fait le plus mal : attacher des personnes âgées* », « *les petits vieux, ils sont dans l'affectif, il faut faire du maternage* ».

Les soignants tiennent aussi à montrer que, pour eux, la contention pour les personnes âgées ne relève pas d'un soin psychiatrique, ce qui leur permet de les écarter du lot de ceux pour qui on ne discute pas la contention : « *ils n'ont pas de problèmes psy, donc c'est une petite différence* ». Dans le même sens, la portée thérapeutique peut aller chez certains soignants jusqu'à être remise en cause. Plus généralement, cela tend à émettre l'hypothèse selon laquelle, chez les infirmiers et les aides-soignants, la contention est représentée comme soin dans la seule mesure où elle concerne les patients qui relèvent spécifiquement de la psychiatrie⁷³⁹. C'est ainsi qu'un infirmier dit : « *A partir du moment où la personne*

⁷³⁹ On verra plus bas que la démarche de pensée est la même concernant les patients éthyliques pour qui la portée thérapeutique de la contention est discutée.

âgée elle a toute sa tête et on lui dit on vous attache parce qu'il ne faut pas que vous partiez...attacher quelqu'un c'est lui faire perdre son autonomie...pour son libre arbitre, c'est vachement régressif. ». Le « toute sa tête » fait référence aux propos précédents où l'infirmier évoquaient les personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou en état confusionnel. Celles-ci sont davantage assimilées à des patients à problématiques psychiatriques.

Dans le groupe des patients qui ne sont pas les personnes âgées et qui sont susceptibles d'être contenus, les enquêtés établissent aussi des différences.

Hiérarchisation des souffrances et des pathologies

Nous avons repéré dans le discours des enquêtés une différenciation entre trois types de patients : les psychotiques, les tentatives de suicide, les alcooliques.

La contention est considérée comme un soin à part entière pour la première catégorie, elle n'est pas considérée comme un soin pour les alcooliques (plutôt comme une sanction). La deuxième catégorie donne lieu à des points de vue intermédiaires et beaucoup moins arrêtés et généralisables.

Pour les soignants interrogés, la contention pour les patients psychotiques, c'est indubitablement un soin : « *un patient délirant, tu es vraiment dans une position soignante* ». Aussi, les soignants soulignent, en quelque sorte, l'authenticité de la souffrance du patient qui justifie⁷⁴⁰ la contention : « *Le patient psychiatrique, il est malade, il a une pathologie psychiatrique, il a une maladie de la tête* ». Il faut mettre cela en perspective avec, par exemple, la façon dont les patients alcooliques ne sont pas estimés porter une souffrance authentique⁷⁴¹ : « *Ces gens, c'est pas une maladie qu'ils ont, c'est qu'ils ont pris une cuite, c'est un choix de leur part* ». Ainsi, il semble que le critère de l'authenticité de la souffrance ou de la maladie soit un moyen pour les infirmiers de s'approprier ou non la contention comme faisant partie de leur rôle soignant.

Les soignants évoquent souvent la violence ou la difficulté de la contention pour les patients psychotiques, mais elle semble acceptée ou au moins dépassée devant la conscience de la portée thérapeutique de l'acte. Des formules de ce type sont souvent revenues : « *Recevoir les coups d'une personne délirante, je l'excuse* » ou encore : « *on ne va pas reprocher à quelqu'un qu'il est désagréable parce qu'il est pas bien dans sa tête* ».

En revanche, la violence du patient éthylique est interprétée différemment. Par conséquent, la portée de la contention aussi. Comme on l'a déjà évoqué, le patient alcoolique ne semble pas mis dans la catégorie de celui qui souffre, il est donc moins susceptible de recevoir un soin : « *Quelqu'un qui est violent et agressif parce qu'il a picolé, je n'ai pas un regard soignant* », autre exemple : « *Un patient alcoolisé qui menace de taper tout le monde n'est pas un patient forcément à problématique psy* ».

De là, la contention n'est pas considérée comme un soin mais plutôt comme une sanction, ou alors une mise à l'écart, par le personnel infirmier et aide-soignant : « *il n'a rien à faire chez nous, c'est pas des soins, c'est de la sécurité* », « *ils n'y a pas de soin particulier à leur donner, ils cuvent* », « *l'alcoolisé, on le dépose chez nous, parce qu'on ne sait pas quoi en faire* », « *l'alcoolisé qui peut être violent et qu'on contient pour pas qu'il se ballade dans les couloirs* ».

⁷⁴⁰ Au sens où ça ne remet pas en cause son utilisation et où on y voit une portée thérapeutique puisqu'il y a une « vraie » pathologie.

⁷⁴¹ Analyser la mise en cause de l'authenticité d'une souffrance se présente comme un outil intéressant pour mettre à jour les représentations. L'idée d'authenticité est en effet très relative à une norme.

Concernant maintenant les tentatives de suicides qui sont désignées comme une catégorie à part par les enquêtés, il est difficile de trouver une représentation commune de la contention pour ces patients. Ce qui ressort donc, c'est l'idée que pour la TS, la portée thérapeutique de la contention est toujours à discuter même si elle reste la plupart du temps évidente.

En fait, les soignants ont tendance, une fois de plus, à discuter l'authenticité, ou la profondeur, de certaines souffrances. Il y aurait de « fausses » TS décrites par plusieurs enquêtés avec une formule reproduite à chaque fois presque mot pour mot : « *la minette de 25 ans qui a pris ses deux Lexomil* ». Un infirmier parle, à l'opposé, de « *TS psychiatriques* ». Pour le premier type de TS, la portée thérapeutique est discutée, tel qu'on peut le lire dans les propos de cette infirmière : « *je ne sais pas si je devrais le dire, mais les gens qui ont pris trois cachetons et qui partent, c'est aussi leur choix, ils sont grands, ils sont majeurs quoi* ». Dans le deuxième cas, la contention est considérée comme thérapeutique dans la mesure où elle préserve d'une réitération immédiate du passage à l'acte.

Nature de la demande du patient et portée de la contention

La nature de la demande du patient sert aussi aux infirmiers à se construire des représentations pour discuter de la valeur thérapeutique de la contention. Certains infirmiers estiment ainsi que l'opportunité de la contention ne se discute pas dès lors que le patient la demande. Il est étonnant que cette configuration, estimée comme rare par les soignants, ait été évoquée à plusieurs reprises par différents enquêtés. A notre avis, c'est bien le signe que la nature de la demande est un critère d'importance dans l'évaluation du soin aux urgences pour les infirmiers. En creusant cette piste, on s'est effectivement aperçu qu'un clivage entre patients était établi sur ce critère. C'est ainsi qu'une infirmière, à propos d'une patiente hystérique⁷⁴² résistante à une contention, estime : « *Pourquoi on irait soigner des gens qui n'ont pas envie de se faire soigner ?* ». Au-delà, cette question de la demande, de la contrainte et de la liberté autour de la contention, a été élargie à la question générale de la demande adressée au service d'urgence. On peut déceler dans le discours des soignants l'idée d'une moindre authenticité de la souffrance des patients en détresse psychique, qualifiés parfois de façon dépréciative : « *Un qui chouine parce qu'il a perdu son chien* », « *on banalise vachement tout le côté dépressif* », « *on est dans une confrontation perpétuelle entre cette personne qui peut mourir et qui ne l'a pas choisi et celle qui veut mourir et qui est en bonne santé* »⁷⁴³. A ce propos, une infirmière confie qu'il est parfois difficile de garder un regard soignant sur des patients ayant fait une TS et qu'il faut contenir : « *Des fois j'ai envie de leur dire, t'es pas content, t'avais qu'à pas prendre de médicaments, quoi ! Alors, c'est pas soignant du tout, on ne peut pas le dire, je ne l'ai jamais dit, mais des fois...* ».

Cette question de la demande nous introduit directement au paragraphe suivant où il est question de la mise en sens de la contention à l'intérieur d'une prise en charge globale du patient.

3. Contention, soin et notion de prise en charge globale

A plusieurs reprises, au cours des entretiens, est revenue l'idée qu'une « bonne »⁷⁴⁴ contention, c'est-à-dire pour les enquêtés une contention qui puisse être considérée comme un soin, c'est une contention qui ne se réduise pas à elle-même. Les soignants indiquent

⁷⁴² Qualifiée ainsi par la personne enquêtée

⁷⁴³ Ces deux derniers propos montrent tout de même que les infirmiers ont du recul sur leur pratique et leurs propres représentations : ils regrettent leur façon de voir parfois les choses et en soulignent aussi les contradictions.

⁷⁴⁴ C'est un jugement de valeur, mais c'est justement ce qui nous intéresse puisqu'on travaille sur les représentations.

ainsi des éléments qui doivent, selon eux, faire partie de la prise en charge d'un patient à contenir. Pour eux, il semble que la contention s'élève en soin dès lors qu'elle s'inscrit dans un projet de soin global.

Ainsi, encore une fois, la portée thérapeutique de la contention du patient alcoolique est relativisée, puisque « *il n'y a pas de suite : une fois qu'il aura déçu, tu le détaches et il s'en va* ». L'idée que le patient soit informé de ce que représente la contention est estimée par les soignants comme un gage de qualité. C'est ainsi que pour les soignants, une bonne contention est celle qui s'accompagne d'un effort de communication et d'information qui vienne donner du sens à l'acte et, en quelque sorte, en atténuer la violence à la fois pour le patient et pour le soignant. Ces quelques formules que nous relevons illustrent cela : « *un gros psychotique qui se voit attaché, il se voit attaché à long terme, donc on lui explique que non* », « *Après avoir fait une contention je retourne voir le patient, je prends le temps de discuter* », « *la contention doit prendre en charge la crise à moyen et long terme, elle peut permettre d'observer un délire par exemple* », « *une contention, c'est global* ».

Il est intéressant de noter que les soignants conçoivent aussi leur action soignante en termes de relation. Or, il semble que la contention vienne les bousculer dans cette représentation du soin où la relation avec le patient se joue dans la rupture, sur le terrain de l'agir, de la contrainte et même parfois de la violence. C'est ainsi que pour eux, une contention soignante, c'est celle qui réinstalle une forme de lien, une forme de relation soignante. On peut lire cela dans le propos éloquent de cette infirmière : « *On explique au malade pourquoi on le contient. Donc c'est un soin : il y a ce côté relationnel où on explique les choses. Je ne conçois pas d'attacher quelqu'un sans l'avertir du pourquoi et du comment, donc je lui parle* ». Cette autre infirmière l'explique à sa manière : « *Des fois on est un peu que des bras donc on remet des mots là-dedans. Dans tout soin il faut créer du lien* ». Notons au passage que la notion de lien est mise en équivalence avec celle de communication. Nous trouvons ici un argument de plus pour alimenter une des hypothèses centrale du travail de thèse qui consiste à envisager fondamentalement le service d'urgence comme un lieu d'information, de communication et de médiation. Au moins, comme un lieu où sont posées de manière cruciale des questions autour de ces trois concepts.

Au-delà, les soignants reconnaissent une vertu thérapeutique à mettre en sens l'acte de contention : « *Le simple fait de parler, de discuter, de rassurer, ça arrive à apaiser les choses, c'est contenant* ».

Cependant, tout en reconnaissant la nécessité d'entourer la contention d'information et de communication, les soignants rencontrés ne s'estiment pas toujours à la hauteur de la tâche, estimant que la parole, c'est le domaine de compétence des psychiatres. Les soignants ont donc l'idée que la maniabilité de la parole fait partie d'une compétence professionnelle, même si certains s'estiment, plus que d'autres, capables d'entrer en contact avec les patients. C'est ainsi qu'une infirmière affirme : « *En tant qu'infirmiers, on ne peut pas mettre tous les mots, on n'a pas ce pouvoir là* ». En revanche, un aide-soignant qui se dit passionné par les problématiques de la psychiatrie souligne le caractère global de la prise en charge de la contention et l'accent à mettre sur la communication : « *Moi je suis très fort pour parler avec des gens qui sont psychiatriquement atteints. On est un corps et une tête, j'arrive pas à me dire qu'on peut dissocier les deux* ». En fait, là où tous les soignants sont d'accord, c'est sur le fait que cette communication est nécessaire autour de la contention mais que les conditions de travail, considérées à l'intérieur d'une représentation de l'urgence chronophage, ne le permettent pas : « *Ce qui est difficile, c'est d'avoir du temps pour discuter avec les gens* ». Il semble que les soignants, qui pourtant ont pris le temps de répondre à nos questions, nourrissent une vision héroïque du travail d'urgence où le temps

court : « *ça bouge* », « *ne pas savoir ce qui va se passer, c'est mon adrénaline* », « *T'es pas aux urgences pour rien, t'es là pour sauver des vies* », « *le rythme de l'urgence* ».

Dernière remarque sur la prise en charge : les soignants voient la portée thérapeutique d'une contention dès lors qu'elle s'est déroulée au sein d'un travail d'équipe articulé. Les soignants considèrent qu'une contention qui se passe bien est celle qui met en place un travail concerté entre l'équipe infirmière d'une part et les médecins et les psychiatres d'autre part. Il nous a semblé entendre, à travers divers indices⁷⁴⁵, que la contention était parfois ressentie comme une pratique de soin déléguée aux infirmiers et non pas toujours partagée et assumée par un tandem médecin / infirmiers.

4. Contention et identité soignante : la contention comme le fait d'une médecine sociale et comme révélatrice de la solidarité d'une équipe.

La contention considérée comme le corollaire d'une médecine sociale

De manière quasi unanime, les soignants que nous avons rencontrés font un lien entre la contention et la spécificité du travail au pavillon N. Ils soulignent cela de deux manières : positivement et en creux.

En creux : en donnant des éléments de comparaison par rapport à d'autres services où ils ont pu travailler dans le passé. De ce point de vue, le service est présenté comme le contraire de la routine qui peut s'installer dans des services plus classiques. Ainsi, l'inattendu est présenté comme l'intérêt principal du travail qui, en contrepartie, contraint à accepter logiquement le surgissement de la crise et la possibilité de procéder à une contention.

Plus positivement, dans les représentations des soignants, la contention ferait partie d'une médecine à vocation sociale, voire humanitaire, qui se joue au pavillon N. C'est l'idée que le pavillon N est un lieu d'accueil de la violence de la cité, de la misère sociale. Certains infirmiers considèrent leur rôle comme « *la soupape de sécurité de la société* ». Dans ces conditions, la contention serait un moyen mis à la disposition des soignants pour assumer ce rôle. C'est ainsi qu'on peut lire des formules comme celles-ci : « *On reçoit une population qui est quand même amenée à être contenue* », « *je fais de la médecine humanitaire du fait de toute la misère sociale qu'on récupère* », « *le public est psychiatisé au ¾* », « *dans un service comme le nôtre, tu banalises la contention* », « *on est le dernier rempart contre la violence* », « *tous les problèmes non-résolus ailleurs on les envoie ici* », « *on fait un peu dispensaire des fois* », « *sans nous, il y aurait plein de malades dans les rues qui taperaient tout le monde* ».

Au fond, les soignants qui ont montré le rapport le plus apaisé et le moins critique à l'égard de la contention sont ceux qui semblent avoir investi ce rôle⁷⁴⁶ d'acteur de la vie sociale de la cité au maximum. A notre avis, il y a même quelque chose de l'ordre de la revendication d'une identité, d'une légitimité à produire un discours engagé et critique sur la société quand on est infirmier ou aide-soignant au pavillon N.

Ainsi, s'ils peuvent considérer la contention comme un acte thérapeutique, les enquêtés le font à la condition qu'on reconnaisse la spécificité de la médecine qu'ils exercent : la contention est un soin car elle a lieu dans un cadre où la médecine a deux versants : elle panse des plaies singulières et d'autres plaies sociales. C'est dans ce sens que deux

⁷⁴⁵ C'est, par exemple, dans le fait de désigner des rôles spécifiques en donnant au psychiatre la compétence de la parole. C'est encore à travers certains propos acides vis-à-vis de certains médecins du service, et qu'on ne peut évidemment retranscrire ici, que cela nous est apparu.

⁷⁴⁶ Un rôle qui, par définition, reste la façon dont les soignants se représentent leur action.

infirmiers ont exprimé le plus clairement cette idée ressentie par tous en qualifiant la contention comme « *un acte qui va de l'individuel au collectif* ». Un autre enquêté précise qu'il s'agit « *d'un acte médical soutenu par des lois* ».

· La contention comme révélatrice de la solidarité du service

Le point qu'on va développer ici est celui qui nous a le plus étonné. Pour les soignants, la contention est le moment de la vie du service qui révèle la solidarité et l'esprit d'équipe des personnels du pavillon N. Dans le discours des enquêtés, la contention n'apparaît jamais comme une partie de plaisir, mais quand elle s'avère nécessaire, elle est supportée (au sens où on en porte la difficulté, la responsabilité) par une équipe entière qui s'étend au-delà du cercle des infirmiers et aides-soignants. La contention serait, en quelque sorte, un critère de mise à l'épreuve de la solidarité dans le service.

Ainsi, les éloges de chaque infirmier sur l'esprit d'équipe et l'ambiance de travail sont nombreux. En voici quelques-uns qui sont mis en lien avec la contention : « *une bonne contention, c'est une culture de service* », « *un appel et tout le monde est là* », « *quand on nous appelle [pour une contention], du plus petit au plus gradé, on est tous là, c'est ça qui fait qu'il y a une bonne ambiance dans le service* », « *on est tous dans la même galère, quand on attache, ce n'est plus le secteur de quelqu'un, le patient il appartient à tout le monde* », « *à N, t'as un problème, t'appelles* », « *on est vachement soudés, on n'aurait pas confiance en nos collègues, les contentions se passeraient beaucoup plus mal* ». Ce ne sont là que quelques extraits des discours mais on aurait pu en citer bien d'autres qui marquent à quel point la contention condense, cristallise même, l'identité et le sentiment d'appartenance au service.

Il convient alors de souligner ce mouvement un peu contradictoire : c'est autour de l'activité a priori la plus réelle⁷⁴⁷ du service (celle qui fait le plus appel à l'agir) que se construit le plus fortement le sentiment de se reconnaître comme appartenant à un même groupe qui est, en l'occurrence, un processus hautement symbolique.

5. Contention et identité soignante : construction de l'identité *par différenciation* d'avec d'autres acteurs institutionnels

Si, comme on vient de le voir dans la partie précédente, la contention est vue comme le fait d'une médecine sociale, les soignants refusent pour autant d'être assimilés à d'autres acteurs de la vie sociale qui interviennent auprès de la population spécifique qui fréquente le pavillon N.

Au cours de l'entretien, il était demandé aux enquêtés de décrire le déroulement d'une contention. A plusieurs reprises, les soignants ont décrit avec beaucoup de précision la situation où le patient est amené par la police pour un examen psychiatrique (procédure de réquisition à personne). Les soignants ont tenu à montrer qu'un individu menotté et un individu contenu sur prescription médicale représentaient deux situations différentes. Ils insistent notamment sur l'idée que le patient doit se sentir intégré dans un espace de soin via le changement de tenue (chemise d'hôpital) qu'on lui impose de porter si les conditions le permettent.

On sent pourtant dans le discours des enquêtés à la fois une volonté mais aussi une difficulté à se différencier parfois de la police. Les soignants se savent par exemple détenteurs d'une forme d'autorité dans la mesure où ils endossent un rôle institutionnel de représentant de l'hôpital. C'est ainsi qu'une infirmière estime qu'elle « *représente*

⁷⁴⁷ Nous faisons l'hypothèse que la contention marque temporairement pour le patient et pour les soignants un impossible de la communication et du langage, autrement dit une suspension du symbolique et donc le surgissement du réel : le passage par l'acte.

quand même l'autorité même si ce n'est pas [son] rôle », un autre infirmier dit se rendre compte, à travers la contention, de « la judiciarisation du milieu psychiatrique et de la psychiatrisation du milieu carcéral », un aide-soignant se représente « à la limite d'être policier et d'être thérapeutique ». Les soignants se représentent tout de même dans une position ambivalente, mais soulignent en même temps, souvent par la négative, par différenciation, ce qu'ils pensent être : « Je ne suis pas un videur, je ne suis pas un garde », « Ce n'est pas la prison, pour moi, c'est un soin », « C'est pas la prison parce qu'on est là pour vous apporter des soins », « pour moi, c'est un détenu la personne qui vient avec la police, ce n'est pas un patient qui vient parce qu'il est malade, mais on est forcé d'avoir un regard soignant ».

En fait, certains enquêtés semblent avoir la conviction intime que certaines contentions ne relèvent pas d'un travail infirmier, notamment à propos des alcooliques : « *ils auraient été chez eux ou en cellule de dégrisement chez les policiers, ça aurait été pareil* ». C'est finalement le critère du soin (de la portée thérapeutique), quand il est applicable (cf. Partie 2 de ce document) qui fait que l'infirmier ou l'aide-soignant se représente effectivement dans son rôle.

Enfin, une dernière remarque sur ce point de « l'enjeu » identitaire soulevé à partir de la contention. Nous avons l'impression que c'est seulement sur ce thème précis que les enquêtés se sont « protégés » derrière une parole institutionnelle. Pour montrer leur différence entre eux, « *les blancs* », et les autres, « *les bleus et les rouges* »⁷⁴⁸, ils se sont justifiés par l'évocation d'un véritable protocole de contention qui, détaillant une marche à suivre précise, conduit à bien différencier les rôles. Ce protocole n'a pas été évoqué à d'autres moments de l'entretien où nous avons le sentiment d'avoir recueilli une parole plus personnelle.

CONCLUSION :

En conclusion, et à la suite de ces développements, nous voudrions d'abord simplement rappeler notre ancrage théorique de départ qui a présidé à la construction des interprétations et hypothèses précédentes. Les Sciences de l'Information et de la Communication n'ont pas pour objet de juger ni d'analyser le réel. Elles s'interrogent plutôt sur la façon dont les hommes, subjectivement ou collectivement, se donnent les moyens de mettre en sens le réel pour l'interpréter dans leur activité de communication. Or, interpréter le réel, c'est produire sur lui du discours et des représentations. Autrement dit, c'est construire des formes signifiantes reconnaissables et échangeables par tous et qui viennent se superposer au réel. C'est ainsi que les analyses qui précèdent prétendent simplement rendre compte de la manière dont les infirmiers et les aides-soignants du pavillon N se représentent la contention pour, dans un second temps, se représenter eux-mêmes et forger leur identité de soignant au sein du service. Par conséquent, cette étude ne peut ni évaluer, ni rendre compte de la pratique des soignants, dans la mesure où il existe toujours un décalage⁷⁴⁹, qui a à voir avec le caractère symbolique du langage et du discours⁷⁵⁰, entre les pratiques et les représentations qu'on se fait de celles-ci. Notre but n'était donc pas non plus de faire un comparatif entre le réel de la pratique et les représentations, nous sommes restés à l'analyse du second niveau.

⁷⁴⁸ Entendons les policiers et les pompiers

⁷⁴⁹ Une impossible coïncidence, même.

⁷⁵⁰ Or, nous sommes passés par une analyse du discours des soignants

Au-delà de ces considérations, quelque chose nous a interpellés dans ce travail. C'est cette volonté, cette envie, peut-être même cette nécessité, pour les soignants rencontrés, de s'exprimer sur la contention. Au fond, le service d'urgence, en tous cas pour ce qui concerne la psychiatrie, est fondamentalement un espace de rencontre, de médiation et de communication. Sauf, peut-être, au moment de la contention où la « force » employée vient mettre à jour un impossible du langage, de la communication et de la médiation. En un mot, c'est le surgissement du réel. Or, parce qu'ils sont porteurs de cette « force », la contention apparaît peut-être pour les soignants comme un événement à devoir mettre en sens perpétuellement au risque de l'angoisse ou d'une forme de rejet à l'égard du patient concerné. Nous avons le sentiment d'avoir entendu cela, certes pas toujours exprimé ouvertement, à chacun de nos entretiens. Il semble en tous cas que les diverses formations proposées aux soignants leur aient donné des clefs de signification (comme la notion de soin ou de sécurité) qui constituent des points de départ pour construire un discours toujours engagé, impliqué autour de la contention et qui leur permette d'assumer leur identité de soignant vis-à-vis de cette pratique.

Extrait du tableau qui a servi de support à l'analyse des entretiens

Hiérarchisation des souffrances et mise en perspective avec le caractère soignant ou non de la contention	Acte seul (idée urgence = instant) ou insertion dans une trajectoire de soin	Enjeu identitaire autour de la violence de l'acte et de la notion d'autorité
<p>Un patient délirant, tu es vraiment dans une position soignante Marquer le corps par des contentions Quelqu'un qui est violent et agressif parce qu'il a picolé, je n'ai pas un regard soignant. +p3 Fous furieux, sauvages Une petite mamie qu'on va contenir et qu'on est obligé de contenir P4 : pas contenir la jeune fille La TS qui a sa volonté et sa raison On contient pas le mec sympa Le psychique est aussi important que le somatique p5 + [confuse sur sa possibilité à dire pourquoi infarctus est</p>	<p>On ne va pas reparler de cette contention en fait, de toute façon elle lui est imposée Le mec qui a trois grammes, on va ne pas faire de dialogue là P3 : à l'HP, on va voir l'effet bénéfique de la contention mais ici ce n'est pas le but : le but et l'intérêt sachant qu'il ne sera plus dans le service dans trois heures... (soupir) Un but de soin, pouvoir l'emmenner dans un lieu après qui va lui permettre de sortir de cette période difficile. Le premier [l'alcoolique], une fois qu'il aura décuvé, tu le détaches</p>	<p>On représente quand même l'autorité malgré que ce ne soit pas notre rôle. Il y a des contentions que je trouve abusives (p4) Des menottes médicales p10 Pour moi c'est un détenu la personne qui vient avec la police, ce n'est pas un patient qui vient parce qu'il est malade p11 On est forcé d'avoir un regard soignant Si le patient reste avec nous, il devient patient Le mot « loi » est différent du mot « malade », p11 C'est des gens en blanc, donc là je peux faire des conneries Ce n'est pas la prison parce qu'on est</p>

Dire(s) d'urgence

<p>une urgence plus vitale à prioriser] La connerie humaine, l'agressivité des gens On va pas reprocher à quelqu'un qu'il est désagréable parce qu'il n'est pas bien dans sa tête. P7 Sur son futur poste au Samu : c'est des gens qu'il faut sauver donc ils ne te font pas trop chier.</p>	<p>et il s'en va, y'a pas de suite p10</p>	<p>là pour vous apporter des soins. Le psychopathe qui échappe à tout p12.</p>
--	--	--

Annexe 4 : Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003

[Etude statistique publiée : THOMAS Jérôme et al. « Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Etude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003 ». In *L'information psychiatrique*. Septembre 2006, vol 82, n°7. Pages 581-587.]

INTRODUCTION :

Dans le Rhône, le dispositif d'accueil des urgences psychiatriques est à la fois riche et complexe. Les lieux et les modalités d'accueil de l'urgence sont multiples et divers, ce qui permet un bon maillage institutionnel mais n'offre pas, en contrepartie, une lisibilité assez claire pour l'accès aux soins [1]. Or, les demandes de plus en plus croissantes faites à l'urgence montrent que les UAU⁷⁵¹ constituent un lieu privilégié pour l'accès aux soins⁷⁵².

Ainsi, à l'heure actuelle, les trois Centres Hospitaliers généraux du Rhône disposent d'une permanence psychiatrique, sous forme de *garde* pour le site de l'hôpital Edouard Herriot (8000 passages/an), *d'astreinte au domicile* pour le Centre Hospitalier Lyon Sud (4000 passages/an) et de *permanence partielle* pour le SAU⁷⁵³ de Saint Joseph – Saint-Luc (1450 passages/an). Jusqu'en décembre 2003, deux des trois CHS disposaient également d'une UAU : l'UMA⁷⁵⁴ pour le Vinatier (5750 passages/an) et l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu (3000 passages/an), fermée lors d'une restructuration budgétaire et réorganisée sous la forme d'une *permanence téléphonique*.

Cette complexité et le manque de lisibilité évoqués, conjugués à la disparition de l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu a réactivé la question de l'accueil de l'urgence dans le département⁷⁵⁵. Ainsi, on a cherché à mieux comprendre comment la disparition d'un service reconfigure les possibilités d'accueil de l'urgence. Dans ce but, nous avons essayé de comprendre, à travers cette étude statistique, quel type d'interface constituait l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu. Nous avons donc procédé à une étude précise des trajectoires de patients rencontrés entre 1999 et 2003 dans le service.

Avant d'énoncer nos hypothèses de recherche, il convient de justifier notre choix de considérer *l'urgence comme une interface*. D'abord, dire qu'un service d'accueil des urgences est une interface ne revient pas à le réduire à un espace sans homme. Les équipes médicales rencontrent des sujets en demande d'aide et des soins sont prodigués. Mais il nous semble que l'UAU n'est pas un lieu de soin à part entière, et c'est l'aspect de *rencontre*

⁷⁵¹ Unité d'accueil des urgences

⁷⁵² « Les services d'urgence sont un lieu de passage, un haut lieu de l'accessibilité aux soins et une sorte de « gare de triage » dans le réseau de santé publique », JOSEPH I. [3]

⁷⁵³ Service d'accueil des urgences

⁷⁵⁴ Unité médicale d'accueil

⁷⁵⁵ En 2004, la DDASS du Rhône a missionné un groupe de travail composé de différents partenaires intervenant dans le dispositif et des représentants des tutelles pour penser une réorganisation du dispositif d'urgence.

entre le corps social et les dispositifs de soin qui nous paraît faire la spécificité du service. Ainsi, envisager le service d'urgence comme une interface, ce n'est pas le définir comme interface, mais c'est l'étudier en tant qu'on peut le considérer comme interface. Il s'agit d'une interface à plusieurs titres d'ailleurs : entre le corps social et les dispositifs de soin, entre le temps court de la crise et le temps long du soin ; en bref, entre l'*immédiateté* de la crise et le travail de *médiation* propre à la psychiatrie qui peut commencer à l'urgence mais qui se joue surtout en amont ou en aval. Nous avons donc élaboré nos hypothèses de recherche à partir de ce point de vue sur l'urgence. C'est en considérant l'urgence comme une interface que s'éclairent les questions posées par les trajectoires que dessinent les patients qui passent dans le service.

Ainsi, la capacité des UAU à offrir un accès aux soins en psychiatrie s'évalue dans leur faculté à savoir *identifier* une demande et à la traiter de façon à proposer une *orientation* de soin adaptée une fois la crise apaisée⁷⁵⁶, selon un modèle du « non retour » à l'urgence.

Ce serait le fonctionnement idéal d'une interface. Or, les données que nous avons recueillies sur les 14 689 passages dans le service de 1999 à 2003 repèrent un grand nombre de patients qui reviennent de façon plus ou moins régulière. Finalement assez rares sont ceux qui effectueront un unique passage à l'UAU sur les cinq ans. Ce constat interroge donc le modèle sur « non-retour » à l'urgence et ouvre des perspectives de réflexion sur l'accueil de la demande et la régulation du flux des patients en urgence.

Voici donc les hypothèses qui ont conduit notre analyse. 1. L'urgence serait *soit* le point de départ d'une trajectoire de soin, *soit* un point de chute vers lequel des patients se tournent inlassablement faute de trouver un soin adéquat ailleurs ; 2. La réponse apportée en termes d'offre de soins influence la demande ; 3. La consommation de soin en urgence est influencée par de nombreux facteurs ; notamment, le profil pathologique des populations peut différencier la consommation de l'urgence.

Cela permet d'aboutir à des questions d'ordre plus général : faudrait-il repenser ou moduler l'organisation des UAU en fonction de l'émergence d'une nouvelle demande ? Dans quelle mesure l'accueil proposé dans une UAU telle que celle de notre étude correspond-elle encore à la demande faite à l'urgence ?

DONNES DISPONIBLES ET METHODES D'EXPLOITATION :

Les tests statistiques ont été effectués à partir d'un important fichier de données émanant de l'exploitation d'une fiche clinique dite de « consultation ou d'admission d'urgence » remplie par les médecins ou internes suite à l'examen du patient à l'UAU [figure 1]. Améliorée au cours des années de son utilisation, la fiche s'est avérée être un outil fiable pour rendre compte de l'activité de l'UAU. Les données recueillies⁷⁵⁷, portant sur la trajectoire de soin des patients, sont d'ordre clinique, sociodémographique et épidémiologique. Notre étude concerne l'exploitation de ces données de 1999 à 2003, soit 14689 passages à l'UAU.

Les tests sur les variables quantitatives sont les suivants : distribution d'effectifs et de fréquence, calcul d'indices de position et de dispersion, calcul de coefficient de corrélation entre deux variables. Pour les variables qualitatives : distributions conditionnelles d'effectifs et de fréquence, mesure de liaison entre deux variables via le test du KHI₂.

⁷⁵⁶ « Un service d'urgence est un équipement de mobilisation des expertises qui oriente et « vend » des patients en fonction de leur valeur de gestion dans le système de santé publique et dans une configuration de l'offre de soin que ce système propose », JOSEPH I. [3].

⁷⁵⁷ Par un système de lecture optique

Il s'agit d'abord d'une étude descriptive s'appuyant sur l'analyse du fichier global des 14 689 passages, sur les évolutions de la demande et l'activité de l'UAU année par année. Ensuite, puisque le nombre de passages est très différent du nombre de patients⁷⁵⁸, on a distingué deux types de population dans ce fichier global. On a dressé le profil des patients n'ayant eu recours à l'UAU qu'une seule fois sur les cinq ans. Nous avons ensuite dressé le profil des patients « habitués » de l'urgence qui se sont présentés 13 fois ou plus au cours des 5 ans. Ce chiffre a été choisi de façon à présenter à la fois une fréquence de fréquentation élevée et un échantillon de 108 patients, effectif suffisant pour dresser un profil⁷⁵⁹. Ces deux profils dégagés font l'objet d'une étude comparative.

On a pris garde de différencier, suivant les variables, les *passages* des *patients* pour conserver des résultats pertinents. Aussi, des données sociales, telles que le chômage, relatives au secteur de résidence des patients ont été adjointes au fichier pour établir de possibles corrélations.

RESULTATS :

Analyse descriptive des 14689 passages à l'UAU sur les 5 ans de l'étude

Une étude comparative des fichiers année par année montre que les chiffres sont superposables, on note peu d'évolution. Ainsi, la constitution d'un fichier global sur les cinq ans de l'étude est pertinente et le nombre de passages et de patients offre une grande puissance d'analyse statistique.

Le nombre de passages par an reste stable, autour de 3000.

Il y a cependant des évolutions notables.

Dans le caractère de la demande, on note une évolution régulière des patients ayant recours à l'UAU suite à une TS (le taux de ces patients est passé de 9,6% en 1999 à 12,6% en 2002).

Concernant les trajectoires des patients, la tendance de l'UAU est nette à favoriser les simples consultations face aux admissions.

Parmi les simples consultations, l'orientation s'est faite de plus en plus, au fil des années, vers des structures extra hospitalières (de 31% en 1999 à 48% en 2003) au détriment des orientations vers des unités intra hospitalières (de 28% à 18% sur les mêmes années).

Concernant la fréquentation de l'UAU sur les 5 années de l'étude, 4126 patients sont venus une fois et une seule : ils représentent 63% de la totalité des patients. Le reste des patients se sont présentés sur les 5 ans de 2 à 98 fois [figure II].

Analyse de la demande :

Les patients de l'UAU sont en majorité des hommes, ils représentent 63% des passages.

Concernant le parcours antérieur en psychiatrie des patients, on note que pour 77% des passages il y a des antécédents d'hospitalisation psychiatrique, pour 56% des passages, le patient était connu ou suivi dans son secteur et pour 58% des passages, il ne s'agissait pas pour le patient de son premier contact avec l'UAU.

L'étude de l'origine de la demande et de l'accompagnement montre que, pour la population globale, la demande de prise en charge d'urgence en psychiatrie est souvent

⁷⁵⁸ Sur les 5 ans de l'étude, 14689 passages sont répertoriés mais correspondent à 6568 patients

⁷⁵⁹ D'autant qu'ils représentent un nombre important de passages : 2386 passages.

une décision partagée. En effet, les patients décident seul d'avoir recours à l'urgence pour 31% des passages. Un autre service d'urgence (24%), l'entourage familial (11%) ou encore le médecin de famille (10%) sont à l'origine de la demande. On retrouve cela pour l'accompagnement où seulement 29% des passages correspondent à des patients qui viennent seuls. Pour 31% des passages répertoriés, les patients sont accompagnés d'une ambulance ou de leur famille.

Il est difficile dans le temps court de l'urgence de dresser une symptomatologie et un diagnostic précis. Les médecins pouvaient cependant donner plusieurs hypothèses dans la fiche. La symptomatologie la plus fréquemment détectée est l'anxiété (27% des passages). Les signes psychotiques et les syndromes dépressifs sont représentés à part égale (20%). Les troubles de la personnalité (23% des passages) et la schizophrénie (20%) sont les diagnostics les plus saillants. On remarque l'importance de la dépendance à l'alcool (13%).

11% des passages correspondent à des patients consultant l'UAU suite à une TS.

D'autre part, on constate une corrélation significative entre le taux de chômage par secteur et le recours à l'UAU. La corrélation est aussi significative entre la fréquentation de l'UAU et la proximité géographique. Cependant, un modèle qui ne tiendrait compte que du chômage sous-estimerait la fréquentation à l'UAU si on ne tenait pas en compte la distance et vice-versa

- Analyse des trajectoires :

En grande majorité, les patients sont admis suite à leur passage à l'UAU (66% des passages), on compte 4% de transferts vers d'autres établissements et 28% de passages correspondent à des patients ayant bénéficié d'une simple consultation.

Pour les patients admis, 61% des passages sont des HL⁷⁶⁰, 30% des HDT⁷⁶¹ et 6% des HO⁷⁶².

Pour les patients ayant bénéficié d'une simple consultation, 44,5% des passages débouchent sur une orientation vers une structure extra hospitalière, 22% vers une unité intra hospitalière, 6% vers un rendez-vous ultérieur à l'UAU et 4% vers une clinique psychiatrique.

- Analyse comparative du profil des patients ayant eu recours une fois et une seule à l'UAU sur les 5 ans et du profil des patients venus 13 fois ou plus à l'UAU sur la même période.
- Analyse comparative de la demande

L'analyse du parcours antérieur des patients en psychiatrie montre que les deux profils sont très différents. On réfléchit ici en termes de patients et non plus de passages. Pour les patients venus plus de 13 fois, on observe leur première visite à l'UAU.

Il ressort que les patients qui ont une fréquentation importante à l'UAU avaient quasiment tous déjà été hospitalisés (pour 98%) avant leur première visite à l'UAU, alors que seulement 47% des patients venus une seule fois avaient des antécédents d'hospitalisation [figure III].

⁷⁶⁰ Hospitalisation Libre

⁷⁶¹ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

⁷⁶² Hospitalisation d'Office

Il y a 76% des patients venus une seule fois pour qui c'était le premier contact avec l'UAU, alors que pour les patients habitués de l'urgence, ils étaient 85% à avoir déjà eu recours à l'UAU lors de leur première visite répertoriée sur notre période [figure IV].

Les patients venus une seule fois sont peu connus de leur secteur (69% ne sont pas connus) alors qu'ils sont 93% à être déjà suivis dans leur secteur lors de leur première visite à l'UAU pour la population qui fréquente beaucoup l'UAU [figure V].

L'étude de l'origine de la demande et de l'accompagnement montre aussi des profils très différents entre ceux qui ont fréquenté une fois l'UAU et ceux qui le fréquentent beaucoup. Les patients « habitués » décident seuls de venir et arrivent sans accompagnement en grande proportion (65% et 62% des passages respectivement), alors que la demande de prise en charge d'urgence est beaucoup plus partagée pour les patients venus une seule fois. En effet, ils sont accompagnés à 39% par une ambulance, à 36% par leur entourage alors qu'ils viennent seuls pour 16% d'entre eux. Pour cette même population, l'origine de la demande ne provient du patient seul qu'à 15% alors qu'elle provient d'un service d'urgence pour 34,5% des patients ou du médecin de famille pour 14% d'entre eux [figure VI].

La symptomatologie montre des profils identiques pour les deux populations concernant l'anxiété (26% des patients dans les deux cas). Par contre, les signes psychotiques ont bien plus d'occurrence chez les patients habitués (28% contre 15% pour les patients venus une seule fois) et la détection d'un syndrome dépressif est plus courante chez les patients venus une seule fois (24% contre 11%).

S'agissant des hypothèses diagnostiques, les profils sont identiques concernant les troubles de la personnalité (23% des patients). Par contre, la schizophrénie est bien plus présente chez ceux qui fréquentent beaucoup l'UAU (35% contre 11%). C'est l'inverse pour les troubles névrotiques : 15% des patients venus une seule fois en présente contre 4% pour les habitués.

Les patients venus une seule fois font bien plus fréquemment une TS avant leur visite à l'UAU que les habitués (14% contre 6%).

Analyse comparative des trajectoires

Pour les suites de l'examen d'accueil, là encore, les profils entre les deux populations sont très différents. En effet, 70% des patients venus une seule fois sont admis contre 45% (des passages) pour les habitués. 23% des patients venus une seule fois bénéficient d'une simple consultation contre 51% (des passages) pour les habitués de l'urgence [figure VII].

On lit aussi cette différence de profil pour les modalités d'hospitalisation. Quand ils se font hospitalisés, les patients habitués le sont librement à 75% alors qu'on ne compte que 52% de HL pour les patients venus une seule fois. Logiquement, les hospitalisations sous contrainte sont beaucoup plus fréquentes pour les patients venus une seule fois (38% de HDT et 7% de HO).

Il faut cependant noter que quand les patients ont bénéficié d'une simple consultation, les patients venus une seule fois sont davantage orientés vers une structure extra hospitalière (54% contre 40% pour les habitués). A l'inverse, les patients habitués sont plus orientés vers une structure intra hospitalière (32,5% contre 10% pour les patients venus une seule fois).

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence l'existence de deux profils de populations très différenciés fréquentant l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu.

D'un côté, on a les patients qui n'ont eu recours qu'une seule fois à l'UAU et qui semblent présenter un profil de crise qui peut se lire dans différentes variables (accompagnement, origine de la demande, TS, admission et mode d'hospitalisation). Aussi, pour cette population, l'UAU constitue souvent le premier contact avec le soin psychiatrique (institution ou parcours en ambulatoire).

Si on considère cette population (63% des patients), on peut émettre l'hypothèse que l'accueil d'urgence reste un moyen indispensable pour l'accès aux soins en psychiatrie. Il est le lieu d'un accueil de la crise mais aussi un sas d'entrée rassurant avant l'institution ou avant l'engagement dans des parcours de soin en ambulatoire méconnus. L'urgence est peut-être aussi le lieu d'accueil après l'épuisement de toutes les autres solutions de soin ou de contention de la crise en amont et en aval de l'institution.

D'autre part, on a dégagé le profil spécifique des « chroniques de l'urgence ». Cette population ne semble pas avoir la même consommation de l'urgence. Plus habitués de l'institution (il s'agit de psychotiques chroniques), ils ont beaucoup moins un profil de crise (ils viennent seuls, se font hospitaliser librement, ce qui marque une forme d'appropriation du soin institutionnel d'ailleurs). Ils fréquentent pourtant régulièrement le service tout en semblant connaître les parcours de soin et exploitent donc l'UAU comme une interface différente pour l'accès aux soins – comme un réceptacle où est encore offerte la possibilité d'échouer – par rapport aux patients précédents. On peut donc estimer, si on se réfère aussi à d'autres études, que pour les habitués du service, « *l'accès aux urgences est l'entrée dans un espace de ressources thérapeutiques déjà balisé* ».

Cet usage différencié de l'urgence amène à repenser l'organisation de l'offre et des moyens d'accueil. A côté de l'accueil de la crise cohabite l'accueil de la chronicité. Crise et chronicité sont difficiles à accueillir dans la ville et l'accueil d'urgence reste une porte ouverte en permanence quand les autres se ferment. La désinstitutionnalisation a fait disparaître la dimension d'asile protecteur de l'hôpital, il faudrait peut-être penser la création de lieux d'accueil de la chronicité qui ne se chevauchent pas avec l'accueil et la pratique de l'urgence et qui seraient moins coûteux.

Dans une société consumériste, l'urgence devient le recours le plus simple et le plus évident pour n'importe quel besoin d'aide. Alors que cette demande contemporaine s'amplifie, l'offre doit s'adapter et se diversifier.

ILLUSTRATIONS :

FICHE CLINIQUE D'ADMISSION OU DE CONSULTATION D'URGENCE

CH Saint-Jean-de-Dieu - Lyon

Nom du patient suivi de son prénom

N.I.P.

Age Dizaine
 Unité

Sexe
 Masculin Féminin

Origine géographique (secteur de résidence)
 Secteur de SJD Hors-secteur SJD SDF Antécédents d'hospitalisation psychiatrique

Précisez le secteur G13 G14 G15 I 07
 G16 G17 G18 I 08

Antécédents d'hospitalisation psychiatrique
 Patient connu du secteur Non
 1er contact avec le S.A.U. (ne concerne pas les US) Précisez où (une seule réponse)
 St Jean de Dieu Structure psy. publique Structure psy. privée

Origine de la demande d'admission ou de consultation d'urgence (ne cocher qu'une seule case)

Patient lui-même SOS Médecin ou SAMU Service d'urgence le quel → Précisez HEH CHLS St Joseph-St Luc Vinateur Autre

Famille entourage Médecin de famille Structure psy. publique

Service ou institution sociale Généraliste de garde Structure psy. privée

Police ou pompiers Psychiatre privé Autre

Accompagnement (2 rép. maxi)
 Patient venu seul Date de l'arrivée
 Famille ou ami Jour
 Personnel d'un service social Mois
 Personnel de secteur Année
 Ambulance, VSL Heures d'arrivée 6-9h Jour d'arrivée Lundi Vendredi
 Pompiers 9-12h Mardi Samedi
 SAMU 12-15h Mercredi Dimanche
 Police 15-18h Jeudi
 Autre 18-21h 21-24h 0-3h 3-6h

Examen réalisé dans Le S.A.U. L'unité de soins

Examen réalisé par : Le médecin ou l'interne du service L'interne de garde

Nom du médecin ou de l'interne

Délai d'attente avant l'examen d'accueil
 < 30mn 30mn à 1h 1 à 2h > 2h

Symptomatologies présentes à l'examen d'accueil (3 rép. maxi)

Agitation Anxiété Signes psychotiques Ivresse aiguë Somnolence

Agressivité verb. Syndrome dépressif Mutisme Autre état toxique Autres

Agressivité phys. Menaces suicidaires Confusion Problèmes somatiques

Problème social ? Oui Non

Tentative de suicide ? Oui Non

Hypothèses diagnostiques (4 rép. maxi)

Schizophrénie Bouffée délirante aiguë Dépendance à l'alcool Troubles mentaux organiques

Délire chronique Etat mélancolique Dépendance à un autre produit Retard mental

Troubles de la personnalité Etat maniaque Démence

Troubles névrotiques Autres

Durée de la prise en charge
 < 1h 1 à 3h 3 à 6h 6 à 12h > 12h

Prescriptions particulières (3 rép. maxi)
 Ne concerne pas les unités de soins Traitement chimiothérapique Examen complémentaire Chambre d'isolement Chambre horaire au S.A.U.

Contacts établis
 Avec l'adresseur ou les soignants Avec la famille ou l'entourage

En cas de séjour prolongé au S.A.U. indiquez les raisons :
 Médecin indisponible Attente de place d'hospitalisation Attente de chambre d'isolement Régularisation administrative Attente de résultats biologiques

Suites de l'examen d'accueil

Admission Simple consultation Transfert dans un autre établissement

Mode d'admission
 HL HDT HD

Unité du secteur du patient Précisez Hors-sect avec accord Dépannage Hors-sect (circ 74) SDF (circ 74)

Autre unité :

Simple consultation
 Avec orientation vers une structure extra-hospitalière Avec orientation vers une unité intra-hospitalière Avec orientation vers une structure psy. privée Avec RDV de consultation (Médicins au S & H)

Lequel : Vinateur HEH Stuct. psy privée St Cyr CHLS Autre St Joseph-St Luc

Raison(s) du transfert (4 maxi)
 Manque de lit Libre choix Autre Problème somatique SDF; Hors-secteur

Figure 1 : Fiche de consultation ou d'admission d'urgence

Occurrence en passages	Effectif en patients	Pourcentage
1	4126	63% des patients 28% des passages
2	1086	16,5% des patients
3	487	7,4% des patients
De 4 à 12 passages	761	11,6% des patients
13 passages ou plus	108	1,6% 16% des passages

Figure II : Fréquentation de l'UAU

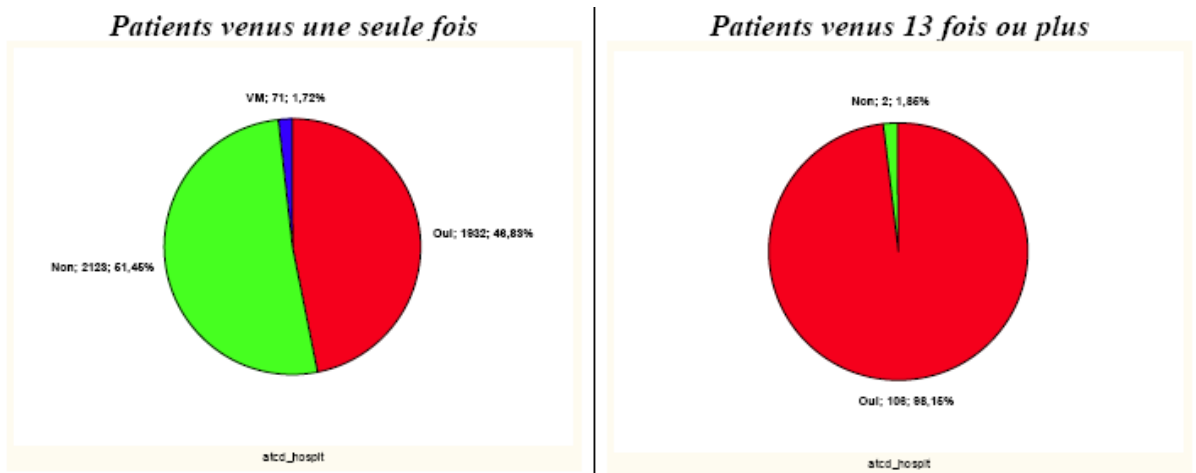


Figure III : Y-a-t-il eu des antécédents d'hospitalisation psychiatrique ? (VM = valeur manquante)

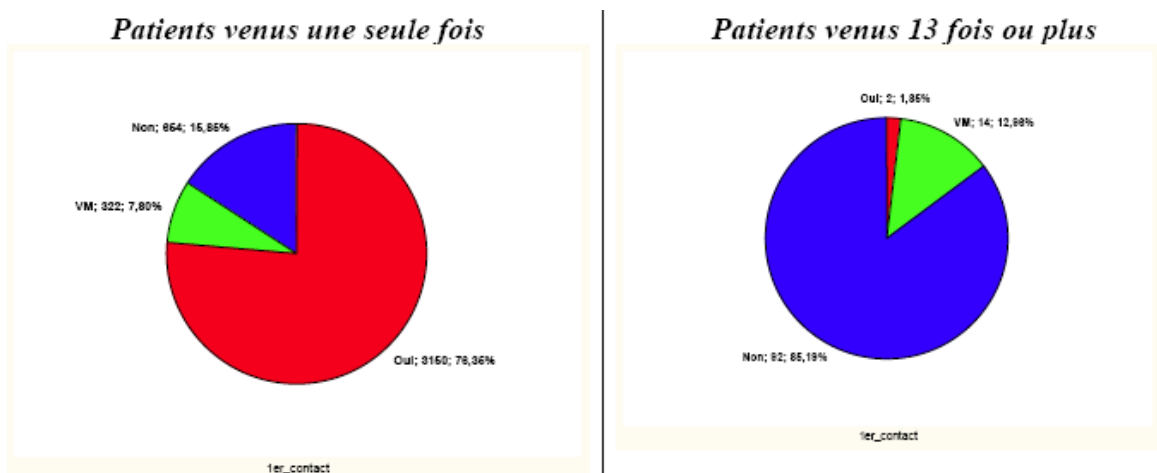


Figure IV : Est-ce le premier contact du patient avec l'UAU ? (VM = valeur manquante)

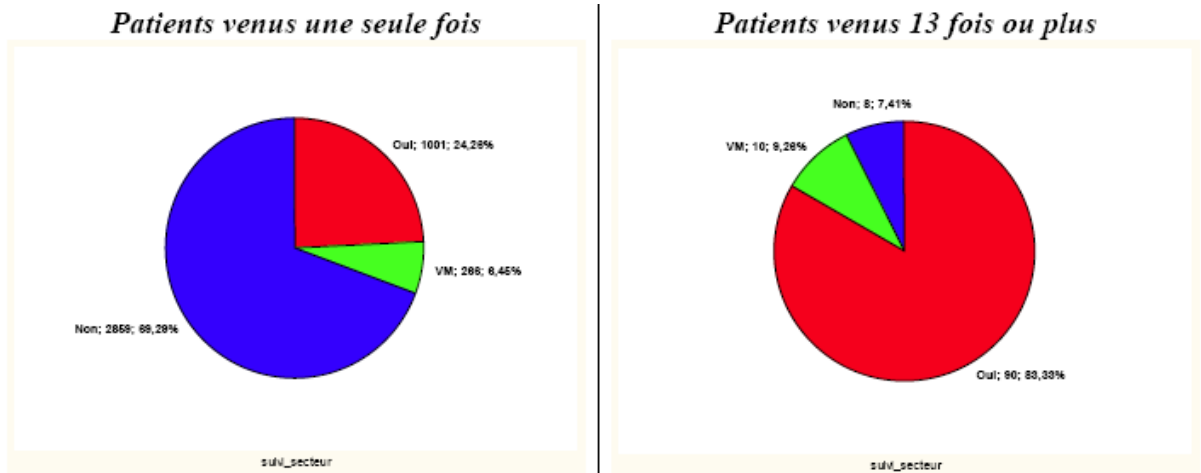


Figure V : Le patient est-il connu du secteur ? (VM = valeur manquante)

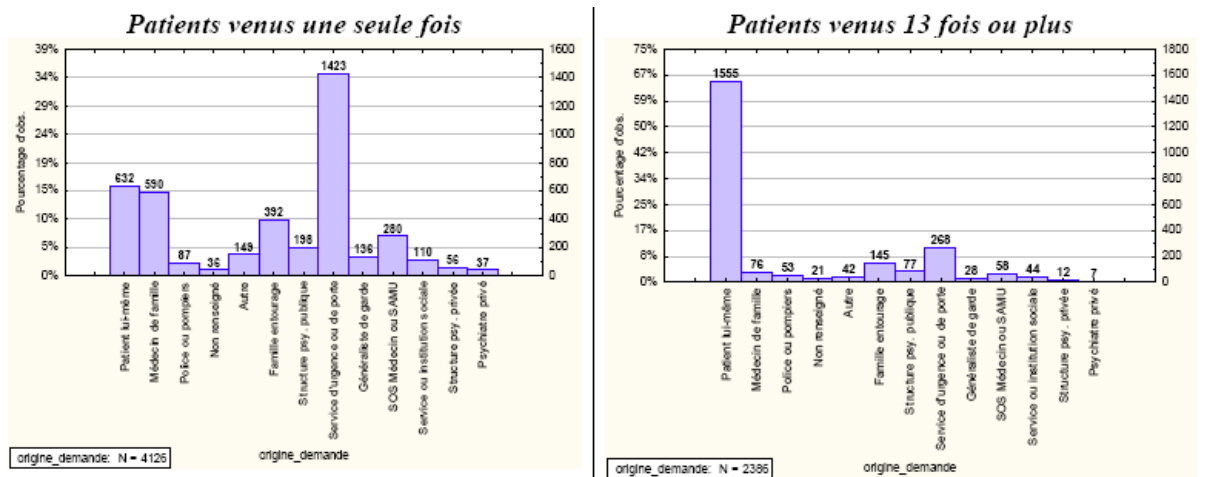


Figure VI : Origine de la demande

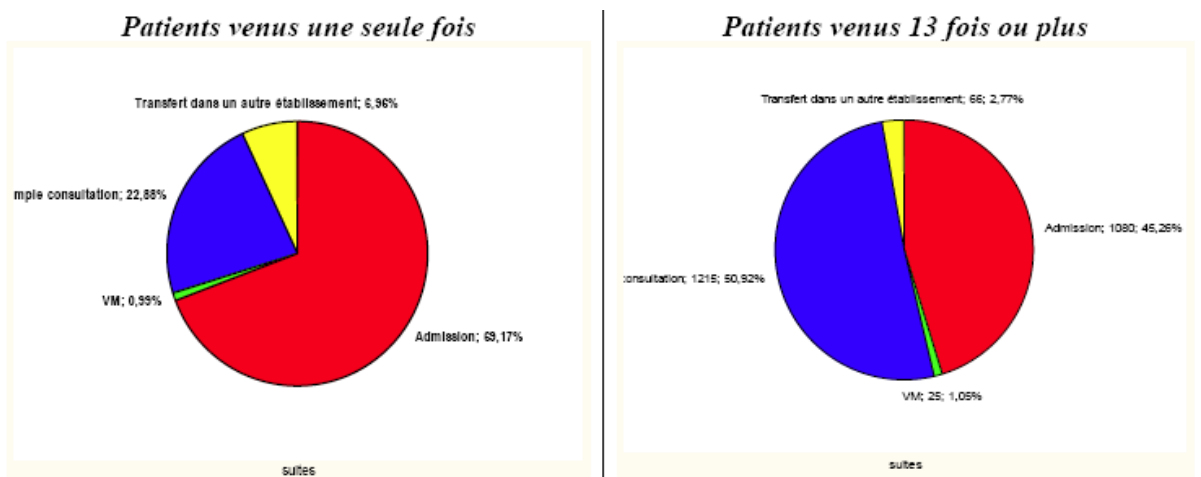


Figure VII : Trajectoire des patients (VM = valeur manquante)

Journal ethnographique & Fragments cliniques

Enquête par observation dans le service d'accueil des urgences médicales, psychiatriques et médico-légales du pavillon N de l'Hôpital Edouard Herriot de Lyon

Du 22 novembre 2006 au 2 octobre 2008

Par Jérôme THOMAS

Mise en forme et version exploitable du journal d'observation

ANNEXE PRINCIPALE A LA THESE

La version du journal d'observation présentée ci-dessous, dont des extraits figurent dans le corps de la thèse, est une version retravaillée par rapport à la version initiale qui était organisée autrement. La première version tenait en fait du brouillon où la retranscription des observations a été faite au fil de la plume, directement après une observation, selon la logique de l'association libre.

D'une certaine manière, il est rendu compte de cette démarche dans le document suivant, mais de façon organisée, puisque l'on a pris soin de séparer le récit de l'observation de ses commentaires réflexifs et des données qu'on pouvait en tirer.

On remarquera que ce journal progresse de façon incrémentale et modificative pour refléter au mieux la démarche d'observation. Chaque nouvelle observation est soit l'occasion de rediscuter les données tirées de la précédente soit d'en ajouter à la marge de ce qui a déjà été déduit.

La méthodologie générale de constitution du journal d'observation est décrite et explicitée précisément dans la partie méthodologique de la thèse (Partie II).

Un tableau, dans lequel figurent quelques informations essentielles relatives à l'observation, précède chaque compte-rendu. Dans le corps de la thèse, nous faisons référence aux numéros des observations qu'on peut retrouver dans la première colonne du tableau.

Le plan de chaque compte rendu d'observation s'organise comme suit :

- récit de l'observation
- Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain
 - Analyse de l'expérience subjective
 - Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain
- Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

N.B. : Chaque observation pourrait donner lieu à une série de données supplémentaires qui s'ajouteraient à celles déjà tirées. Nous nous sommes limité à sélectionner à chaque fois

les données principales et les plus pertinentes suivant nos objectifs de recherche ; chaque observation contient évidemment toujours un excès d'information par rapport aux faits et informations qu'il est possible d'intégrer dans le récit, dans ses commentaires, puis dans la thèse. Le corpus d'observations auquel ce journal fait référence n'est donc pas analysé exhaustivement et pourrait subir d'autres analyses pour produire d'autres résultats.

N.B : Le style du récit des observations ainsi que celui de leur commentaire pourra apparaître laborieux, fastidieux et rédigé dans une syntaxe parfois lourde et hésitante. Aussi, la longueur et la précisions des ces récits apparaîtront inégales d'une observation à une autre. Nous avons fait le choix de ne pas « nettoyer » le journal de ces éléments d'imperfection pour lui conserver le plus possible son aspect brut bien qu'il soit déjà une remise en forme et une réorganisation de nos notes prises en direct sur le terrain, comme nous l'indiquions plus haut. Cela rend aussi mieux compte du difficile processus d'écriture et de ses vicissitudes face au réel des situations d'urgence, à leur imprévisibilité et à ce qui s'y répète. En outre, le récit de l'expérience de l'observation suivi du retour sur celle-ci sous plusieurs angles (qui est une sorte de dialogue réflexif avec moi-même), implique une certaine répétitivité lancinante de l'écriture, inévitable si l'on souhaite rester fidèle à notre méthodologie.

Sommaire du journal

Observation n°	Titre	Page
1	Porter la blouse : théâtralisation des identités hospitalières et perturbation de l'observation	6
2	Les temporalités de l'urgence.	13
3	L'errance et les chroniques de l'urgence Marginalité du patient de la psychiatrie et des psychiatres	22
4	Les logiques de soin différenciées aux urgences	28
5	Le travail et la place des psychologues aux urgences	34
6	Le retour de la temporalité soignante dans l'hospitalisation « post-urgence »	38
7	Le lien au pavillon N comme construction d'une médiation entre des sujets précarisés et le collectif. La reconnaissance d'un désir de lien	44
8	Usages exigés et usages détournés du DMU	50
9	Attente et banalité dans le quotidien de l'urgence	53
10	Les urgences débordées	56
11	Soignants et patients dans le théâtre des urgences	61
12	Statut de la parole et logique de la vérité en psychiatrie	62
13	Les modalités de recours comme première expression d'une demande L'appropriation du temps de l'urgence	66
14	Les urgences, lieu de passage et temps d'arrêt pour des sujets et errance	71
15	Un enseignement méthodologique Un lien paradoxal : urgence et continuité	75
16	Le maniement de l'image de l'hôpital La dimension imaginaire du soin psychique	77
17	Le sens de la contention	81
18	Les outils de communication aux urgences Chaos et organisation des urgences	88
19	La scène dramatique des urgences Contraintes médico-légales et singularité	94
20	Les demandes paradoxales	99
21	Un médecin dans le désarroi La question du débordement	103

Sommaire des fragments cliniques

Fragment n°	Titre	Page
1	Madame J. : un exemple de « résidu » institutionnel	109
2	Madame B. : quand l'impasse psychique rencontre les contraintes du social	110
3	Monsieur D. : entre prison et hôpital, quel lieu pour exister ?	113
4	Madame S : l'identification d'une demande ambivalente	114
5	Monsieur K. : une mise en scène singulière de l'abandon comme appui d'une demande de reconnaissance sociale	116
6	Madame F. : un recours répétitif et banalisé aux urgences.	118
7	Monsieur P. : quelles limites pour l'accueil du discours du fou ?	119
8	Madame Z. : les urgences, une prise en charge intermédiaire entre ville et hôpital	120
9	Monsieur L. : un attachement ambivalent au soin et le statut de la parole aux urgences à partir de la valeur d'un lapsus.	121
10	Monsieur C : une hospitalisation difficile mais négociée	123
11	Monsieur A : un cas d'errance et de vagabondage médical	126
12	Monsieur N : un cas de recours aux urgences comme tiers	128
13	Madame V. : une impossible hospitalisation	130
14	Justine : « l'hôpital, ça la pèse » ou la valeur d'un lapsus dans l'urgence	132
15	Monsieur O. : un homme abandonné et déraciné	134

N.B. : Un glossaire des termes techniques et des acronymes employés dans le journal est consultable à la page 135.

Journal d'observation

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
1	22/11/2006	N Accueil	Matinée et début d'après-midi (environ 6 heures)	Chef de service, professeur de médecine légale, psychiatre intervenant dans son propre service	Porter la blouse : théâtralisation des identités hospitalières et perturbation de l'observation

Récit de l'observation

Le fragment d'observation qui va être relaté ci-dessous correspond au premier contact que j'ai eu avec ce qui allait devenir mon terrain principal d'observation. Plus précisément, alors que j'étais venu incognito à deux reprises dans le service d'urgence, m'asseyant dans la salle d'attente avec les patients et regardant autour de moi, j'occupais ce jour-là la position d'enquêteur qui allait être la mienne pour deux ans (sans périodicité régulière), c'est-à-dire : être connu de l'équipe de psychiatrie avec laquelle j'allais travailler, pratiquer les observations aux côtés des psychiatres, assister aux entretiens de psychiatrie, assister aux

réunions cliniques, déambuler dans tous les lieux du service, de la salle d'attente jusqu'aux chambres des patients (appelées « box » aux urgences, du fait de leur caractère transitoire et du confort sommaire).

Après une série de rencontres, dont la première eut lieu lors de la soutenance de mon mémoire de DEA, le chef du service d'urgence m'invita à l'accompagner pour une première immersion dans le terrain. En plus d'être chef de service, il est psychiatre et professeur de médecine légale. C'est donc à triple titre que je l'accompagne lors de cette première journée d'observation. Elle sera l'occasion qu'il me présente à différents personnels avec lesquels je vais être amené à collaborer et nous allons avoir l'occasion de rencontrer un patient en crise psychotique pour lequel une mesure de médecine légale devra être mise en place.

Ma première expérience de la clinique et de l'activité psychiatriques aux urgences sera peu représentative de la suite car les recours concernant les sujets psychotiques troublant l'ordre public sont peu nombreux en regard des situations de détresse psychosociale ou des tentatives de suicide. En outre, j'observe la clinique d'un praticien chevronné, un jour de faible affluence. Cela est évidemment différent d'autres moments ou des internes de psychiatrie, appelés en renfort lors des moments de grande affluence, ont à prendre en charge un patient.

La rencontre inaugurale avec le terrain est impressionnante car au-delà de la découverte, presque exotique, d'un monde professionnel hétérogène au mien (avec sa hiérarchie, ses fonctions différenciées) et de l'agitation propre aux services d'urgences, je reçois une somme d'informations que je ne peux toute mémoriser ni noter dans mon petit carnet. Je suis d'ailleurs très désorienté dans le service et il me faudra plusieurs jours d'observation pour m'y repérer, notamment pour retrouver le bureau du psychiatre...

C'est pourquoi l'observation relatée ici ne peut être qu'un « fragment » d'observation dans la mesure où le trop plein d'information n'est pas humainement synthétisable.

En suivant les conseils méthodologiques de Devereux et de Laplantine, je choisis de relater ici ce que j'ai sélectionné à partir d'une interpellation subjective, de ce en quoi le terrain « m'a parlé » ce jour-là. Ensuite viendra l'étape de la transformation de l'expérience d'observation en données.

Je reviens de ma matinée d'observation avec deux souvenirs forts, pour l'un fort sur le plan émotionnel (la rencontre avec un sujet psychotique), pour l'autre fort plutôt du point de vue de l'excitation de ma curiosité à propos d'une performance quasi-théâtrale au cœur du service d'urgence.

Lors ce premier jour d'observation, j'ai l'impression, sans doute un peu fantasmée, que le chef de service m'a préparé une sorte d'expérimentation sociale pour me présenter le terrain à sa manière, en « jouant » avec sa fonction de chef. La personne est impressionnante, grande, de forte carrure, les cheveux gris-blanc, assez charismatique. Ses prises de parole sont très soignées (ce qui varie de mes expériences futures avec certains médecins somaticiens usant souvent d'un vocabulaire peu soigné et parfois vulgaire), bienveillantes et sur un ton toujours calme. Alors que je viens en quelque sorte pour faire mes armes d'ethnographe, le chef de service construit à mon intention une expérimentation concernant sa position de médecin-chef. Il me propose une immersion inaugurale dans le service en deux étapes. Une première où il me fera visiter les lieux et me présentera aux personnels qui devront me connaître pour le bon déroulement de ma recherche, puis une autre étape, où nous revêtrons une blouse, pour aller à la rencontre des patients.

Lors du tour du service sans blouse, je suis spectateur de ce que l'on pourrait nommer le « ballet des urgences ». Nous déambulons dans une masse indifférenciée où une quantité

de gens circulent : patients en attente, patients hospitalisés en tenue d'hôpital, soignants, police, pompiers, ambulanciers, etc. Nous nous déplaçons dans une forme d'anonymat sauf aux moments où le chef de service interpelle un soignant responsable pour me présenter (cadre infirmier, médecin somaticien, psychiatre, dont je ne retiens pas les noms ni les responsabilités institutionnelles exactes). Je sens qu'on me porte grande attention du fait de la présence du chef de service qui m'introduit.

Deuxième temps : les présentations faites, le chef de service m'indique qu'il travaille en blouse avec les patients et qu'il serait bien que j'en mette une aussi. J'accepte cette proposition qui, à première vue, semble satisfaire mon objectif méthodologique de faire de l'observation quasi-participante. La blouse qu'on me prête est très ample et je « nage » dedans (cela m'amuse et me gêne à la fois ; j'observerai plus tard que les externes ont aussi des blouses moins « seyantes » que les internes, médecins et infirmiers...).

C'est au moment où nous revenons dans la zone d'accueil et de soins que j'assiste à un spectacle qui me surprend. Alors que nous étions obligés d'interpeller et d'arrêter nos interlocuteurs lors du premier tour de service, nous sommes cette fois arrêtés dans notre progression car tous les soignants saluent et disent un mot au chef de service maintenant visible car en blouse. Celui-ci me fait remarquer avec amusement à quel point certains lui prêtent attention maintenant alors que tout à l'heure nous encombrions leur chemin ! Je prends ici conscience des phénomènes de mise en scène des identités hospitalières aux urgences ainsi que de la connotation de certains signes vestimentaires. Je repère qu'à chaque statut correspond une tenue vestimentaire spécifique : blouse longue, blouse « fourreau » (qui remplace une chemise), pyjama d'hôpital pour certains patients, tenue de « ville » pour certains psychiatres et pour les psychologues.

Ce jeu différentiel des « costumes » semble se confirmer d'une certaine manière dans le jeu de symboles qui va se déployer à propos du patient psychotique que nous allons rencontrer et qui n'aura pas le même comportement face au médecin et face à la police qui cherchent pourtant tout deux à contenir son agitation.

Un homme en garde à vue est en effet amené par la police aux urgences pour une expertise psychiatrique. Le commissaire, que le psychiatre contacte au téléphone, veut savoir si cet homme « *joue au fou ou l'est vraiment* ». Nous nous rendons donc auprès de ce monsieur pour un entretien clinique. Nous arrivons au « *box 0* », le box réservé à l'examen des personnes en crise psychique aiguë (décompensation psychotique, délire) et/ou agitées, violentes et/ou soumises à une procédure de garde à vue et nécessitant un examen de médecine légale d'un psychiatre devant juger de l'état de santé mentale du sujet (procédure dite de « réquisition à personne », le psychiatre étant ici la personne réquisitionnée par la police pour donner son expertise).

Nous trouvons le monsieur menotté, entouré de deux policiers. Il est agité mais son agitation ne m'apparaît pas violente, plutôt angoissée. Il a des propos confus, assez incompréhensibles. Le psychiatre demande aux policiers qu'ils ôtent les menottes à celui qui devient, pour l'examen, non plus un gardé à vue, mais un patient. Notre entrée dans le box détend de suite le patient qui nous distingue, semble-t-il nettement, de la police. Il s'assied, puis s'allonge sur le lit sommaire du box. L'entretien a lieu, très court. Le psychiatre emploie avec le patient un ton très maternant. Il conclut rapidement à un tableau schizophrénique. L'homme n'arrive pas bien à répondre aux questions du psychiatre, mais celui-ci saisit deux signifiants, répétés sans cesse par le patient, qui renvoient l'un, à une unité d'hospitalisation du Vinatier (grand hôpital psychiatrique lyonnais), et l'autre, à la psychiatre responsable de cette unité. Ces signifiants constituent-ils une demande ? Une courte « enquête » après

l'entretien révèle que ce patient est en fugue du Vinatier où il est hospitalisé actuellement en HDT⁷⁶³.

Devant le délire et l'angoisse du patient, le psychiatre décide de le contenir en attendant son transfert à l'hôpital psychiatrique. Le psychiatre procède à la contention sans encombre, aidé de deux infirmiers. Le patient n'oppose aucune résistance.

Cette situation me déstabilise quelque peu, et cela pour plusieurs raisons. D'une part, mon premier jour d'observation est le théâtre d'une contention et j'observe un prise en charge qui mêle médecine légale et clinique psychiatrique. La confrontation au délire m'interroge car il possède un côté effrayant et, en même temps, il est porteur d'un certain sens, pourtant très précaire. J'ai du mal à comprendre la logique d'une clinique qui mêle écoute d'une demande, mise à distance de la force publique et retour à une mesure de médecine légale de contention et d'hospitalisation sous contrainte. Je suis étonné, aussi, et je m'en fais une expérience forte à devoir analyser, que le patient montre une confiance au médecin dans le moment même où celui-ci le prive de ses gestes alors que le menottage par la police quelques instants avant était source de fortes réactions symptomatiques (angoisses, délire). J'ai l'impression d'un résultat équivalent (privation de mouvements), mais l'identification de la tenue (blouse vs uniforme) et de la démarche spécifique (garde à vue vs clinique), bien identifiées par le patient, ont tout changé !

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

A cette étape de l'enquête ethnographique, il serait bien présomptueux de dégager directement des résultats tant la découverte du terrain s'apparente à une découverte de mon propre rapport à la psychiatrie, à l'hôpital, aux urgences. Si le souvenir le plus marquant de cette matinée a été pour moi le jeu et les implications symboliques des tenues vestimentaires, c'est certainement qu'il m'était très difficile de faire quelque chose, en termes d'interprétation, du réel de l'urgence et que j'ai préféré m'attacher à des symboles « simples » et manifestes dont j'ai d'emblée été obligé de faire quelque chose (mettre la blouse et en considérer les implications pour moi-même d'abord et pour la vie du service, ensuite).

Ainsi, si l'analyse principale de ce fragment devra porter sur la blouse, je dois m'interroger sur ce que je laisse à l'écart et, comme je le dis dans le récit, m'interroge profondément (la psychose, le délire, la contention). Mon premier contact avec la folie est médiaté par la question des tenues vestimentaires et je ne peux l'aborder frontalement, sauf à travers ce prisme.

Cependant, une fois la prise en charge du patient menée à son terme, le psychiatre que j'accompagne me propose une sorte de bilan de son action. Cela me permet d'une part de mettre un peu de sens à la contention (mais ce point sera éclairé davantage par d'autres confrontations avec le phénomène) et, d'autre part, de m'apercevoir que ce genre de situation est assez rare (d'après les informations du psychiatre) et qu'habituellement la clinique n'est pas autant mêlée à la médecine légale. Je choisis donc de différer mon interprétation de la contention pour ne pas en faire une vérité générale qui ne serait que le produit de mon imagination voguant sur l'expérience d'un regard isolé sur la folie.

⁷⁶³ Hospitalisation à la Demande d'un Tiers : procédure d'hospitalisation sous contrainte prononcée par un psychiatre et une personne proche du patient, celui-ci n'étant plus en mesure d'avoir assez de discernement pour constater le danger qu'il présente pour lui-même et éventuellement pour les autres et pour consentir à des soins.

De manière certainement inconsciente, j'ai été attentif au jeu des signifiants, des symboles et des signes. Cela provient évidemment en partie de ma formation universitaire. Profondément intéressé par la psychanalyse et la sémiotique, j'ai nécessairement un regard « préformé » sur les faits sémiologiques. Ceci doit m'indiquer le point de vue que je vais privilégier – le jeu du sens et de la signification entre les sujets impliqués dans l'urgence – et m'alerter, parallèlement, sur les phénomènes que je me refuse à voir ou que je décide de ne pas mettre en lumière (le pouvoir psychiatrique, par exemple). En effet, pourquoi l'action du psychiatre m'étonne plus qu'elle ne me révolte alors qu'il s'agit tout de même d'une procédure qui contraint la liberté ? Je me dirige ainsi vers l'adoption d'une attitude compréhensive plus que critique vis-à-vis de la psychiatrie. La forme d'une analyse tient aux croyances qui précèdent la formation des connaissances, ce que certains chercheurs appellent les « présupposés anthropologiques de la science » et que l'expérience ethnographique met clairement au jour.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Ces remarques autour de la signification des tenues vestimentaires dans l'urgence posent directement la question de la position que je prends en tant qu'observateur dès lors que je vais être amené à porter une blouse.

A la fois le rapport des patients à la blouse (par rapport à l'uniforme policier) et parallèlement la signification de la blouse entre les soignants montrent le caractère non-anodin de ce symbole. Ainsi, du point de vue de l'observation, cela va permettre de me distancier de mon identité de chercheur. Je vais donc devoir distinguer plusieurs types de réactions à mon égard dans l'enquête ethnographique :

- Celle des psychiatres qui vont s'adresser à moi comme à un chercheur puisque, pour travailler avec eux, mon identité est révélée. Ceci peut expliquer, par exemple, l'attitude du chef de service qui produit une sorte d'expérience sociologique pour me montrer quelque chose du fonctionnement du service. De même, et cela se répétera par la suite, les psychiatres avec qui je vais travailler me donneront toujours a posteriori leur explication sur ce qu'ils viennent de faire, en forme de justification peut-être, mais surtout, selon eux (mais c'est aussi ma demande), dans l'objectif d'alimenter mon travail.
- Celle des médecins somaticiens qui me prendront tour à tour pour un interne de psychiatrie ou un stagiaire psychologue. J'aurais donc à analyser ce que je représente pour eux quand mon identité n'est pas dévoilée. C'est d'ailleurs la démarche à adopter dans toute observation dite « participante ».
- Celle des infirmiers et aides-soignants. Je renvoie, sur ce point, à mon étude sur les représentations de la contention chez les infirmiers des urgences, en annexe de la thèse.
- Celle des patients : quelles significations le port de la blouse a-t-il pour eux, notamment si l'on considère les différentes tenues vestimentaires qui distinguent les soignants entre eux ?

Ainsi, la connotation de la blouse dans le service invite à être précis dans l'interprétation des observations. En effet, l'outil d'observation (moi-même) est déguisé (par la blouse) dans le service. Je serai alors l'objet d'investissements subjectifs et symboliques forts de la part des acteurs présents sur le terrain. Sur le plan méthodologique, on ne se situe pas dans le cas d'un protocole expérimental puisque, pour le chercheur, il ne s'agit pas d'établir des grilles d'observations, mais d'éprouver des affects, provoqués en partie par un stratagème – porter la blouse – et finalement d'en produire une analyse a posteriori.

Cependant, le rôle d'observateur participant que je suis amené à jouer me tient en quelque sorte à distance de moi-même (par la médiation du rôle, précisément) et me permet ainsi de mieux maîtriser les affects pour qu'ils n'entravent pas nous plus l'interprétation. L'expérience de la blouse me place dans une exposition aux affects dont je me distancie par la conscience d'être dans un rôle.

Lors des entretiens de psychiatrie, il est probable que je fasse l'objet d'un double investissement. L'un de la part du patient qui me prend pour un étudiant en médecine. L'autre de la part du psychiatre qui sans doute mènera l'entretien clinique de manière à me donner une pratique en exemple.

J'ai vérifié cela lors d'une observation ultérieure où j'avais dit à la psychiatre que j'accompagnais que j'étais intéressé par le rapport entre souffrance psychique et précarité sociale. Celle-ci a choisi de faire des entretiens avec des patients présentant ce profil, laissant les autres à ses collègues.

Un épisode ultérieur m'a fait prendre conscience que les patients n'étaient pas totalement dupes de ma blouse comme signe déterminant de l'appartenance au corps médical. Un jour de grande affluence, la psychiatre avec qui je travaillais me demande d'accompagner une patiente qui avait fait une TS par phlébotomie au bureau où se déroulerait l'entretien. J'ai dû ouvrir le bureau avec une clé peu commune qui demande une manipulation spécifique pour activer la serrure. Je m'y prenais très mal, ce qui a poussé la jeune fille à me proposer de l'aide en me disant ironiquement que je ne devais pas être médecin. J'ai répondu que j'étais étudiant. Nous ne sommes pas arrivés à ouvrir la porte, mais la jeune fille a commencé à me raconter l'histoire de son geste suicidaire, tout en sachant que je n'étais pas un « vrai » médecin⁷⁶⁴.

Malgré la blouse, ma présence est susceptible de perturber quelque peu l'environnement à observer. L'épisode qui vient d'être relaté montre que ma présence peut provoquer un déroulement des événements inhabituel. Selon Devereux, avoir conscience de ces perturbations, c'est se donner la possibilité d'en faire des données objectivables. Il est finalement riche d'enseignement de s'apercevoir que la jeune fille avait surtout besoin de dire son histoire plus que de voir spécialement un médecin.

Dernier point : que penser de la situation clinique où le patient sera confronté à deux personnes lors de l'entretien (le psychiatre et moi-même) ? J'ai posé la question plusieurs fois et on m'a répondu que la situation était très courante à l'hôpital où le médecin est souvent accompagné d'un interne. L'entretien de psychiatrie aux urgences n'a rien à voir avec le dispositif de la cure ou de la psychothérapie individuelle en cabinet. Le collectif est toujours très présent à l'hôpital

En revanche, pour certains patients paranoïaques, qui peuvent ressentir l'entretien à plusieurs persécutant, je suis resté à l'extérieur du bureau du psychiatre ; ces cas ont été très rares.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

Quelles données fiables et pertinentes, mises en perspective avec l'ensemble de la recherche et des autres observations, peut-on retirer de cette observation à partir de l'analyse distanciée du récit qui vient d'être faite sur quelques-uns de ses points ?

On peut les lister sous forme de propositions :

⁷⁶⁴ Nous consacrerons un récit d'observation à part entière pour cet épisode très riche d'enseignement qui s'est poursuivi de manière chaotique.

· **L'enquête ethnographique**, dans la mesure où elle est dans les premiers temps d'abord une rencontre avec soi-même par l'intermédiaire du terrain, **permet de dégager quels sont les présupposés anthropologiques du chercheur**. Parce qu'elle est d'abord une expérience subjective au moment de l'immersion inaugurale dans le terrain, l'enquête ethnographique interpelle le chercheur sur l'idée profonde qu'il se fait de l'être humain et dont il doit déterminer les contours précis pour établir les fondements et les conditions de validité et d'applicabilité de ses hypothèses de recherche et de ses interprétations. Cette première observation m'indique ainsi que je vais sans doute privilégier une attitude compréhensive face à la psychiatrie. Les psychiatres seront à la fois mes informateurs et ceux que j'observe. Travaillant à leurs côtés, partageant leur quotidien, je fais le choix de ne pas adopter d'emblée une posture critique. D'ailleurs, l'objet de la thèse n'est pas l'évaluation du travail des psychiatres mais ce qui se passe, en termes de communication, d'information et de médiation, dans l'accueil de psychiatrie aux urgences.

Au fond, dans la mesure où l'enquête ethnographique est fondée sur l'observation, elle révèle, via l'analyse du récit du chercheur, son propre regard sur la réalité. Or, un regard est une forme d'interprétation, de problématisation, de découpage spécifique du flux infini de la réalité. L'attitude compréhensive est ma proposition.

Ainsi, les présupposés anthropologiques de la recherche sont orientés par la psychanalyse et la sémiotique qui rendent compte de la vie de l'homme dans le langage et la « vie des signes ».

· A la suite des remarques précédentes, on peut formuler l'hypothèse générale selon laquelle **l'urgence psychiatrique interroge la question du sens**, à la fois comme lieu d'accueil de l'insensé (la folie, le délire) et comme lieu saturé de signes (**la théâtralisation des identités** à travers les tenues vestimentaires). De même, ce récit nous interpelle sur la présence **d'une clinique attentive aux signifiants** et à la parole puisque la prise en charge du sujet schizophrène s'élaborera à partir de deux signifiants insensés pour la police, mais chargés d'une forte signification pour le patient et le psychiatre. Même plus, nous devons être interpellés par la manière avec laquelle **le patient schizophrène se loge sous deux signifiants qui ont un rapport avec l'institution hospitalière**.

· **Le psychiatre est l'objet d'une double demande au moins : celle de la société et celle du patient**. Dans cet exemple, il tente de répondre aux deux : d'une part, il donne une réponse aux policiers et, d'autre part, il écoute le patient, sa parole singulière, pour le réintégrer dans le circuit de soins et suspendre la procédure de police. Le psychiatre est ainsi en demeure d'énoncer la norme sociale (la frontière folie/raison si l'on veut) tout en abordant le patient comme un cas singulier pour lui proposer une trajectoire de soin adaptée. Ainsi, **le psychiatre construit une médiation entre deux ordres hétérogènes : la norme collective et la singularité irréductible**.

· L'épisode de la jeune fille qui me raconte le geste qui l'a amenée aux urgences, alors qu'elle a découvert que je ne suis pas le médecin, rend compte de la **spécificité de la demande faite à la psychiatre dans le cadre de l'urgence médicale générale**

comme lieu de mise en récit, de mise en voix de la détresse⁷⁶⁵. Mon embarras à être bloqué avec la patiente devant la porte a suscité un dialogue pour « combler » l'attente de la psychiatre. Cette possibilité de dialogue a été immédiatement saisie par la patiente pour construire un récit, certes différent de celui qu'elle confiera un

peu plus tard à la psychiatre, mais qui marque **fondamentalement de quoi est fait le recours à l'urgence, c'est-à-dire d'un désir de reconnaissance d'une parole**, presque indépendamment de son contenu (le geste suicidaire qui a justifié le recours et à partir duquel est invité à s'exprimer le patient est en effet tellement hors-sens, sans vérité immédiate, qu'il est susceptible de recevoir une multiplicité d'explications. Ces explications fournies par le patient, si elles sont écoutées, constituent ce qui fait le cœur de l'accueil de psychiatrie aux urgences, c'est-à-dire rendre **possible l'élaboration d'une parole qui puisse représenter le patient**, au moins momentanément⁷⁶⁶).

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
2	01/12/2006	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les temporalités de l'urgence.

Récit de l'observation

Ma deuxième journée d'observation commence à 8 heures ce 1^{er} décembre 2006. La fois précédente, le chef de service m'a présenté à une psychiatre avec qui je travaillerais la plupart du temps. Elle va continuer à me présenter aux différents acteurs du service.

J'établis dès cette rencontre un très bon contact avec cette personne volubile et accueillante qui me propose très vite de la tutoyer. J'ai des difficultés à directement adopter le tutoiement, mais je m'y conforme car elle me dit que c'est une manière de faire très courante dans le milieu médical et particulièrement aux urgences. Par le tutoiement, je m'écarte quelque peu de mon rôle de chercheur pour me plonger dans l'identité d'un interne de psychiatrie. Au cours de mes observations, je ne serai amené à vouvoyer que trois personnes : le chef de service, la cadre infirmier et une psychologue du service avec qui je vais travailler par la suite. J'emploierai le tutoiement avec tous les autres psychiatres, y compris le chef de clinique du service N1/N3, les internes, les infirmiers et occasionnellement des somaticiens à qui j'ai eu peu l'occasion de m'adresser directement. Je m'interroge sur cette nécessité, peut-être hypocrite, peut-être salvatrice pour travailler dans ce service, de générer immédiatement de la proximité alors que j'observe que le travail de soignant est particulièrement solitaire puisqu'il consiste, à première vue, en des entretiens ou des actes médicaux dont il est rendu compte régulièrement, par le soignant, sur une interface informatique.

Au cours de la matinée, je vais rencontrer 6 patients avec la psychiatre. Ce moment sera ponctué de présentations aux autres soignants qui interviennent ce matin-là, de discussions sur mon sujet de recherche et de dialogues concernant plus proprement ma vie privée et celle de la psychiatre. J'ai besoin de conquérir la confiance de la psychiatre et je me plie à ses questions qui, d'ailleurs, ne me paraissent pas vraiment gênantes sauf à effacer d'emblée la distance nécessaire à garder sur l'objet de recherche.

Je vais apprendre ce matin comment s'organise une matinée de forte affluence aux urgences avec l'équipe de psychiatrie. Je vais aussi mieux me rendre compte d'une sorte de protocole d'accueil des patients qui va se répéter pour les 6 patients. C'est en effet en termes de protocole que j'envisage d'abord le déroulé du travail. Par la suite, je reviendrai sur cette conception réductrice, mais je ne peux, à cet instant, avoir un regard très fin sur les phénomènes dans la mesure où je suis en train de les découvrir.

D'abord, l'organisation générale de la prise en charge.

Ce matin, il y a 14 patients en attente d'un « avis psychiatrique ». Il s'agit de patients qui ont été vus dans la nuit ou le soir précédent par un médecin somaticien et pour lesquels celui-ci a estimé qu'il n'y avait pas ou plus besoin de soins somatiques et qu'il était probable ou nécessaire que ce patient voie un psychiatre ou un psychologue du service. La psychiatre avec qui je travaille m'explique que la prise en charge psychiatrique intervient donc toujours en « 2^e ligne », à part pour les « réquisitions à personne » comme dans l'observation précédente où le psychiatre intervient immédiatement.

Ce matin là, deux psychiatres et une psychologue travaillent. La première étape est la répartition, par un psychiatre (qui sera dit plus tard « référent »), des patients entre les différents soignants. La répartition ne se fait pas au hasard, mais en fonction des patients déjà connus par les psys (et je m'aperçois qu'ici, comme à l'hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu pour lequel j'avais fait une étude l'année précédente, qu'il y a des « chroniques de l'urgence »), et aussi en fonction du tableau symptomatique présenté (c'est ainsi que quand une hospitalisation sous contrainte est envisagée, le patient est « réservé » à un psychiatre, seul autorisé légalement à mettre en œuvre ce type de procédure). Par ailleurs, les psychologues ne voient qu'un ou deux patients dans la matinée, les psychiatres beaucoup plus, ce qui suggère une clinique différenciée. Enfin, la répartition se fait aussi en fonction des affinités des soignants. Je vais m'apercevoir au cours des observations que la psychiatre avec qui je travaille ce jour a tendance à préférer prendre en charge des personnes avec des problèmes liés à l'alcool.

Avant ou après la répartition des patients, un point est fait sur les places d'hospitalisation disponibles dans le service, c'est-à-dire, soit dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (pour 24-48 heures maxi.), soit dans une des chambres du service d'hospitalisation d'urgence nommé N2 (pour les affections purement psychiatriques) et N1/N3 (pour les affections mixtes). Ces chambres accueillent les patients pour une durée d'une semaine à 10 jours maximum. Plus tard dans l'enquête, je m'apercevrai que ces disponibilités d'hospitalisation, suivant qu'il a peu ou beaucoup de place, changent la clinique.

Ensuite, chaque soignant part à la rencontre de « ses » patients. Le plus souvent, un premier tour est opéré pour que le psychiatre se rende compte de l'état de chaque patient qu'il aura à voir et ainsi établir un ordre des patients à prendre en charge (en fonction de leur agitation, de leur état de conscience, notamment). Une prise en charge individuelle a lieu ensuite. Elle sera détaillée plus bas. Après cette étape, les soignants se rejoignent en fin de matinée pour dresser un bilan de l'activité de la matinée au psychiatre référent qui en rendra compte lors d'une réunion clinique du service (concernant tous les médecins, vers midi) au cours de laquelle les patients sont « distribués » vers les services d'hospitalisation de courte durée du pavillon, vers d'autres services de l'hôpital ou encore vers un autre établissement. Cette étape du travail de prise en charge, appelée « *criée* » ou « *vidange* » dans le jargon du service, sera détaillée dans une autre observation. En début d'après-midi, lors de la relève de l'équipe de psychiatrie, le psychiatre référent fera une nouvelle synthèse de la situation à son ou ses collègues.

Voici maintenant la description des étapes qui régissent la prise en charge individuelle d'un patient.

Avant de décrire ces étapes, il faut dire mon étonnement à m'apercevoir lors de cette 2^e observation combien la prise en charge psychiatrique aux urgences s'établit par la médiation de la parole et de l'échange langagier. La psychiatre n'utilisera que de la parole pour la prise en charge des patients, sans procéder à aucune prescription médicale ni

médicamenteuse⁷⁶⁷. En réalité, la prescription médicamenteuse est renvoyée à la charge du médecin qui prendra en charge le patient après son orientation (médecin généraliste, psychiatre, service hospitalier). Il semble que la nuit il y ait davantage de prescriptions de psychotropes, notamment des anxiolytiques. Cependant, le grand nombre de recours pour des tentatives de suicide ou des alcoolisations massives nécessitent plutôt des procédures de soin qui visent à l'élimination des substances toxiques du corps et qui contre-indiquent une nouvelle médication.

A partir de l'observation des entretiens avec les 6 patients, je repère 5 étapes. Je m'aperçois que je suis obligé de scinder la prise en charge en étapes pour le moment, je me dis que j'entrerai plus tard dans la finesse de ce qui s'échange, c'est-à-dire plus près de la clinique.

1^{ère} étape : c'est celle de la prise de contact avec le patient. *Cette étape me paraît courte*, elle a lieu soit dans le bureau du psychiatre, soit directement auprès du patient dans son box⁷⁶⁸, ou encore auprès de son brancard dans un couloir du service si c'est un jour de forte affluence. Il s'agit d'une série de questions posées au patient sur son identité et sur le motif de son recours (« Expliquez moi pourquoi vous êtes aux urgences », « Dites-moi ce qui vous amène aux urgences ? »). La psychiatre récupère ensuite des informations sur l'entourage du patient (famille, travail, environnement médical et social) qui vont servir pour la suite de la prise en charge et l'évaluation de la nécessité d'une hospitalisation. Enfin, la psychiatre s'enquiert de savoir si le patient a déjà vu un psychiatre. A cette étape, le patient parle peu : d'abord, me semble-t-il, parce qu'il est assailli de questions, ensuite, certainement, parce qu'il est dans une prise de contact et de confiance avec le médecin qui l'empêche d'être clair et « bavard » dans ses formulations.

2^e étape : elle m'apparaît comme un travail d'enquête, d'investigation. La psychiatre est dans son bureau et *reconstruit* l'entourage du patient en contactant famille, médecin de famille, et institutions qui connaissent le patient. Il est fait un usage très important du téléphone. *Le temps accordé à cette étape me paraît long* par rapport au premier entretien avec le patient. Après ces multiples coups de fil et la rencontre éventuelle avec les accompagnants du patient, la psychiatre possède des informations importantes qui seront nécessaires à sa prise de décision quant à l'évaluation de la situation et l'orientation. Le type d'information récolté porte sur les différents suivis médicaux du patient (ses antécédents psychiatriques notamment), sur sa situation sociale (notamment son occupation professionnelle ou non, s'il est isolé ou s'il possède de solides liens familiaux ou amicaux, etc.), sur les événements qui ont précédé le recours aux urgences (rupture amoureuse, deuil, perte d'emploi, alcoolisation, etc.)

Mais, pour compléter cela, il faut à nouveau entendre le patient, sa parole et sa version de la situation. C'est l'objet de l'étape suivante.

3^e étape : lors de cette étape, un nouvel entretien, plus long, est mené avec le patient, cette fois dans un endroit calme du service : soit dans le bureau du psychiatre ou alors dans la chambre du patient (son « box ») si celui-ci ne peut pas se déplacer. Je trouve cette fois que la psychiatre *prend le temps* avec le patient (dans la mesure du

⁷⁶⁷ L'observation précédente a montré que des prescriptions pouvaient cependant avoir lieu, comme la contention, parfois associée à un traitement médicamenteux calmant (anxiolytique, antipsychotique comme le « Tercian » dont j'ai eu l'occasion d'entendre le nom).

⁷⁶⁸ Une observation sera consacrée à la description spatiale du service. Je rends compte ici de ce que j'ai découvert pas à pas. C'est en effet plus tard que j'ai pu être attentif à l'organisation spatiale, réelle et symbolique, du service.

nombre de patients à voir dans la matinée). Cette fois, le patient est moins « assailli » de questions, et il est laissé plus de place à son discours, au déploiement personnel de sa parole. Il rend compte, de manière singulière, de l'événement qui l'a amené aux urgences. Je m'aperçois à cet instant d'une série de choses complexes qui vont revenir dans les observations ultérieures. Notamment, le récit du patient est un incroyable dévoilement de sa vie, avec des événements précis du présent et du passé qui sont invoqués pour expliquer l'acte qui a nécessité le recours aux urgences. Même si le discours est très rationalisé et cache certainement une défense psychique, on voit qu'une très forte confiance est accordée au psychiatre. A ce propos, je suis étonné d'entendre des histoires sordides ou incroyables, tristes ou révoltantes qui mettent en jeu le patient à la fois dans son histoire singulière et dans ses problèmes sociaux, son existence et sa place dans le collectif (s'il s'y estime reconnu ou pas). En tous cas, le récit du patient fait que ce qui l'amène aux urgences est difficilement réductible à une pathologie ou un symptôme unique duquel on pourrait déduire de manière immédiate un diagnostic et une prise en charge convenue.

Après cet entretien où le patient a eu le loisir, en étant aiguillé par la psychiatre, de rendre compte de sa souffrance, celle-ci propose des solutions de prise en charge, fondées sur la diversité des discours entendus, qui vont devoir être négociées si elles ne conviennent pas au patient et à sa famille. C'est l'objet de la 4^e étape.

4^e étape : C'est celle du choix de l'orientation. La psychiatre peut décider à ce moment de convoquer la famille ou les accompagnants pour expliciter sa décision, notamment dans le cas d'une hospitalisation.

La psychiatre revoit le patient pour lui proposer une orientation : sortie simple, clinique psychiatrique, suivi en centre médico-psychologique, suivi en libéral par le médecin de famille ou un psychothérapeute, hospitalisation aux urgences, hospitalisation en hôpital psychiatrique (avec ou sans contrainte), orientation vers une structure d'aide sociale (foyer) ...

C'est généralement l'hospitalisation qui pose problème, surtout quand elle est sous contrainte et refusée par le patient. Ici, le contact avec les proches du patient est important car la psychiatre doit expliquer la nécessité d'une hospitalisation et solliciter leur engagement signé dans cette obligation de soin. Elle doit instituer la famille comme tiers. Lors de cette matinée, une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) sera prononcée pour une dame qui a fait une tentative de suicide, errante, et avec des antécédents psychiatriques importants laissant croire à un fort risque de récurrence. Le reste des patients accepteront librement leur orientation⁷⁶⁹.

5^e étape : C'est celle du compte-rendu de la prise en charge sur le dossier médical d'urgence. Il s'agit d'une interface informatisée pour laquelle il sera consacré une observation à part entière. Le temps accordé à la rédaction, au *récit par écrit* du cas, me paraît important, relativement aux autres actions évoquées dans les étapes précédentes.

Une confiance de la psychiatre suscite ma curiosité. Elle émet l'idée que le cadre hospitalier est vécu très différemment entre les patients et les soignants. Elle m'explique ceci, avec les mots suivants : alors que l'institution hospitalière est un « *cadre contenant* » pour les patients qui y trouvent de l'apaisement dans la prise en charge de la crise, il ne l'est pas du tout pour les soignants qui à la fois sont contaminés par l'angoisse des patients et par les contraintes institutionnelles de « *ventiler* » le service et « *d'orienter les patients* ».

⁷⁶⁹ Voir le tableau récapitulatif des patients rencontrés le 01/12/2006 à la colonne « orientation »

A ce propos, je repère quelques phrases de la psychiatre qui me paraissent révélatrices (comme on dit qu'un lapsus est révélateur). D'une part, elle me dit, à de multiples reprises : « *Attends !* », alors que je n'ai rien à attendre ni à faire sinon l'observer. Je sens que ce signifiant ne m'est pas adressé directement mais répond à la pression d'une temporalité propre aux urgences, comme une sorte de supplique faite à l'institution, au réel de sa contrainte. Dans le même ordre d'idée, la psychiatre me confie peu après : « *il n'y a pas de contenant à part mes horaires. Une demie journée, ça me suffit, sinon tu pêtes un plomb, tellement les choses sont impossibles à mener correctement* ». A un autre moment de la matinée, alors que je l'accompagne dans les couloirs du service, elle me dit : « *tu vois, c'est ça les urgences, tu cours* ».

Lors de cette matinée, je fais moi-même l'expérience d'un temps très ramassé. Je ne sais pas trop si cela est dû à la découverte du milieu hospitalier (je ne vois pas passer le temps) ou à la réalité du travail du psychiatre que je ne vis, en réalité, que par procuration.

Le plus étonnant est d'observer le ballet des soignants affairés à rencontrer des patients et, en miroir inversé, des patients plutôt immobiles, ou qui se déplacent lentement affaiblis par une blessure, ralentis par une perfusion à faire déambuler avec eux. Les patients que nous rencontrons sont d'ailleurs présents dans le service depuis au moins la nuit précédente et ils ont eu le temps de vivre l'expérience hospitalière dans un temps long, celui de l'attente de la prise en charge.

Ma dernière remarque porte sur ce que j'observe de la satisfaction de la psychiatre à la fin de la matinée d'avoir réussi à prendre en charge la totalité des patients et de leur avoir trouvé une « orientation » (place d'hospitalisation en psychiatrie, orientation vers un foyer, sortie simple, etc.). Cette satisfaction me semble liée, selon la logique des vases communicants, au sentiment de pression institutionnelle et de stress chevillé dans le signifiant « *Attends !* » que je soulignais plus haut.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1 Analyse de l'expérience subjective

En plus du présent de narration, mon récit emploie beaucoup de *présents de vérité générale*. Cela est-il susceptible de transformer le statut du journal qui se définit comme le récit et la description de situations précises et datées ? Si mon récit rend bien compte d'épisodes de la vie du service et de leur succession, en accomplissant là sa fonction narrative, il se comporte déjà comme une synthèse de situations récurrentes (les entretiens avec les patients). Malgré la vigilance du chercheur, le récit ethnographique semble ne pas pouvoir échapper à la tentation de la généralisation. C'est ce que montre, en particulier, ma décision de décrire le déroulement de la matinée en termes d'« étapes » ou de « protocole », manière de présenter et d'organiser, pour leur intelligibilité, des faits qui devraient être simplement relatés. Le récit, plus seulement chronologique, en cherchant alors à rendre compte d'une logique, n'outrepasse-t-il pas sa fonction ? L'expérience d'écriture du journal montre l'impossibilité de faire un récit purement descriptif qui ne soit pas en même temps interprétatif.

Je dois aussi m'interroger sur le fait que j'ai *spontanément* eu l'idée d'analyser l'accueil en termes d'étapes, comme si, au fond, dans l'urgence, il était seulement question de temps et de la nécessité de le scander. Sans doute dans la suite de l'enquête devrais-je m'astreindre à faire varier les grilles de lecture du terrain pour ne pas être absorbé/contaminé par l'angoisse générale des soignants du service d'urgence, celle du temps qui court, impossible à saisir. Cela dit, l'interprétation en termes de « protocole d'accueil »

permet certainement d'observer le poids de l'institution hospitalière dans l'accueil et de repérer des points de passage obligé (relève, examen, entretien, orientation, compte-rendu des actes dans le dossier médical d'urgence, « criée », etc...).

En outre, toujours dans cette interrogation sur la temporalité, je dois être attentif à ma sensibilité aux durées relatives accordées à chaque étape de la prise en charge. Si je trouve la durée du premier contact avec le patient courte et la durée de l'investigation autour du patient longue alors que je n'ai rien chronométré, c'est forcément par rapport à une référence, une norme qui m'est propre. Je dois travailler et interroger l'idée préconçue selon laquelle le temps accordé directement au patient doit être plus important que le temps accordé à la recherche des solutions institutionnelles. Cette impression est certainement due à mon intérêt pour la psychanalyse où la cure se déroule dans le temps long. Il convient alors peut-être de s'interroger sur les différences et les similitudes entre la clinique de l'urgence et la clinique psychanalytique. Cela d'autant plus que dans les deux cas la clinique est fondée sur la parole du sujet. Cette perspective comparative est en mesure d'être heuristique. De ce point de vue, j'ai découvert par la suite, alors que j'assistais à des réunions cliniques du service, combien les soignants de l'équipe de psychiatrie étaient inspirés par la psychanalyse (avec, notamment l'étude de textes de Freud).

Ce récit soulève le problème de la distanciation par rapport au terrain. Tandis que, lors de la première observation, je me rassurai en considérant le port de la blouse comme mise à distance de moi-même, j'éprouve ici d'emblée une grande sympathie à l'égard de la psychiatre, en ne respectant pas la « distance de sécurité » nécessaire à la mise en œuvre d'une méthodologie d'observation rigoureuse... Il convient ici de transformer cette situation paradoxale en donnée. Je dois prendre de la distance par rapport au tutoiement, en tentant de l'objectiver : que signifient les apostrophes de la psychiatre à mon égard par le tutoiement (volonté de reconnaissance de son travail, de ses conditions de travail, demande d'empathie ? S'agit-il d'un usage courant à l'hôpital : comment alors expliquer ce besoin de proximité immédiate alors que j'observe parallèlement le travail très solitaire des soignants ?).

La confrontation de l'expérience présente à la précédente m'indique d'être très prudent sur l'établissement de « profils » de patients de la psychiatrie. C'est pourquoi je décide de créer un fichier qui recense quelques informations basiques sur les patients rencontrés. Dans ce tableau présenté en annexe figurent : date de la rencontre, sexe, âge, modalité de la demande, description du discours et de l'histoire du patient, orientation. Cela engage une réflexion sur l'*ordinaire* (des recours qui se « ressemblent » : alcoolisation, TS, détresse sociale) et le *spectaculaire* (le patient délirant de la première observation) des demandes aux urgences. D'ailleurs, l'étude des articles de la presse locale⁷⁷⁰ sur le pavillon N montre combien le discours journalistique construit un imaginaire inquiétant et spectaculaire de la psychiatrie en grossissant le trait sur des cas exceptionnels et en oubliant « l'ordinaire » de la souffrance psychique donnée à voir aux urgences.

2 Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

J'ai évoqué plus haut la proximité immédiate qui s'était installée entre la psychiatre et moi-même. On pourrait dire que je constitue un élément perturbateur de la situation de travail puisque je deviens confident, réceptacle des tourments de la psychiatre. En tant qu'agent extérieur à l'institution hospitalière, je ne suis pas un pair menaçant ni jugeant pour mon interlocutrice. La psychiatre a le sentiment de m'informer sur son métier mais elle le met en forme dans un discours singulier susceptible de révéler une position plus subjective vis-

⁷⁷⁰ Voir annexes de la thèse

à-vis de son activité. Elle me donne des informations concrètes sur le fonctionnement du service (qui est qui, qui fait quoi, etc.) et, en même temps, elle explicite devant moi son travail après l'avoir exécuté, en se livrant, en me donnant à entendre des représentations de son métier plus ou moins singulières.

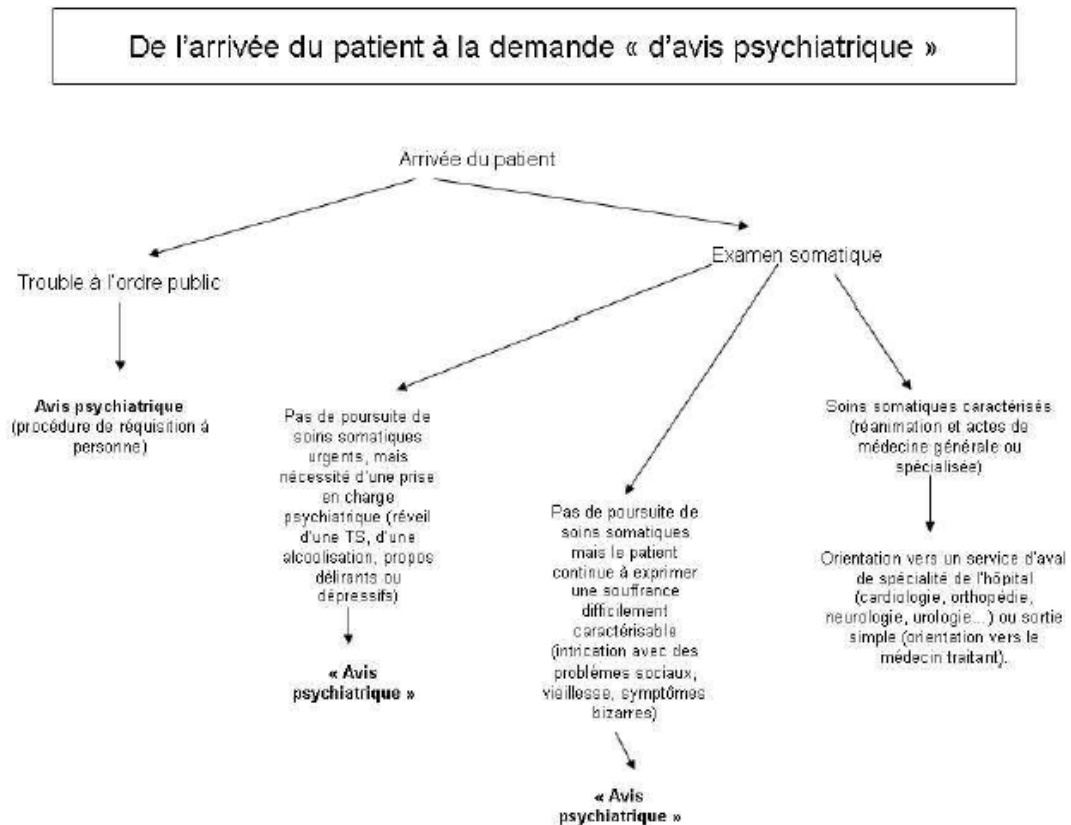
On peut estimer qu'on n'est pas dans une situation habituelle. En effet, si la psychiatre travaillait avec un interne, elle ne prendrait pas la peine d'explicitier tous les implicites qui ont trait à la médecine (savoirs et clinique) et au fonctionnement de l'urgence hospitalière. Si elle travaillait seule, elle n'aurait pas l'idée de commenter son action. Autrement dit, une activité se surajoute au travail habituel de la psychiatre. Elle me rend des comptes (dans le sens où elle me fait des comptes-rendus de son action – à titre d'information – et où, en même temps, elle se justifie de son action dont elle estime qu'elle peut manquer de sens à mes yeux).

Cela dit, on peut tout de même établir quelques données à partir de cette situation. Je pense notamment aux phrases de la psychiatre intégrées au récit de l'observation. A moins d'être invisible, je ne pourrai jamais vraiment me rendre compte d'une « journée type » de la psychiatre quand elle travaille seule. Cependant, des phrases comme « *il n'y a pas de contenant à part mes horaires. Une demie journée, ça me suffit, sinon tu pêtes un plomb* » ou encore les « *attends !* » répétés sont révélateurs à la fois de la temporalité de l'urgence vécue par le médecin et de la contamination de la crise aux soignants eux-mêmes. En effet : le « tu » marque la volonté d'être reconnue dans une souffrance ou une difficulté en m'impliquant dans l'énoncé ; le segment « *tu pêtes un plomb* » interpelle particulièrement dans la mesure où il s'agit d'une formule pour dire qu'on devient fou, ce qui est loin d'être anodin pour une psychiatre... Quelque chose s'exprime donc ici de la « contamination » de la crise psychique des patients vers les soignants comme une caractéristique propre à l'urgence. Le temps est vécu de façon ambivalente : à la fois contenant (les horaires comme rappel symbolique de l'institution qui empêche de devenir fou) et à la fois ramassé, contracté, filant à toute vitesse (les injonctions « *Attends !* » peuvent s'interpréter comme des manières de vouloir arrêter ou scander le temps immaîtrisable).

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

Sur la plane épistémologique et méthodologique, circonscrire l'objet de recherche

Cette matinée d'observation permet sans doute de commencer à mieux cerner notre objet de recherche qui dépend de ce que donne à voir le terrain, de ce qu'il laisse dans l'ombre et de ce qui en sera inaccessible. Notre objet de recherche se limite à l'étude de l'accueil de la détresse psychique *dans un service d'urgence général* composé de médecins généralistes et de divers spécialistes, *dont des psychiatres*. Ainsi, il y a peut-être une étude comparative à mener consistant à distinguer l'accueil de la détresse selon les différents types de soignants. Cela est d'ailleurs inscrit institutionnellement dans le service, comme le montre le schéma suivant qui tente de représenter à quels moments l'institution sollicite l'intervention des psychiatres. La plupart du temps, le patient qui rencontre un psychiatre a déjà vu un médecin somaticien généraliste auparavant.



Sur la temporalité de l'urgence (temps symbolique et temps imaginaire)

La donnée la plus importante de cette observation est sans doute le traitement de la question du temps dans l'urgence. Il faut cependant prendre plusieurs précautions en indiquant que :

- étudier la question du temps dans l'urgence et montrer son importance ne revient pas à en faire une variable nécessairement centrale du phénomène : la pression du temps est peut-être ce qui apparaît comme un élément prégnant mais il n'est peut-être que de surface pour ce que nous cherchons à analyser.
- Etudier la question du temps implique de se rappeler qu'il est souvent une construction (subjective, sociale, institutionnelle). Aux urgences, il se donne d'abord à voir dans sa dimension symbolique : le temps est construit par l'institution hospitalière par les étapes de la prise en charge. La thèse devra s'interroger sur les dimensions imaginaire et réelle du temps qui n'émergent pas trop dans cette phase de l'enquête.

*La dimension symbolique du temps de l'urgence se manifeste ainsi dans la temporalité imposée par l'institution. Chaque sujet qui entre dans un service d'urgence est confronté à un temps (à une façon de le scander) qui est lui extérieur (donc symbolique) parce qu'il émane de l'institution. **La prise en charge du patient dépend en partie de ce temps institutionnel à la fois parce qu'il dicte dans une certaine mesure la clinique et aussi parce que le patient qui attend est confronté au rythme de vie et d'organisation du service d'urgence qui ne dépend pas immédiatement de lui.***

De ce point de vue, l'observation a permis de rendre compte de quelques éléments qui contribuent à instaurer un temps symbolique dans le service, parce qu'ils se répètent,

toujours dans le même ordre : la relève, l'entretien avec les patients, le compte-rendu dans le DMU (qui enregistre à chaque fois l'heure de saisie des données), le bilan des orientations, la « criée », puis une nouvelle relève.

Au-delà des étapes qui se répètent lors de la prise en charge, la dimension symbolique du temps propre à l'institution se lit dans d'autres éléments qui marquent l'existence d'un temps long qui fait que chaque surgissement de détresse aux urgences puisse être replacé dans le temps long du social. L'articulation temps court / temps long, décrit plus haut dans le processus de prise en charge, peut d'ailleurs certainement se définir comme une opération où un événement réel ou imaginaire passe au registre du symbolique. Ainsi, alors qu'un service d'urgence pourrait donner l'impression de chaos, il dispose d'éléments qui l'inscrivent dans un temps long et organisé :

- celui de l'hôpital où il se place (avec ses exigences de rentabilité dans l'accueil des patients : cf. la « vidange » du service à chaque demi-journée).
- celui de l'interconnaissance entre patients et soignants (cf. les modalités de répartition des patients entre soignants autour de la population des chroniques de l'urgence)
- celui de procédures administratives qui régissent les hospitalisations et inscrivent la médecine dans le temps long du droit et de la société (hospitalisations sous contrainte).

Cependant, comme le montre l'observation, si ce temps symbolique est repérable par une série d'éléments assez manifestes, *le rapport des sujets au temps, dans le cadre de l'urgence, se déploie dans une dimension imaginaire*. On reviendra sur l'attente des patients comme rapport imaginaire au temps dans l'urgence. Ce qu'indique l'observation présente, c'est le rapport imaginaire au temps des psychiatres et leur course vers une re-symbolisation effrénée du temps. Pris entre manifestations du temps court (événement psychique, trouble à l'ordre public sur lequel il faut statuer, « vidange » du service, etc.) et nécessité de réintégration du temps long (qui correspond à la clinique psychiatrique), les psychiatres produisent une vision imaginaire du temps qui, sinon, leur échapperait. En réalité, la forme de leur clinique réintroduit en permanence du temps long grâce au recours et à la référence à d'autres espaces que le service proprement dit : ce sont notamment les contacts pris avec les institutions en rapport avec le patient : famille, hôpital, centre social, médecin de famille qui permettent de réintégrer l'événement malheureux qui assaille le patient dans une histoire et un récit qui ne sont pas uniquement dans le présent.

- Sur le service d'urgence comme espace de communication (l'articulation entre une parole singulière et une communication plurielle).

On dispose, suite à cette observation, de deux éléments d'importance quant à la problématisation de la psychiatrie d'urgence en termes de communication :

1. la prise en charge d'urgence se déploie à travers des processus de communication et de langage
2. Cette communication s'établit sur deux plans qui renvoient à deux espaces de communication : celui de la parole dans la communication intersubjective entre patient et soignant (le patient parle de lui) ; celui du récit à travers une communication plurielle : on parle du patient.
3. La prise en charge d'urgence semble résider, sans que l'observation présente nous permette d'en dire plus, dans l'articulation entre récit singulier du patient (parole)

et récit collectif sur le patient (communication plurielle). Une médiation s'institue puisqu'elle relie, à travers des faits de communication, un sujet au collectif.

Sur ce qui s'interroge de l'articulation entre singulier et collectif dans le recours aux urgences (situation de ruptures de la médiation)

L'arbre de prise en charge des patients qu'on a construit plus haut et qui discrimine la pertinence d'un avis psychiatrique selon les critères institutionnels suggère que la psychiatrie se retrouve, aux urgences, le champ de la médecine en charge de l'accueil de sujets porteurs de rupture de la médiation. La souffrance reçue par la psychiatrie semble être celle qui « échappe »⁷⁷¹ à l'interprétation des somaticiens parce qu'elle a une dimension plus fortement sociale, ou au moins qui articule le corps et/ou le psychisme à une position du sujet dans le collectif, dans la sociabilité.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
3	14/12/2006	N Accueil	Après-midi (13h-18h)	Psychiatre	L'errance et les chroniques de l'urgence Marginalité du patient de la psychiatrie et des psychiatres

Récit de l'observation :

Il s'agit de ma première observation qui se déroule entièrement sur le temps de l'après-midi. Le travail est différent de celui du matin dans la mesure où il ne s'agit plus de rencontrer les patients arrivés la nuit mais d'accueillir ceux qui sont arrivés dans la matinée et ceux qui arrivent dans le courant de l'après-midi. De fait, le service d'urgence est beaucoup plus calme : les patients attendent relativement moins et les médecins sont moins pressés par la nécessité de la « vidange » de 13 heures, moment où les patients des urgences sont transférés vers d'autres services après les décisions d'orientation que les psychiatres doivent rendre légitimes auprès des autres médecins qui, eux aussi, ont leurs patients à placer dans un contexte, le plus souvent, de rareté des lits.

Cet après-midi là est donc calme pour la psychiatrie puisque nous ne verrons que deux patients dont les motifs de recours sont à observer de près dans la mesure où ils rendent compte d'une facette spécifique de l'accueil d'urgence en psychiatrie. En voici le récit.

M.A. est un homme de 55 ans qui est amené aux urgences par son frère. A son retour d'Algérie où il passait un séjour dans sa famille, M.A présente un comportement bizarre que son frère connaît bien et qui ne permet pas à M.A de continuer à vivre seul : il présente des signes d'incurie importants et a des pratiques exhibitionnistes devant les femmes, selon les dires du frère. Une rapide recherche sur l'interface informatisée du service (DMU) permet de voir que M.A en est à son 4^e passage dans le service depuis le début de l'année et qu'il présente des troubles neurologiques laissant supposer une démence. L'entretien clinique donne à voir un patient en mauvais état de santé et complètement perdu : manifestement, il ne se repère plus dans le temps. Devant ce tableau qui correspond faiblement à une prise en charge proprement psychiatrique (car la demande d'avis psychiatrique semble seulement se justifier par le comportement bizarre), la psychiatre se sent exaspérée et se plaint qu'une fois de plus, « on [lui] adresse un patient inclassable ». J'observe en effet à ses côtés

⁷⁷¹ Au sens d'être insaisissable et d'insister pour être reconnue au-delà des catégories de la médecine scientifique.

que la demande concernant de ce patient est double : elle vient à la fois du frère qui ne peut pas/plus s'en occuper et, en même temps, elle vient des collègues somaticiens qui, devant le même problème d'orientation que pose M.A pour eux du fait de sa poly-pathologie, l'orientent vers la psychiatrie au nom d'un comportement bizarre. En outre, cela signifie que la demande n'émane pas de M.A, c'est en fait une demande de l'Autre et non du sujet lui-même. La psychiatre, dont la prise en charge du patient se sera surtout réduite à des échanges avec la famille et les institutions hospitalières susceptibles d'accueillir M.A, ne trouvera finalement pas d'autres solutions que d'orienter le patient vers N3 qui est le service d'hospitalisation des urgences à pathologies mixtes (somatique et/ou psychiatrique). M.A. n'aura pas trouvé de place en hôpital neurologique et rentrera certainement chez lui après avoir reçu quelques soins, peut-être pour revenir aux urgences dans quelques semaines, comme cela s'est déjà produit 3 fois dans l'année suite au désespoir de la famille ou à un événement traumatique (blessure, comportements bizarres). L'hôpital psychiatrique du secteur de résidence de M.A refusera aussi de l'hospitaliser, par manque de place, et parce que la pathologie de M.A n'est pas proprement psychiatrique, mais plutôt neurologique, en tous cas très multiforme.

A la suite de l'observation de la prise en charge du cas, et comme nous avons le temps cet après-midi, j'entame avec la psychiatre une conversation qui va se déployer dans deux directions : je repère d'abord un discours qui m'est partiellement adressé et qui consiste en la revendication et la demande de reconnaissance de son identité de psychiatre ; ensuite, j'assiste à une explication sur les recours répétés des patients aux urgences.

Ainsi, la psychiatre me dévoile ce qu'est parfois, selon elle, la place de la psychiatrie dans le service, comment elle la ressent, et telle que le cas de M.A vient de l'illustrer. J'entends alors un discours assez amer vis-à-vis des médecins somaticiens qui sont désignés comme reléguant aux psychiatres les patients dont les symptômes sont trop nombreux, flous et consommateurs de temps en dehors du rapport clinique proprement dit (c'est-à-dire chronophages quand il s'agit de trouver des solutions d'orientation que l'hôpital ne donne pas clés en mains : cf. « *patient inclassable* »). Je me fais la réflexion que le psychiatre a, dans le service, une place marginale qui entre en écho métonymiquement avec la marginalité des sujets qu'il reçoit ou qu'on lui attribue d'office. Je note d'ailleurs que, dans l'organisation spatiale du service, le bureau du psychiatre est placé à l'écart des bureaux des autres médecins, ce qui implique des incessants allers-retours pour aller chercher puis reposer les dossiers papiers des patients qui sont entreposés dans la salle de travail des somaticiens. En somme, l'accueil de psychiatrie tient lieu, pour certains cas, de dépôt, d'accueil des patients résiduels de l'urgence, voire de « poubelle » dont on se tient à distance. La thématique du déchet revient depuis le début de mes observations où j'apprends que la « *vidange* » est aussi nommée « *tirer la chasse* ».

J'ai le temps de noter deux phrases de la psychiatre à propos de la relégation des patients gênants : « *On appelle le psychiatre dès qu'il y a chez le patient une petite angoisse qui n'est en fait pas pathologique* » et « *le psychiatre sert parfois seulement à juguler l'angoisse des soignants* ». Cette discussion se termine sur une revendication de ce qui fait pour la psychiatre sa vraie identité qui consiste à garder la spécificité de mener une clinique orientée sur « *le psychisme et le travail du sens* ».

Plus tard, la conversation renaît à propos du cas de M.A. La psychiatre m'indique que les patients qui font de multiples passages aux urgences ne sont pas rares. Je suis très intéressé par la théorie psychologique à laquelle elle fait appel pour interpréter ce phénomène, particulièrement en ce qu'elle me paraît rendre compte de manière métaphorique de ce qu'est l'accueil d'urgence, en particulier pour les psychiatres. Elle fait

référence, en vulgarisant intentionnellement à mon égard, à la théorie de Balint dans son livre *Le Défaut fondamental*. Elle m'indique que les patients chroniques des urgences sont, pour elle, des « ocnophiles » ou des « philobates » (les signifiants sont intrigants !), c'est-à-dire des sujets, comme elle me l'explique, qui ont une difficulté avec la question du lien. Les « ocnophiles » sont ceux qui s'accrochent, ils sont le plus souvent dans une posture d'incorporation à l'autre, sans symbolisation. Dès lors que les liens se distendent dans l'entourage du sujet, celui se trouve plongé dans une situation où il ressent des sentiments de type abandonnique. Elle m'explique ainsi que les urgences sont un moyen de parer au sentiment d'abandon dans la mesure où c'est un lieu de la société où la détresse est nécessairement accueillie, où il est impossible de refuser une demande *a priori*. Les « philobates », quant à eux, sont des acrobates, ils ne parviennent jamais à s'accrocher quelque part, créent toujours des liens précaires autour d'eux. Ceux-là se satisfont des urgences en ce que le service permet d'évoluer dans une sorte d'indifférenciation et d'anonymat, sans établir de relation de soin privilégiée, répétée et durable.

Monsieur B. est de retour aux urgences, lui aussi, pour la deuxième fois de la semaine. C'est le deuxième et dernier patient que nous rencontrons cet après-midi. M.B vient seul et demande une consultation suite à son premier passage pour une tentative de suicide le lundi précédent. M.B se sent très angoissé et demande directement à la borne d'accueil à voir un psychiatre. En fait, il cherche à voir la psychiatre avec qui je travaille et qu'il a rencontré la fois d'avant, dont il sait qu'elle assure son service cet après-midi là. Celle-ci me confie qu'elle l'avait laissé sortir suite à sa tentative de suicide en lui disant qu'il pouvait revenir au service d'urgence en cas d'angoisse insupportable et/ou de désir de mort. Elle avait laissé le détail de ses heures de présence dans le service à M.B. Je découvre le dossier de M.B à l'occasion de ce récit : il se dit victime de violences dans le foyer Sonacotra dans lequel il vit. Il ne supporte plus cette situation qui lui donne de fortes angoisses et même des envies de mourir, dont l'une a été mise en œuvre dans la tentative de suicide du lundi précédent. M.B est algérien et se dit en exil politique en France car il serait poursuivi par le GIA en Algérie. Cette dernière parole n'est pas vérifiée car la vérité, dans sa dimension de correspondance du discours aux faits réels, intéresse peu les psychiatres qui cherchent davantage à observer la position subjective du sujet, ici victime et dans l'errance, qui se réfère à la façon dont le sujet construit une représentation de lui-même. Dans l'entretien de ce jour, M.B se livre un peu plus et indique qu'il ne supporte pas la déqualification sociale, assortie de violences, qu'il subit en France par rapport à sa vie en Algérie. De plus, il se trouve dans un grand isolement social, sans entourage familial ou amical proche en France. Suite au nouveau recours et au nouveau récit de M.B, la psychiatre lui propose une hospitalisation libre dans le service d'urgence (N2, spécialisé dans la psychiatrie de courte durée) pour traiter l'angoisse, la dépression et les idées de mort puis envisager, dans un temps ultérieur, un changement de la situation objective (lieu de vie et violences). Ici, M.B. apporte une réponse étonnante : il ne désire pas être hospitalisé mais il aimerait vraiment qu'on puisse lui trouver un logement. A cet instant, il sort une liasse de feuilles de salaires en forme de justificatifs pour la psychiatre comme si elle tenait le service location d'une agence immobilière ! Au-delà de l'aspect comique et impromptu de la situation pour l'observateur que je suis (et aussi pour la psychiatre, manifestement), M.B. montre beaucoup de sérieux et d'anxiété dans sa demande. Il ne saisit visiblement pas le côté décalé de celle-ci ; il enseigne cependant que le service d'urgence peut être considéré comme un lieu d'accueil de demandes diversifiées, multiformes et qui se réfèrent au champ de la santé et de la médecine proprement dite de manière distante, flottante. Finalement, M.B. sortira du service sans hospitalisation, renseigné sur les démarches nécessaires à un déménagement qui lui permettrait de sortir de sa situation de précarité.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

L'écriture et la relecture de ce troisième récit me fait prendre conscience que, dès le départ, j'ai été amené à prendre partie à l'intérieur d'un conflit larvé entre médecins somaticiens et psychiatres dont je me demande s'il est propre à ce service, aux services d'urgences en général, à la culture de l'hôpital dans lequel je me trouve ou encore s'il se réfère à des enjeux plus larges de santé publique, conflictuels, qui se jouent et s'actualisent dans le lieu précis des urgences. La sympathie que j'éprouve pour la psychiatre avec qui je travaille, et qui se confie à moi sur sa gêne vis-à-vis de la manière de procéder des somaticiens à propos des « patients inclassables », m'amène certainement à choisir un camp pour la psychiatrie. Je décide alors, fort du constat de ce parti pris dans lequel je suis en train de m'installer, d'être plus à l'écoute des propos des somaticiens sur les qualifications qu'ils emploient pour désigner l'accueil de psychiatrie et de ses patients. La position d'empathie nette que je suis en train de nourrir vis-à-vis de la psychiatrie et des patients que je rencontre ne doit pas corrompre l'observation distanciée que je dois préserver vis-à-vis des autres soignants. Au contraire, et pour suivre les recommandations de Devereux, je dois m'interroger, précisément, sur l'intérêt que les patients de la psychiatrie suscitent en moi : c'est certainement parce qu'ils échappent à une appréhension stricte de la médecine. Au-delà de la pathologie et du symptôme, proprement identifiables par la médecine, qui ont justifié le recours aux urgences, je lis chez ces patients une autre souffrance qui s'y superpose ou s'y imbrique, à dimension sociale, moins facilement lisible par les critères médicaux et qui invite à être attentif à la parole des patients, sollicitant ainsi particulièrement les psychiatres. Autrement dit, une recherche en sciences sociales, axée sur l'étude des processus de communication, peut dire quelque chose des patients de la psychiatrie en en faisant un objet de recherche propre. Sans l'expertise médicale, il est possible de produire une interprétation du recours et de la prise en charge de ces patients spécifiques. Notre objet de recherche devient ainsi peu à peu plus précis.

Pour moi, un des moments les plus étonnants de cette observation a été le coup de théâtre de M.B qui a sorti ses fiches de paye en espérant que la psychiatre pourrait, grâce à cela, lui trouver un appartement. Mon étonnement s'explique sans doute parce que j'ai une conception *a priori* des recours aux urgences hospitalières dissonante avec ce qu'amène ce patient. Le terrain malmène ici les préconceptions du chercheur. Au fond, cet épisode m'apprend que mon imaginaire de l'urgence repose sur un scénario où s'ajustent demandes des patients et offre hospitalière. En réalité, il semble que le désir des patients, lisible dans la formulation de leur demande, excède souvent les possibilités de réponse institutionnelles. Autrement dit encore, il faut mettre en question les théories goffmaniennes de la construction de « carrières de malades » comme parcours aliénant imposé par l'institution (*Asiles*) qui ne trouvent pas leur totale pertinence aux urgences, notamment dans les demandes adressées à la psychiatrie et les décisions d'orientation que celle-ci prend (ici : sortie simple du patient). Le retour sur cette observation pourrait alors permettre de formuler une hypothèse : *dans quelle mesure les recours aux urgences psychiatriques, où émerge une singularité imprévue, viennent-ils interroger, faire vaciller en permanence, les normes institutionnelles et reconfigurer les caractéristiques de la médiation sociale et politique qui est offerte dans les lieux de soin ?*

2 Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Comment considérer la leçon de la psychiatre sur la théorie de Balint ? Qu'est-ce que cela révèle de sa position aux urgences, qu'est-ce que cela apprend sur les urgences ? Cet

épisode correspond-il aux cas décrits par Devereux de recueil des propos d'un informateur visant à mieux comprendre le terrain pour l'observateur ? En se masquant derrière un récit théorique, que dévoile la psychiatre sur la conception de son métier ?

Je prends le parti de ne pas aller lire la théorie de Balint sur les « oconophiles » et les « philobates » de manière à utiliser l'explication de la psychiatre comme un discours métaphorique d'informateur sur les phénomènes du terrain (d'ailleurs, toute élaboration théorique porte une dimension métaphorique pour la description de la réalité). Cette explication révèle la manière dont la psychiatre conçoit son propre travail aux urgences : elle se désigne comme une spécialiste de la question du lien intersubjectif et social. D'autre part, elle problématise les recours aux urgences, notamment chroniques, dans une dialectique de l'agglutinement et du butinage. Autrement dit, le rapport des sujets à l'espace des urgences est ambivalent, à la fois lieu de reconnaissance (on peut s'y reconnaître et y être reconnu) et en même temps lieu de passage plus ou moins inconsistant sur le plan de la teneur du lien social qui s'y construit.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

Les chroniques de l'urgence : comment qualifier leur errance ?

Il existe une population de patients qui recourt de manière régulière à l'accueil d'urgence en psychiatrie. On pourrait les nommer les « *chroniques de l'urgence* » comme cela a été fait lors d'un travail précédent effectué par nos soins à propos de l'activité d'une unité d'accueil des urgences d'un hôpital psychiatrique. Hôpital général comme hôpital psychiatrique ont leurs « *chroniques de l'urgence* ». Cette contradiction dans les termes invite à redéfinir la notion d'urgence hospitalière où cohabite accueil de la crise et accueil d'une forme d'errance à qualifier. On pourrait alors formuler l'hypothèse temporaire suivante : le service d'urgence, lieu de passage, correspondrait, en forme de miroir, à une population qui se définit comme vivant dans le parcours ininterrompu, le vagabondage institutionnel, l'itinérance. Les services d'urgence seraient, de manière un peu paradoxale, un lieu institutionnel instable permettant de recevoir une population qui ne serait pas en mesure d'exprimer et de faire valoir sa détresse ailleurs, c'est-à-dire dans des lieux institutionnels où le vacillement des normes est moins accepté.

Marginalité des patients et marginalité du psychiatre aux urgences

Les patients des urgences psychiatriques présentent une double marginalité. En effet, en premier lieu, leur détresse psychique s'accompagne d'une détresse sociale (marginalité au plan de la société toute entière) : M.B. est dans l'errance politique et subit le rejet social, M.A. n'est plus accepté par sa famille et dans aucune institution autre que le service d'urgence. Ensuite, au sein même des urgences, ces patients font l'objet d'une « relégation » vers la psychiatrie de la part des médecins somaticiens alors même qu'ils ne correspondent pas typiquement à une prise en charge psychiatrique (preuves en sont le refus de l'hôpital psychiatrique d'accueillir M.A et la demande d'appartement de M.B). En outre, cela signifie une marginalisation du psychiatre aux urgences qui ne se présente pas comme « véritable » acteur de la médecine. Dans ce mouvement de « relégation » des patients inclassables (sous-entendu : qui ne correspondent pas à une offre que la médecine peut fournir immédiatement et efficacement), les somaticiens assignent les psychiatres (implicitement et pas eux seulement, car c'est l'organisation hospitalière qui veut aussi que les psychiatres interviennent en 2^e ligne, après un 1^{er} « tri ») à une tâche mixte de prise en charge clinique et sociale, c'est-à-dire pas tout à fait médicale. La mise à la marge des psychiatres doit inciter à s'interroger sur ce qui définit la relation thérapeutique à l'hôpital

aujourd'hui. Tout se passe comme si le corps des médecins se scindait entre ceux qui prennent en compte la dimension et les implications sociales de la détresse et ceux qui l'ignorent.

- Une clinique du lien : le psychiatre comme reconstruteur de la médiation pour les patients et pour l'équipe soignante

La psychiatrie d'urgence peut être considérée comme une clinique du lien, comme l'accueil, *par le biais de la relation clinique elle-même*, de situations de rupture du lien social.

Au-delà, le psychiatre qui « *jugule l'angoisse des autres soignants* » joue un rôle de médiation dans l'ensemble du service en mettant du sens dans l'ensemble plus ou moins chaotique des demandes imprévisibles qui sont formulées à l'institution hospitalière via le canal et l'espace du service d'accueil des urgences.

En réalité, que ce soit pour les patients ou pour les soignants, le psychiatre, aux urgences, a aussi pour rôle de réintroduire un agencement symbolique des événements que connaît le service de manière à ce qu'ils se déchargent de leur aspect insensé, ininterprétable. Le psychiatre réintroduit l'ordre de la parole et du sens dans un espace envahi autrement par la puissance de l'agir (événements successifs, actes thérapeutiques) ou par le surgissement déroutant du réel (celui du corps abîmé, celui des productions psychiques singulières : pulsions et désirs à l'origine des bizarreries évoquées dans le récit) irréductible aux catégories interprétatives de l'organisation hospitalière du soin (cf. les patients « inclassables », c'est-à-dire, en fait, ceux dont la demande angoisse, une demande qui ne constitue pas un signe immédiatement repérable, référable et interprétable pour l'institution hospitalière).

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
4	20/12/2006	N Accueil Salle de réunion	Matinée (8h-13h)	Psychiatre Chef de service Internes de psychiatrie	Les logiques de soin différenciées aux urgences

Récit de l'observation

Je suis invité à passer une nouvelle demi-journée en compagnie de la psychiatre avec qui je commence à avoir l'habitude de travailler. Cependant, une petite nouveauté se présente. Nous sommes un mercredi matin et c'est le jour de ce qui est appelé dans le service la « réunion bibliographique » à laquelle je suis convié à assister par le chef de service. Il s'agit d'un groupe de travail qui réunit les internes en psychiatrie qui se forment au pavillon N, le chef de clinique (psychiatre) du service N1/N3 et un représentant hiérarchique du service N2 qui est le service d'hospitalisation psychiatrique du pavillon. Ma matinée va donc se partager entre deux activités principales : continuer à observer les entretiens cliniques relatifs à l'accueil des urgences psychiatriques et assister à la réunion bibliographique.

A mon arrivée, à 8 heures, je rejoins la psychiatre à son bureau. Elle procède à la relève avec le psychiatre de garde de la nuit qui décrit brièvement les cas rencontrés et la localisation des patients qui sont soit encore dans la zone d'accueil, soit déjà hospitalisés et installés plus confortablement à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, structure d'hospitalisation de 48h maximum, qui accueille pathologies somatiques et psychiatriques).

Ce matin-là, 10 patients sont en attente d'un « avis psychiatrique », soit demandé par les médecins somaticiens qui estiment la nécessité d'une prise en charge psychiatrique, soit pour une consultation matinale préconisée par le psychiatre de garde qui n'a pas pu s'adresser facilement au patient durant la nuit du fait de son état d'agitation trop intense (délires, violence) ou parce que son état somatique ne le permettait pas (cas des tentatives de suicides (TS) par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), par exemple, ou des alcoolisations trop importantes). Sur les 10 patients, 6 ont pu être accueillis à l'UHCD, 4 sont encore dans un box de la zone d'accueil des urgences ou sur un brancard dans un couloir.

Comme la matinée sera entrecoupée de la réunion bibliographique, je n'aurai le temps d'assister qu'à trois entretiens, cependant très différents.

La première personne que nous rencontrons, à l'UHCD, Monsieur F..., est un homme de 52 ans qui est arrivé la veille à l'hôpital, accompagné par ses parents. Avant de rencontrer M.F... dans son bureau, la psychiatre demande à l'équipe infirmière de bien vouloir retirer la perfusion que porte le patient. Les infirmiers ne comprennent pas trop la démarche et s'en plaignent à la psychiatre qui leur explique qu'elle souhaite différencier l'entretien de psychiatrie des autres types de soins qui sont faits aux urgences.

M. F... est un habitué du service d'urgence car il en est à son 7^e passage depuis que ceux-ci sont comptabilisés dans le DMU. Il raconte qu'il vit seul et qu'il a d'importants problèmes de toxicomanie et d'addiction à l'alcool et à la cocaïne depuis plusieurs années. Il est marbrier-carreleur mais il confie qu'il a beaucoup vécu de trafic de cocaïne, ce qui l'a amené à beaucoup voyager, notamment au Moyen-Orient. Il assure à la psychiatre que tout cela est fini maintenant et qu'aujourd'hui il « *demande de l'aide* », ce qui justifie son recours volontaire aux urgences psychiatriques. Il indique qu'il utilise l'urgence comme un « *dernier recours* ». Cette demande ne convient pas à la psychiatre qui indique à M.F... que la réussite de la prise en charge des problématiques toxicomaniaques ne doit pas se faire, précisément, dans l'urgence, mais en prévoyant une démarche de soin sur le long terme : « *il faut vous inscrire dans une continuité des soins* ». Cependant, alors que la psychiatre semble, au vu des multiples passages de M.F... aux urgences, lui indiquer qu'il a construit une sorte de recours pathologique à l'urgence qui ignore la nécessité du temps long dans lequel doit se déployer le soin psychiatrique pour des affections chroniques, celle-ci envisage pourtant avec lui une hospitalisation libre dans un service du Vinatier, l'hôpital psychiatrique de secteur dont dépend ce patient. L'hôpital refuse cette hospitalisation. Le centre médico-psychologique (CMP) de Villeurbanne duquel dépend le patient ne peut le recevoir dans un délai court. La solution envisagée par la psychiatre et acceptée par le patient est donc la suivante : M.F... sera orienté vers son médecin généraliste qui le prendra en charge, au moins par des médicaments appropriés, le temps qu'il puisse être accueilli au CMP et qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge au long cours sur le plan psychothérapeutique.

Le deuxième patient que nous rencontrons est une jeune femme de 23 ans qui est arrivée au service des urgences pour une tentative de suicide par phlébotomie. Le dossier de la patiente est accompagné d'une lettre de son médecin traitant qu'elle avait certainement consulté suite à sa TS et qui a décidé de l'adresser au service des urgences. Le généraliste indique dans sa lettre que la jeune femme qu'il suit a des tendances suicidaires et qu'elle devrait être hospitalisée en psychiatrie, d'autant qu'actuellement, ajoute-t-il, elle est « *violente et fait des crises de colère* » (sic). La demande du généraliste me paraît surprenante car elle mêle des considérations cliniques avec des termes triviaux qui ne correspondent pas vraiment à un diagnostic médical. On se demande quelle est la représentation que le généraliste se fait de la psychiatrie qu'il envisage à la fois comme une spécialité du traitement de la souffrance psychique mais aussi du traitement de la

violence. La psychiatre indique qu'il est probable que les termes de « *crises de colère* » et de « *violence* » viennent directement de l'entourage de la patiente et que le médecin s'est juste contenté de retranscrire ces termes pour appuyer sa demande d'hospitalisation dans un contexte de rareté des places de psychiatrie à l'hôpital. L'entretien avec la patiente montre qu'elle est dans des difficultés sentimentales et familiales dont elle n'arrive pas à s'extraire, ce par quoi elle justifie plus ou moins clairement sa TS. Une hospitalisation dans le service N2 est proposée à la patiente, qui l'accepte.

Nous rencontrons le troisième patient dans le « box 0 », le box du service où sont reçus les patients qui nécessitent un avis psychiatrique suite à un trouble à l'ordre public. Le monsieur que nous rencontrons a déjà été accueilli par le psychiatre de garde, suite à une demande de la police qui l'a amené aux urgences après un comportement violent et dangereux dans la rue. Une hospitalisation d'office a été rédigée pour ce patient (hospitalisation prononcée par le préfet, 48 heures après l'avis du psychiatre certifiant que le patient présente des troubles psychiques graves mettant en danger la sûreté des personnes et l'ordre public et après la déclaration du maire et/ou de la police sur les troubles à l'ordre public). Contenu à son lit, le patient attend son transfert en hôpital psychiatrique qui, visiblement, n'a pas été redemandé suite à une confusion du dispositif de régulation infirmière⁷⁷² de l'hôpital de destination. La psychiatre se fera insulter dès son entrée dans le box sans possibilité de parler avec ce patient délirant qui est visiblement en phase de décompensation psychotique aiguë. La psychiatre se contentera d'organiser à nouveau le transfert de ce patient, « oublié » entre deux hôpitaux, vers l'hôpital psychiatrique où il aurait dû se trouver depuis longtemps.

A un moment de la matinée, nous faisons une pause café. Je me retrouve donc devant la machine à café qui se situe sur un côté de la salle d'attente. La salle d'attente est en réalité plutôt un espace simplement délimité par la présence de sièges devant lesquels se situe la borne d'accueil. Entre ces deux points transitent médecins, patients en attente ou déjà hospitalisés, brancards, infirmiers, police, pompiers. La machine à café est donc un lieu devant lequel se rencontrent à la fois les acteurs du soin mais aussi les patients et les agents administratifs. C'est un lieu de croisement important.

La psychiatre m'offre donc un café et me présente à un médecin somaticien qui est en train de retirer son gobelet de la machine. Il me demande alors en quoi consiste précisément ma recherche et celui-ci entrecoupe mes explications de plusieurs remarques. D'abord, il valorise l'aspect technique de l'urgence. Ensuite, il m'affirme, vis-à-vis de cela, que je fais un « *travail d'intellectuel* » et que je parle « *comme un psychiatre* ». Je suis étonné de ces remarques et je me sens un peu vexé car j'ai l'impression que ni mon discours, ni ma recherche n'ont été comprises. D'abord, le terme d'« *intellectuel* » me paraît impropre, ensuite, je pense faire une recherche qui s'appuie sur des données empiriques que certifie ma présence dans le service et, enfin, je ne pensais pas être prisonnier du discours de la psychiatrie que je côtoie depuis peu. Il me semble qu'il y ait un amalgame entre psychiatrie et discours universitaire chez ce médecin.

A la suite de cet épisode, je suis invité à assister à la réunion de bibliographie. Je reviendrai plus tard auprès de la psychiatre pour la poursuite des observations à N-accueil.

Cette réunion bibliographique s'intitule ainsi car elle propose aux internes de psychiatrie de lire des textes fondamentaux en rapport avec la clinique qu'ils rencontrent. Dans ce groupe de travail, les internes sont donc invités, chacun leur tour, à présenter un exposé sur

⁷⁷² Ce dispositif a remplacé un service d'accueil des urgences qui a fermé en 2003 et qui permettait pourtant d'accueillir 3000 passages par an et, notamment, des cas comme ce patient en crise, en attente de ce qu'une place d'hospitalisation se libère.

un texte proposé par l'animateur de la réunion. Il s'agit ce matin-là de *Deuil et Mélancolie*, de Freud. L'interne présente aussi un cas clinique en rapport avec sa lecture et une discussion s'amorce entre les différents participants. L'échange est animé par le chef de clinique ou le psychiatre de N2 (qui est parfois le chef de service des urgences psychiatriques, s'il est libre). On me présente brièvement comme un chercheur en sciences sociales sur la psychiatrie d'urgence. On me pose quelques questions qui me font m'apercevoir que quelques-uns semblent intéressés par ma recherche. Je me demande tout à coup si, en effet, je n'ai pas, comme me l'affirmait le médecin rencontré quelques instants plus tôt à la machine à café, un discours plus proche de la psychiatrie, en tous cas qui puisse s'entendre de ce côté-là.

Je suis d'abord étonné du thème d'étude choisi car c'est un texte de psychanalyse qui me semble au départ bien peu applicable à la clinique de l'urgence qui n'accompagne pas les patients dans le long terme. Cependant, en écoutant les échanges, des mots connotés dans le champ de la psychanalyse viennent s'appliquer à des cas rencontrés aux urgences. Des termes comme « *transfert* », « *désir de mort* », « *mélancolie* », trouvés dans le texte de Freud, semblent trouver leur pertinence pour l'interprétation de la dépression ou de la crise suicidaire qui sont des tableaux cliniques souvent rencontrés aux urgences.

Après la présentation du texte, une discussion est lancée par le psychiatre chef de clinique du service N1/N3 sur les classifications nosographiques en psychiatrie (le DSM 4). Le chef de clinique explique que le système de classification nosographique du DSM 4 permet surtout de catégoriser plus facilement les cas rencontrés pour tarifier les actes médicaux. Il indique ainsi, reprenant le thème du jour, que « *la mélancolie est réduite à une série de signes, ce qui évacue les questions transférentielles très importantes dans la clinique de l'urgence* » et il poursuit, en généralisant : « *sans la dimension métapsychologique, absente des grilles internationales de classification des troubles psychiques, on évacue la question du lien. Avec le DSM, on perd ce fort levier thérapeutique. Le DSM sert avant tout à tarifier, pas à faire de la clinique. Il convient toujours de mettre le symptôme en lien avec l'autre, qui peut être le thérapeute* ». Je m'aperçois que les psychiatres urgentistes qui dirigent ce service ont une position politiquement engagée concernant la direction de la clinique qu'ils refusent de faire correspondre aux attentes de l'administration hospitalière qui exige des diagnostics pour construire des actes médicaux catégorisables, quantifiables et donc tarifables. La discussion se poursuit sur la question de la nécessité du diagnostic en psychiatrie, à laquelle le chef de clinique répond que « *le diagnostic peut servir de trame mais ne doit pas enclore le patient* ».

La réunion arrive à son terme et les internes retournent à leur travail.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1 Analyse de l'expérience subjective

Le point le plus important de l'expérience subjective concernant cette observation et dont il est possible de tirer une donnée pour la thèse me semble être l'épisode de la conversation avec le médecin somaticien devant la machine à café.

En effet, c'est directement dans ma démarche de recherche et, plus loin, dans mon identité de chercheur, que ce médecin m'interpelle. En me disant que je parle « *comme un psychiatre* », il me donne l'impression que je ne parviens pas à me projeter dans la situation surplombante de l'observateur impartial. En quelque sorte, ce médecin m'invite à faire un retour critique sur mon propre discours et sur ma démarche de recherche, visiblement inconsciente. Je dois donc questionner ce qui, dans mon discours, tient d'un langage

connoté dans le champ de la psychiatrie. Comment, en effet, conduire une recherche sur la psychiatrie d'urgence en employant un vocabulaire qui appartiendrait proprement à mon terrain ? Les concepts sont en effet heuristiques dès lors qu'ils ne sont pas totalement homogènes et identiques aux concepts et représentations des sujets à observer. Sinon, le risque est de faire une analyse psychiatrique de la psychiatrie plutôt qu'une analyse communicationnelle de la psychiatrie d'urgence. C'est précisément ce décalage, qui lie une approche théorique spécifique avec un objet qui habituellement n'en subit pas l'analyse, qui constitue proprement la démarche épistémologique de la thèse et évite le **danger de l'auto-référentialité**. La remarque du médecin m'invite à ne pas la perdre de vue.

Ce que révèle aussi cette remarque, au-delà de la vigilance que je dois garder vis-à-vis de ma conception du soin et de l'urgence sans doute contaminée par celle des psychiatres, c'est la **manière dont les identités soignantes semblent être clivées aux urgences**. En stigmatisant mon discours comme similaire à celui d'un psychiatre, le médecin somaticien exprime qu'il ne s'y reconnaît pas. Pour lui, l'urgence, c'est la technicité, il me le dit clairement. En revanche, ma façon d'envisager l'urgence comme un espace de parole et de communication et comme un lieu d'interrogation du politique à travers la détresse psychosociale qui y est reçue, ne fait pas sens pour lui et correspond à un discours étrange qu'il qualifie « *d'intellectuel* ». Ce mot, employé ici dans son sens galvaudé et dénigrant, un peu comme un lapsus car il ne s'adapte pas bien à la situation, cherche à décrire des travaux, le mien et, par métonymie ou indifférenciation, celui des psychiatres, qui ne « serviraient » à rien dans la mesure où ils tentent de penser (et non d'agir) non pas la technicité de l'acte thérapeutique, mais les aspects symboliques de la relation de soin et de l'accueil d'urgence.

Les intuitions que je formule là me semblent tout à fait confirmées par l'expérience inverse de présentation de mon travail aux internes de psychiatrie avec qui j'ai eu le sentiment de parler « la même langue ». Cette impression subjective doit encore une fois me faire m'interroger sur le fait que j'arrive à utiliser ou non une langue propre aux sciences sociales et aux SIC dans ma thèse. Elle indique aussi l'intérêt, somme toute logique, des psychiatres pour les problématiques de communication car leur outil de travail principal est la parole.

Aussi, la suite de la réunion bibliographique sur le DSM confirme que les logiques de soin et les approches du sujet en détresse aux urgences sont clivées autour de la question de l'efficacité et de la technicité. Cela produit en conséquence un clivage dans les identités soignantes.

Dans la mesure où à la fois les psychiatres et les médecins somaticiens ont, dans la même journée, exprimés leur identité propre à mon égard – en se distanciant ou en reconnaissant mon discours comme un étalon de mesure par rapport auquel se définir – et cela de manière concordante, on peut en constituer une donnée pour la thèse qui se formulerait ainsi : **il existe un clivage entre les acteurs du soin autour de la conception des logiques de soin qui oscillent, aux urgences, entre technicité et médiation**.

2 Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Que penser et que faire sur le plan de la production de données pour la thèse de ma participation à la réunion bibliographique ?

D'abord, on pourrait penser que ma présence perturbe cette activité. En réalité, je pense que deux remarques viendront valider l'hypothèse que je ne modifie pas foncièrement la situation observée par rapport à son déroulement normal. D'une part, mon intégration à ce groupe de travail s'est faite par l'intermédiaire du chef de service, psychiatre, qui m'a

donnée la parole pour me présenter en introduisant mon travail comme source d'intérêt pour le service. Je n'apparais donc pas comme un observateur de qui il faudrait se méfier d'autant que ma thématique de recherche a reçu un écho positif (à tel point que le chef de clinique de N1/N3 qui travaille aussi sur les problématiques sociopolitiques va m'inviter par la suite à faire une observation d'une semaine dans son service). D'autre part, je suis doctorant, ce qui peut correspondre, en termes de cursus universitaire, à l'internat de médecine. Il y a donc des possibilités identificatoires entre les internes et moi-même, ce qui peut atténuer des éventuelles situations de méfiance à mon égard. Ceci sera confirmé par l'expérience de travail que je ferai par la suite avec les internes de psychiatrie du service.

Ensuite, que faire de ce que j'apprends lors de cette réunion : dois-je comprendre l'urgence à travers les concepts psychanalytiques évoqués lors des échanges et de l'exposé de l'interne ? Dois-je faire de cela une source théorique pour mon travail ? Certainement pas. Il me semble plus pertinent de suivre la démarche préconisée par Devereux sur le savoir produit par les sujets du terrain en tant qu'ils cherchent à nous informer. Ainsi, ce qu'il me semble intéressant de retirer comme donnée, parce que ce sera la plus objective, c'est le constat que les acteurs de l'urgence se réfèrent à la théorie psychanalytique pour penser leur travail. La question intéressante à se poser serait donc : que comprendre de la démarche des psychiatres urgentistes qui consiste à se référer à la psychanalyse et à ses textes fondamentaux ? Il me semble que la réponse est double. D'une part, **la psychiatrie, aux urgences, n'a pas fait le choix de la biomédecine**. Pour le dire de façon plus affirmative : **la psychiatrie, aux urgences, se réfère davantage au modèle clinique qui privilégie la parole, l'écoute et la relation thérapeutique, qu'elle ne s'identifie au modèle biomédical. Cela se place donc dans le débat politique, éthique et épistémologique propre à la psychiatrie contemporaine autour de la desubjectivation du malade** (ce que confirme la discussion sur le DSM). D'autre part, au-delà de l'enjeu politique correspondant, au fond, à une prise de position sur les options des politiques publiques de santé mentale, la référence à la psychanalyse renseigne sur la réalité de l'urgence psychiatrique. Si c'est le modèle conceptuel préféré, on peut supposer que la réalité à laquelle il veut s'adapter lui correspond. On pourrait donc faire l'hypothèse que **la psychiatrie d'urgence accueille des sujets en demande d'une solution thérapeutique fondée sur la parole** (la parole qui peut être, pour nous, un mode d'intelligibilité et de repérage des processus de communication à l'hôpital).

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

Une partie des données a déjà été tirée de l'analyse rétrospective de l'observation (voir les passages en gras ci-dessus)

- La vignette clinique de Monsieur F... renseigne notamment sur l'ambivalence de certains recours aux urgences en soulignant, d'une part, qu'il existe des chroniques de l'urgence et que, d'autre part, le service d'urgence ne constitue pas simplement une porte d'entrée dans les parcours de soin, mais un « ultime recours » quand ceux-ci échouent. **L'accueil d'urgence présente l'ambivalence d'être proprement un seuil : car le seuil est à la fois ce qui précède l'entrée (ici dans les parcours de soin, dans un cadre institutionnel), mais c'est aussi une limite ⁷⁷³ (et le recours à l'urgence rend compte de la limite des autres institutions à ne pas avoir pu intégrer symboliquement un sujet).**
- La vignette clinique de la jeune femme qui a tenté de se suicider renseigne notamment sur **les modalités du recours aux urgences car la demande peut se faire par procuration** (ici via le médecin traitant). Elle indique aussi quelles sont les

injonctions qui peuvent être dressées par la médecine de ville à la psychiatrie car la violence constitue un motif de recours à la psychiatrie. Ainsi, **il y a des formes de subsistance contemporaine de ce que décrivait Foucault sur la fonction sécuritaire de la psychiatrie** : même si elle n'existe que de manière relative aux urgences (car la patiente sera entendue sur ses difficultés psychiques et elle sera hospitalisée librement), **elle persiste en tant que représentation imaginaire chez certains médecins.**

La troisième vignette qui décrit ce patient psychotique « oublié », n'existant plus administrativement durant plusieurs heures ni pour le service d'urgence, ni pour l'hôpital psychiatrique qui devait accueillir son transfert, **rend compte d'une certaine réalité sur le traitement symbolique de la souffrance psychique qui exprime le plus d'altérité** (la psychose qui correspond à la figure traditionnelle de la folie) : l'existence de ce patient a été en quelque sorte suspendue dans la mesure où il n'existait momentanément plus dans aucun lieu de l'espace public. **Il était là comme un reste non traité – un déchet pour ainsi dire – de l'institution.**

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
5	10/01/2007	N Accueil Salle de réunion UHCD	Matinée (8h-13h)	Psychologue Psychiatre	Le travail et la place des psychologues aux urgences

Récit de l'observation

J'ai rendez-vous à 8 heures aux urgences dans le bureau des psychiatres pour faire la relève entre le psychiatre de garde de la nuit et l'équipe du matin. Onze patients attendent d'être vus ce matin : huit dans la zone d'accueil des urgences (dans des box ou sur des brancards dans le couloir) et trois sont installés à l'UHCD. Malgré cette affluence importante, l'équipe de psychiatrie est composée de trois psychiatres et d'une psychologue, ce qui va rendre le travail de la matinée assez confortable en termes de temps pour les entretiens. Il est à noter, à propos du confort justement, mais matériel cette fois, que l'équipe de psychiatrie ne dispose que de deux bureaux (un à N accueil, l'autre à l'UHCD) pour les entretiens. Je note que cela implique une disparité dans l'accueil des patients car quand les bureaux sont pris par les collègues, les autres psychiatres sont contraints de faire les entretiens dans les chambres (où un autre patient est souvent là), dans un bureau infirmier (avec des allées et venues bruyantes et incessantes perturbant le déroulement de l'entretien), ou même encore directement dans les couloirs, à côté des brancards, en parlant à voix basse, penchés près du visage des patients... Ce matin-là, il y a des « bouchons » : il n'y a, en début de matinée, pas de place d'hospitalisation en psychiatrie à l'intérieur du service, ni à N2 (hospitalisation psychiatrique de courte durée), ni à l'UHCD (hospitalisation mixte de courte durée) qui a du mal à se vider.

La psychiatre avec que je travaille habituellement me propose de changer mes habitudes et de passer une partie de la matinée avec une psychologue clinicienne qui intervient souvent dans le service d'urgence. J'accepte car cela me permettra, me dis-je, d'observer une autre clinique après celle du chef de service et celle de la psychiatre habituelle.

Alors que nous faisons les présentations, je reçois un accueil glacial de la psychologue dont j'ai l'impression qu'elle ne désire pas vraiment que je travaille à ses côtés. Elle m'indique qu'elle a souvent des stagiaires psychologues cliniciens et que c'est avec eux qu'elle travaillera en priorité. Selon elle, si je veux à l'avenir travailler avec elle, il faudra la prévenir bien à l'avance. Elle pense que ce n'est pas une bonne chose d'être accompagnée dans les entretiens avec deux autres personnes (dans le cas où un stagiaire psychologue serait aussi présent), que cela a un côté persécutant pour les patients. Bref, face à ces mille conditions pour pouvoir travailler avec elle, je comprends que je ne suis pas vraiment accueilli, ni forcément bienvenu. En réalité, l'ambiance se détend au cours de la matinée et nous finissons par dialoguer avec assez de facilité au gré des rencontres avec les patients. En fait, je comprends, au fil des discussions que j'ai avec la psychologue que celle-ci cherche à se distancier de la pratique clinique des psychiatres et, peut-être, de la clinique spécifique de la psychiatrie avec qui j'ai travaillé jusque là. En effet, quelques remarques un peu acides sur celle-ci me laissent perplexe...

J'interroge donc, avec des questions larges, le travail de la psychologue aux urgences. J'apprends que psychiatres et psychologues aux urgences ont une responsabilité différente. Alors qu'ils peuvent indifféremment muter des patients dans les services du pavillon et dans certains établissements extérieurs (cliniques), la responsabilité des hospitalisations sous contrainte est uniquement octroyée aux psychiatres. Ainsi, au moment de la relève du matin, les psychologues se retrouvent en charge des patients qui posent le moins de « problèmes » d'orientation – c'est-à-dire ceux dont on envisage une orientation en ambulatoire, un retour au domicile ou une hospitalisation libre. Du coup, les psychologues se retrouvent souvent en charge de TS légères, de tableaux dépressifs ou de tous les troubles d'ordre névrotique. Il y a donc une forme d'exercice implicite du pouvoir médical dans cette répartition où, en quelque sorte, ce sont les patients aux pathologies les plus bénignes dont se retrouvent en charge les psychologues. Face à cela, je perçois chez la psychologue une forme de « défense » qui consiste à revendiquer, auprès de moi, la mise en œuvre d'une autre clinique. Elle dénigre la préoccupation permanente des psychiatres pour « l'orientation » des patients et la « ventilation » du service. Alors que dans les observations précédentes j'ai en effet senti le poids de l'institution dans la clinique des psychiatres (notamment concernant le moment de la « criée », cet épisode où les psychiatres réclament des lits pour leurs patients face aux autres médecins), il ne m'a pas semblé si important que le dit la psychologue. En tous cas, cet argument sert à cette dernière pour défendre une autre clinique, la sienne, qui serait défaite de l'idéologie de l'urgence. L'idéologie de l'urgence conditionnerait la forme de la clinique en fonction de la nécessité de désengorgement du service et non pas vraiment en fonction du sujet rencontré... Je m'aperçois en effet dans les entretiens que l'attention portée, par la psychologue, sur la place du patient dans le social est moindre par rapport à la façon dont les psychiatres investissent précisément cette dimension des « filets sociaux » dans la résolution des problèmes du patient. Alors que les psychiatres prennent en compte les deux dimensions, singulière (histoire personnelle, familiale) et collective (histoire sociale, place dans la société), de l'identité du sujet rencontré pour déterminer sa prise en charge, son orientation, la psychologue, fidèle, en quelque sorte, aux présupposés de la psychologie clinique, investit la part singulière de la vie du sujet en questionnant d'emblée le patient sur son histoire familiale. De même, la mobilisation du cadre institutionnel comme levier thérapeutique est moins utilisée par la psychologue. A ce propos, il est intéressant de noter qu'elle ne s'associe pas à l'image de l'hôpital en ne portant pas de blouse (mais les psychiatres sont aussi divisés sur ce sujet). De même, quand la psychologue me relit ses observations portées sur le DMU, je m'aperçois de l'utilisation d'un vocabulaire connoté dans le champ de la psychologie clinique. Je note aussi

des interprétations psychologiques (sous la modalité de l'hypothèse) qui se distinguent des aspects plus descriptifs des comptes-rendus de la psychiatre (qui se contente, presque, de « raconter » l'entretien avec des remarques cliniques certes, mais pas systématisées en interprétation globalisante).

J'ai pu rencontrer deux patients avec la psychologue, dont le profil sera décrit brièvement ici.

Madame L. est une femme de 60 ans qui se retrouve aux urgences, pour son premier passage, suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Nous la rencontrons à l'UHCD où elle a pu être installée après un passage par le service d'accueil deux jours plus tôt, un lundi. Le DMU indique que Madame L. avait disparue depuis le samedi précédent et qu'on l'a retrouvée endormie (suite à l'absorption des médicaments) sur la banquette arrière de sa voiture.

Quand nous la rencontrons, elle est attachée à son lit : cette mesure a été prise après qu'on l'a retrouvée dangereusement coincée, la tête prisonnière des barreaux du lit. La psychologue suppose une nouvelle tentative de suicide plus qu'un accident. La patiente est très agitée quand nous la rencontrons : elle est logorrhéique et pleure beaucoup. Malheureusement, elle n'a pas son dentier et ses propos, peu articulés et qui défilent très vite, sont très peu compréhensibles. D'après ce qu'il est possible de comprendre, Mme L. explique son geste par une brouille familiale qui aurait eu lieu pendant les fêtes de Noël : elle a des propos très virulents vis-à-vis de ses enfants qu'elle accuse de profiter de la générosité du père en lui soutirant de l'argent. Devant l'agitation, l'incohérence des propos, les difficultés familiales et le risque de récurrence suicidaire, la psychologue décide de maintenir Mme L. en hospitalisation ici en rendant compte du mieux possible, dans le DMU, du schéma familial tel qu'il est vécu par Mme L. (sentiment de persécution par ses enfants, père faible) et qui lui est psychiquement insupportable. La psychologue s'enquiert peu de la situation sociale de Mme L (sinon qu'elle dépend d'un CMP de la banlieue est lyonnaise), privilégiant l'investigation du vécu des relations familiales comme source de la souffrance.

Monsieur O. est arrivé aux urgences suite à une tentative de suicide par phlébotomie. C'est son deuxième passage dans le service : le dernier date d'il y a trois mois où il avait déjà été reçu pour une récurrence de tentative de suicide. Le DMU révèle que pour son premier passage, il n'avait pas été demandé d'avis psychiatrique, ce qui est très rare dans le cas des tentatives de suicide. Lors de l'entretien, dans des propos assez confus, il dénie la gravité de son acte en arguant qu'il veut retourner travailler. Il explique alors qu'il travaille dans un Centre d'Aide par le Travail où il a « *des copains et des copines* » et qu'il désigne globalement comme un lieu de sociabilité important pour lui. Il indique, en référence à son état psychique qu'il semble bien connaître, que le CAT est fait « *pour des gens comme [lui]* ». Une ordonnance jointe à son dossier indique qu'il a un traitement psychotrope important concernant une pathologie chronique de déficience mentale et de psychose. D'ailleurs, des signes cliniques le confirment à la psychologue à qui le patient confie qu'il entend des voix. Monsieur O. a un comportement bizarre car il chante durant l'entretien. Il semble être un habitué des entretiens de psychiatrie car il se met à raconter avec précisions son histoire familiale. D'ailleurs, il viendra retrouver la psychologue dans les couloirs pour compléter son histoire auprès d'elle quand lui reviendront des souvenirs. Il raconte notamment qu'il a des envies de meurtre envers sa mère. Monsieur O. est un patient en crise, ce que révèlent ses récurrences suicidaires. Ainsi, pour la psychologue, il n'est pas en mesure de retourner travailler pour le moment. Une place d'hospitalisation en clinique psychiatrique est trouvée pour lui.

Avant que je parte du service, une altercation éclate entre la psychiatre avec qui je travaille habituellement et la famille d'un patient qu'elle vient de voir. Celui-ci a été reçu aux urgences pour un état d'alcoolisation massive. Suite à l'entretien avec le patient, la psychiatre décide de le laisser repartir en estimant qu'il ne nécessite pas d'hospitalisation. En apprenant cela, la famille n'est pas d'accord et demande à la psychiatre une hospitalisation sous contrainte (HDT) : un membre de la famille serait prêt à signer. La psychiatre refuse et elle se fait insulter d'irresponsable par la famille, en pleine salle d'attente. La famille fait des menaces à la psychiatre en arguant que le patient prendra bientôt le volant ivre et tuera quelqu'un sur la route. Malgré les insultes, elle reste stoïque et invoque le secret et le savoir médical devant l'injonction faite par la famille d'exercer contre son gré son pouvoir médical.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

L'accueil de la psychologue que j'ai qualifié de « glacial » ne doit bien sûr pas être analysé comme le résultat d'un conflit de personnalité (car je ne sais rien de la sienne et que connaît-on de sa propre personnalité surtout si on fait l'hypothèse de l'inconscient ?) mais comme la production d'une attitude sociale par rapport à ce que je représente, c'est-à-dire un observateur associé à l'équipe de psychiatrie. Elle se présente à moi en refusant que je l'associe à ce que j'ai vu antérieurement. En somme, elle définit, en creux, sa place dans l'institution. Cette définition par la négative donne deux pistes interprétatives. D'une part, se définir contre, c'est revendiquer une appartenance collective (Lamizet) : elle marque qu'elle a une identité de psychologue en se distanciant des impératifs institutionnels (« orienter », « ventiler ») et de la pratique psychiatrique (elle a des « stagiaires psychologues » à qui elle accorde de l'importance, plus qu'à moi, et cette fois elle active la logique de l'identification, autre versant de la construction de l'identité). D'autre part, on peut questionner cette attitude à partir de ce qu'elle dit plus tard sur la responsabilité et le pouvoir différencié entre psychiatre et psychologues : **les psychologues se retrouveraient, en quelque sorte, en charge du « reste du reste »**, c'est-à-dire des patients renvoyés par les médecins somaticiens (voir schéma de l'observation n°2) puis par les psychiatres.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

On peut estimer que ma présence auprès de la psychologue modifie sa pratique, dans la mesure où elle me dit elle-même qu'elle est plutôt habituée à travailler exclusivement avec des stagiaires psychologues en formation – et qui donc n'ont pas un seul rôle d'observateur mais aussi d'apprentissage de la pratique, de mise en situation. Ses remarques sur l'aspect persécutant des entretiens à plusieurs (pas vraiment souligné par les psychiatres habitués à avoir des internes et à travailler en institution hospitalière) rend compte **d'un attachement de la psychologue au dispositif canonique de la relation intersubjective**, duelle, qui fonde théoriquement la relation thérapeutique en psychologie (à travers celle du transfert).

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

Le statut différencié de l'information médicale entre psychiatre et psychologue

renvoie à une différence d'identité soignante et de prise en compte de la dimension politique du soin aux urgences.

Il y a une démarche d'écriture différenciée entre psychiatre et psychologue dans le dossier médical d'urgence. Cette observation n'émane pas d'une analyse des discours tirés du DMU mais bien d'observations directes des soignants en train de rédiger leurs comptes-rendus et

me les commentant. Je n'ai en effet pas eu l'occasion d'extraire des dossiers de patients du DMU malgré quelques tentatives où on renvoyait à plus tard cette opération en m'indiquant que cela nécessitait des précautions administratives et des autorisations hiérarchiques du fait de la préservation du secret médical.

D'abord, on peut dire qu'il y a une approche commune de la tâche globale du compte-rendu des entretiens dans le dossier médical informatisé. Psychiatres comme psychologues ont une attitude de rejet vis-à-vis de la demande administrative de remplissage du dossier concernant le diagnostic du patient. Il est impossible pour eux que la souffrance du patient se réduise à une case à cocher rendant compte, de manière univoque⁷⁷⁴, d'une symptomatologie ou d'un profil pathologique qui, en dernière instance, sert à quantifier et tarifier les actes médicaux. C'est pourquoi tous deux investissent l'espace consacré aux observations générales ou complémentaires pour **rédigier** un compte-rendu d'observation. **Cette activité de rédaction est donc une autre forme de production de l'information médicale (alternative, en quelque sorte) se distanciant des principes quantificateurs, épidémiologiques et statistiques plus proprement attendus par l'administration médicale pour comptabiliser les actes médicaux.** Notons, à ce propos, qu'il est possible de valider un dossier en laissant vide l'espace réservé à la rédaction des observations, mais qu'on ne peut le faire si on n'a pas rempli les informations d'ordre statistique.

Cependant, l'observation ci-dessus montre que psychologues et psychiatres se différencient à l'intérieur même de l'activité de rédaction. Ils l'investissent largement tous les deux, mais il nous semble que **la référence institutionnelle** n'y est pas présente de la même façon. En effet, alors que **les psychologues produisent un compte-rendu qui s'apparente à l'exercice de la vignette clinique** et qui, nous semble-t-il, produit aussi des interprétations cliniques, **le compte-rendu des psychiatres tient plus du récit**, à la fois de l'entretien qui vient d'avoir lieu et des événements de vie qui ont amené le patient aux urgences. Ce récit rend compte, par exemple, des contacts pris avec les institutions en mesure d'apporter une aide (psycho)sociale au patient. Au-delà, il nous semble que ce récit a un destinataire implicite qui est l'institution car il constitue une sorte de trace, une mémoire de l'accueil du patient dans le service d'urgence. Nous avons en effet mis en évidence dans une observation précédente que le DMU servait *a priori*, avant la rencontre des patients, à la fois à déterminer le soignant qui le rencontrera (s'il l'a déjà rencontré, par exemple, de façon à construire une sorte de suivi) et le rapport que le patient a construit avec l'institution (recours inaugural – profil de crise – ou recours répétés – « chronique de l'urgence »). Ainsi, il y a une **fonction institutionnelle du récit**. On voit bien, à travers le cas de Mme L., comment la psychologue se distancie de ce modèle en insistant davantage sur la détresse subjective de la patiente qui, selon elle, a construit une figure du père et des enfants au cœur de sa souffrance. Les moyens institutionnels de la prise en charge et du soin sont moins présents comparativement aux outils cliniques investissant et interprétant la détresse singulière de la patiente. Ainsi, cette observation révèle que **le levier thérapeutique de l'institution** (dans ses dimensions symboliques et imaginaires) **est moins mobilisé chez les psychologues** intervenant dans le service. Cela s'explique certainement aussi par le fait que pour un psychiatre l'hôpital constitue une partie de son identité (car c'est là qu'il s'est formé, là qu'il trouve des signes d'appartenance) qui est moindre pour les psychologues souvent invités en tant que tiers dans les institutions hospitalières (supervisions ou renforts, par exemple). Cette remarque ne cherche pas à juger les pratiques des psychologues, mais

⁷⁷⁴ Psychiatres et psychologues travaillent avec la parole, ce qui les renvoie à l'expérience clinique de *l'équivocité fondamentale de la langue*, d'autant plus quand le patient est amené à décrire son symptôme, toujours de manière métaphorique (Lacan, Laplantine). D'où le rejet de *l'univocité* des items statistiques qui ne peuvent refléter leur pratique.

à souligner des pratiques de prise en charge différenciée. D'autant **qu'au cœur de ces deux approches subsiste la reconnaissance d'un statut de la parole du patient qui dans un cas s'articule dans le récit à une référence institutionnelle et dans l'autre à une référence à des concepts de psychologie clinique** concernant, par exemple, les complexes familiaux.

N.B. : la réflexion sur l'information médicale a une dimension épistémologique en ancrant proprement la thèse dans le champ des SIC. **La façon de concevoir, de construire et de justifier l'information sur les patients de manière différenciée de la part des administrateurs, des somaticiens, des psychiatres et des psychologues rend compte, à un second degré, du statut de la communication à l'hôpital**, et des tensions que cela suppose, en particulier aux urgences où la mise en avant de la performance technique de la médecine d'urgence a tendance à subordonner l'information médicale à des objectifs techniques, utilitaires, économiques.

Le théâtre de l'urgence.

Ces observations laissent entrevoir la possibilité de concevoir le service d'urgence comme une scène de théâtre. On le voit dans le jeu des identités soignantes déjà évoqué et aussi dans l'épisode de l'altercation. On peut en effet dire que **la famille du patient alcoolique a mis en scène les attentes sociales – ce n'est pas un hasard si, précisément, la scène se déroule dans la salle d'attente – face à la psychiatrie**. Le psychiatre est envisagé ici, face au jugement des autres familles et patients en attente, comme garant de l'ordre public. Ce qui souligne sa fonction politique, au moins dans les représentations sociales.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
6	15/01/2007	N1/N3	Matinée (8h-13h)	Chef de clinique Internes de psychiatrie	Le retour de la temporalité soignante dans l'hospitalisation « post-urgence »

Récit de l'observation :

A partir de ce jour et durant les trois suivants, je vais faire la découverte d'une autre facette du pavillon N. J'ai en effet été invité par le chef de clinique du service N1/N3 à passer une semaine en compagnie de son équipe (c'est-à-dire lui-même, psychiatre, et ses internes de psychiatrie). Le service N1/N3 est une aile du pavillon N composée de deux étages et d'une capacité d'une soixantaine de lits dont 7 de soins intensifs. Le service reçoit tous types de pathologies (somatiques et psychiatriques) contrairement au service N2 (situé dans une autre aile du pavillon et qui reçoit des hospitalisations ne relevant que de la psychiatrie). Ainsi, comme à N Accueil, psychiatres et somaticiens sont amenés à cohabiter (la plupart du temps, psychiatres et médecins somaticiens se croisent, leurs bureaux étant ici bien séparés par rapport à N Accueil) et à collaborer (notamment dans les réunions de relève et lors de la « *criée* », cette réunion où il est décidé de l'orientation des patients, déjà évoquée dans une observation précédente).

Le chef de clinique qui m'accueille est intéressé par ma recherche. En effet, avant de le suivre dans son service, j'ai eu l'occasion de le rencontrer en compagnie du chef de service du pavillon N, puis, une autre fois, pour que nous échangions sur nos recherches respectives (il est intéressé par les problématiques politiques et sociales liées à l'accueil

d'urgence et par l'évolution contemporaine de la psychiatrie, notamment la question des classifications nosographiques, sur lesquelles il produit des articles critiques). J'ai pu aussi le voir aux réunions bibliographiques des internes de psychiatrie du pavillon déjà évoquées plus haut.

Cette première matinée, je la passerai donc aux côtés du chef de clinique. Lors de mon immersion dans ce nouveau service, je vais tout de suite adopter une attitude comparative par rapport à mon expérience à N Accueil. Ceci me permet de mieux classer les nombreuses informations qui me parviennent. Ceci me contraint certainement à négliger ou ignorer certaines informations importantes car pas faites pour ma grille de lecture comparative, mais je me dis que je vais passer la semaine dans le service et que j'aurais bien le temps de changer ma « focale » d'observation et de me laisser imprégner, avec moins de « défenses méthodologiques », par la vie du service. Par ailleurs, mes observations sont quelque peu perturbées par la prise de contact avec de nouvelles personnes (médecins, internes...) et une nouvelle configuration des locaux. Malgré ces perturbations dues à la surprise de la nouveauté, je retire quelques informations intéressantes de cette matinée.

Tout d'abord, concernant le déroulement de la matinée, j'ai repéré quatre grandes « phases » de travail.

Phase 1 : La journée commence à 8 heures par une réunion de relève au service N3 : elle dure une demi-heure et réunit les représentants de tous les acteurs du soin du service (équipe de nuit et équipe de jour qui prend la relève). Il s'agit d'une revue rapide des patients à partir de leur dossier, des possibilités de soin et d'orientation (c'est ici que le psychiatre est informé des patients qu'il aura à voir, ou à revoir).

Phase 1 bis : Même chose pour le service N1 (de 8h30 à 9h15).

Phase 2 : Une fois que le représentant de la psychiatrie (ici le chef de clinique) a récupéré le nom des patients à voir, il va en rendre compte à ses collègues (ici des internes au nombre de 3). Psychiatre et internes discutent alors assez longuement des quelques cas à voir ; certains patients sont déjà connus de la veille, d'autres sont néo-arrivants, en provenance du service N Accueil ou de l'UHCD. Cette réunion dure jusqu'à 9h45. Alors que le psychiatre intervient très peu lors des deux premières relèves, un véritable espace de dialogue s'institue lors de cette réunion avec les internes où les patients commencent à prendre une consistance symbolique, à devenir des sujets pourrait-on dire, à travers le récit clinique qu'on fait d'eux. Les patients sont répartis entre les différents praticiens en fonction de plusieurs critères : pathologie (les internes sont dans un apprentissage de la clinique), patients déjà vus par un interne la veille, etc.

Phase 3 : C'est le temps des consultations, le plus long de la matinée. C'est un temps d'échange entre patients et psychiatres assez intense car, à la différence de ce qui se passe à N Accueil, un travail psychothérapique est entamé même s'il s'agit encore d'une clinique de l'urgence, c'est-à-dire de court terme. Ici, les médecins peuvent construire un suivi des patients et procéder à l'introduction d'un temps plus long où la parole du patient a la possibilité de se déposer un peu durablement dans l'institution et de trouver à s'adresser à un autre qui est toujours le même, instaurant une forme de continuité des soins (ce qui n'est pas la même chose que la rencontre inaugurale, mais unique, avec le psychiatre de l'accueil). D'un point de vue clinique, **on pourrait dire qu'à N Accueil se construit la possibilité du transfert (demande puis rencontre) qui est ensuite exploitée à N1/N3**.

Phase 4 : Une nouvelle réunion est organisée en fin de matinée entre les psychiatres où chacun fait le récit de sa matinée en dressant des tableaux cliniques des patients rencontrés. Cette réunion a aussi pour but de régler les questions d'ordre médico-légal pour lesquelles

les internes ne sont pas en mesure de prendre une décision (concernant, par exemple, une hospitalisation sous contrainte qui nécessite la responsabilité du chef de clinique).

Au-delà de cet aspect chronologique, et malgré le côté déstabilisant de la découverte d'un nouveau cadre, d'une nouvelle ambiance, de nouvelles personnes avec qui je vais travailler (et qui me demandent de présenter ma recherche dont j'ai l'impression que je dois la traduire en une langue faite pour qu'elle soit bien considérée et que je sois bien accueilli moi-même), je parviens à faire quelques observations qui me paraissent importantes.

D'abord, concernant les modalités du discours et des échanges entre les praticiens. J'avais déjà trouvé qu'à N Accueil, il y avait un clivage important entre somaticiens et psychiatres, lisibles dans leurs communications informelles (dialogues dans le bureau, par exemple). Je suis très étonné que ce clivage se perpétue dans le service N1/N3 où les contraintes qui pèsent sur les médecins sont différentes. En effet, j'avais noté qu'à l'accueil, c'est souvent par l'intermédiaire de leurs patients que les psychiatres étaient dénigrés tant ces patients donnent peu la possibilité de mettre en œuvre les moyens techniques de l'urgence. Les patients de la psychiatrie sont en effet souvent considérés comme encombrants, incarnant dans le vocabulaire de beaucoup d'acteurs du soin la figure du *déchet* ou du *résidu*. A N1/N3, les patients sont hospitalisés, c'est-à-dire qu'ils ont déjà subis un « tri » préalable à l'accueil et correspondent ainsi mieux à l'offre de la médecine d'urgence. Pourtant, encore une fois, les patients de la psychiatrie sont considérés comme des « *occupeurs de lits* », autrement dit comme des malades encombrants qui grippent le fonctionnement du service tellement ils sont difficilement orientables (situés, souvent, entre la détresse psychique et sociale). De plus, la pression du temps ne me semblait pas être la même, à considérer le temps pris dans la matinée pour des réunions. Les psychiatres semblent occuper une place marginale dans ce service car les autres médecins les associent et les identifient facilement aux patients dont ils ont la charge, eux-mêmes marginaux.

Preuves en sont ces quelques bribes de dialogues que je récupère lors des réunions de relève. Ce sont des propos des médecins somaticiens commentant les dossiers des patients de la matinée : « *Elle m'a bien saoulée celle-là, il faut la virer à N2* » ; à propos d'un patient pour lequel aucun symptôme somatique n'est interprétable : « *il est pour les psychiatres celui-là : on n'a pas grand-chose à se mettre sous la dent* » ; à propos d'une patiente dépressive, et sur un ton ironique : « *elle va faire une TS à la Volvic* ». A la suite de ces propos, le chef de clinique tiendra à me faire un commentaire en me confiant qu'on interpelle souvent le psychiatre pour « *un patient dont on ne sait plus quoi faire* », alors qu'il est nécessaire de « *ventiler le service* » (c'est-à-dire faire de la place).

De plus, les médecins somaticiens emploient un langage très technique ainsi qu'un grand nombre d'acronymes dans une langue très spécialisée pour désigner les pathologies de leurs patients. En revanche, quand il s'agit de décrire les patients des psychiatres, le registre de discours change en devenant plus trivial : « *il décartonne complètement* ».

Autre observation, cette fois concernant la ségrégation symbolique de l'espace : je suis mis en garde, quand j'arrive dans la salle de réunion, de ne pas m'asseoir n'importe où alors que je m'appête à tirer une chaise : « *assieds-toi plutôt là, car ici c'est habituellement réservé aux somaticiens* ». Nous sommes en effet assis à la périphérie des somaticiens.

Concernant maintenant le rapport entre les psychiatres et les patients, j'observe, par rapport à N Accueil, qu'une plus grande place est offerte à la parole singulière du patient. J'ai l'impression que l'institution est moins présente dans le discours du psychiatre (elle est là, de fait, par l'hospitalisation) et qu'il se situe davantage dans une attitude d'écoute

et d'interpellation du patient dans ce qui a fait la singularité de son recours et ce qui fait la spécificité de son symptôme. La communication intersubjective est privilégiée dans la clinique psychiatrique menée à N1/N3, plus qu'elle ne l'est à N Accueil. A ce propos, un interne me confie que ce qui se dit dans cette phase d'hospitalisation immédiate après le recours ou la crise est assez étonnant dans la mesure où les patients « *parlent beaucoup* » en alternant récit des événements récents ayant motivé le recours et éléments de leur histoire personnelle se référant à un temps plus long.

Cette matinée sera l'occasion de rencontrer une patiente, Mme B. et son fils. Je renvoie ici à la lecture du *fragment clinique n°2* : « *Mme B. : quand l'impasse psychique rencontre les contraintes du social* ».

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Cette matinée a été l'occasion de découvertes importantes par le simple fait que j'ai été projeté dans la vie d'un nouveau service du pavillon des urgences. Il est donc nécessaire que je fasse retour sur mon expérience subjective, et notamment sur ce que je perçois comme une difficulté de distanciation par rapport au terrain. En effet, il me semble qu'à relire mon récit, j'emprunte des manières de voir et de penser les phénomènes à partir des manières de voir et de penser de ceux que j'accompagne, c'est-à-dire les psychiatres. On peut cependant, me semble-t-il, tirer des données pertinentes pour la thèse à partir de cette expérience singulière.

Le premier biais provient certainement du choix de la démarche comparative qui me fait mesurer mes observations présentes en fonction des observations passées à N Accueil. Alors que la comparaison me fournit une grille de lecture, elle rabat en même temps le travail des deux services l'un sur l'autre. Plus précisément, il y a le risque de vouloir trouver les mêmes phénomènes d'un côté comme de l'autre en fermant les yeux sur des spécificités qui n'apparaissent pas, ou peu, du fait du choix de critères non-pertinents de lecture du terrain.

Cependant, cette démarche permet aussi d'observer qu'il existe **une continuité** entre accueil d'urgence et hospitalisation aux urgences, notamment sur **la persistance du clivage fort entre médecins somaticiens et médecins psychiatres. Comme à N Accueil, c'est à partir de la critique des patients de la psychiatrie comme « encombrants », « inadaptés » ou « faux-malades » par rapport aux critères de la médecine somatique scientifique, que se produit le dénigrement des psychiatres.** On pourrait produire alors **deux hypothèses** : la première concernerait le **mode de construction de l'identité soignante des psychiatres** aux urgences qui s'apparente à une sorte de contamination (des patients vers leurs médecins) **selon la logique, décrite notamment par Freud, du tabou.** La deuxième concerne **le statut des patients de la psychiatrie dans l'institution.** Ceux-ci dessinent les limites de l'institution en laissant apparaître le **caractère ininterprétable de leur symptôme pour les somaticiens.** Les médecins se trouvent alors interrogés dans leur propre identité de soignant ce qui les amène, par suite, à confisquer le statut de malades à ces sujets particuliers. En effet, c'est une défense de l'identité de médecin que de défaire un sujet de son statut de malade ou de patient de manière à ce qu'il n'entre plus dans le champ d'action du médecin et ne vienne pas questionner sa compétence médicale.

Un autre biais réside peut-être dans la difficulté que j'éprouve personnellement à construire un temps spécifique de l'hospitalisation et de la prise en charge d'urgence indépendant de celui rythmé par l'institution. J'ai en effet découpé le temps du service

comme l'institution elle-même le découpe (cf. les 4 phases). **Un regard critique sur ce temps institutionnel devra être posé** pour tirer des résultats pertinents et **pour que l'analyse produite dans la thèse ne soit pas la paraphrase du discours institutionnel implicitement contenu dans l'organisation de son emploi du temps**. Il convient donc de partir de considérations problématiques comme celle-ci : **dans quelle mesure l'absence de temps dans les situations d'urgence implique-t-elle la nécessité d'un temps très scandé dans la prise en charge de la part de l'institution ?** (cela renvoie à la **dialectique du temps court et du temps long chère aux historiens et aux théoriciens de la notion d'événement**).

Je dois aussi peut-être revenir sur la trop grande empathie que j'éprouve pour les psychiatres en qualifiant leur place de « dénigrée » ou « marginale ». Il convient peut-être de changer le point de vue en transformant une situation interprétée spontanément de ma part dans le **registre du manque ou de la victimisation vers une interprétation rendant plutôt compte d'une fonction institutionnelle spécifique des psychiatres**. Le constat d'un manque appelle en effet souvent une signification qui vient y répondre. Il faut s'interroger positivement sur le sens de la place du psychiatre dans l'institution.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Il ne me semble pas qu'il y ait dans cette observation de perturbations du terrain que je n'aurais déjà évoqué et traité dans les observations précédentes et dont je devrais prendre garde ou tirer des données spécifiques.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

L'analyse de l'expérience subjective amène à tirer deux grands résultats de cette observation qui viennent confirmer des données déjà tirées plus haut, à partir d'autres situations d'observations.

Le statut et la place des patients de la psychiatrie et de leurs médecins :
marginalisation, expression de la limite et figure/fonction du tiers dans l'institution.

Beaucoup d'éléments ont déjà été indiqués à la fois dans le récit de l'observation et dans le texte analysant l'expérience subjective d'observation.

Mais pour renverser l'hypothèse selon laquelle les psychiatres auraient une place marginalisée dans les services d'urgences, on pourrait dire, de manière plus positive, qu'ils occupent une fonction spécifique dans l'équilibre de l'organisation institutionnelle pour qu'elle tienne debout. Ils occupent la place d'une soupape de sécurité en permettant d'absorber tout ce qui déborde de la radicalité utopique de la médecine technicienne et scientifique. Ils absorbent et reçoivent ce qui n'a plus de sens pour les autres acteurs du soin, d'où la thématique du déchet qui est souvent empruntée pour qualifier les patients de la psychiatrie dans la mesure où le déchet (ou le résidu) est proprement ce qui est *irréductible* (ce qui n'est ni réduit par le sens – c'est-à-dire renvoyé à quelque chose de connu par l'interprétation clinique, par la sémiologie médicale – ni par une opération organique, chimique). **Le psychiatre occupe donc une place de tiers dans l'institution car c'est en passant par lui, en l'interpellant pour qu'il intervienne, que les autres acteurs du soin parviennent à donner une référence et une signification, certes floues, à ce dont « on ne sait pas quoi faire »**. Il prend en charge ce qui ne peut plus être référé à rien dans les normes, le code de l'institution. En cela, il est créateur de signification, mais **d'une signification flottante, qui accepte le vacillement de la norme. On pourrait dire qu'il est un « tiers flottant »**.

- Événement, temps court et temps long dans la prise en charge et l'hospitalisation « post-accueil d'urgence »

Le temps d'hospitalisation qui suit l'accueil d'urgence réintroduit du temps long pour le sujet en détresse qui alterne entre récit de l'événement malheureux qui l'a amené aux urgences et contextualisation de cet événement dans son histoire personnelle (qui a elle-même une dimension singulière et collective qui peut se lire dans les recours passés aux différentes institutions, par exemple).

Ce processus dialectique (articulation temps court/temps long chez le sujet) est peut-être rendu possible par les modalités de la relation thérapeutique qui s'institue lors de l'hospitalisation à N1/N3. Il y a, de la part des médecins, la tentative d'assurer le sentiment d'une continuité (c'est-à-dire du temps long) en mobilisant toujours le même psychiatre pour un même patient. C'est finalement le passage par l'autre (le soignant, identifié, toujours le même⁷⁷⁵, à qui l'on parle plusieurs fois) et par l'hospitalisation de moyenne durée (redoublant le sentiment de la continuité institutionnelle) qui donneraient la conscience d'un **dépassement possible de la crise en situant la parole du sujet dans le temps long de son existence et dans la continuité de l'institution, contre la tyrannie angoissante du présent de la crise** où aucune parole n'arrive à se situer ni dans le temps, ni dans l'espace. Au cours du processus de prise en charge d'urgence, l'événement malheureux qui affectait le patient, d'ordre réel, impartageable, change de statut et devient symbolique (il est possible de produire une médiation entre ce réel et des significations antérieures issues de l'histoire du sujet ou du discours institutionnel).

Autrement dit, par rapport à N Accueil qui institue *un espace de parole possible*, une rencontre, et finalement permet la formulation d'une *demande*, **la prise en charge « post-accueil d'urgence » réintroduit quant à elle la question du temps sur son versant singulier (celui du sujet) et sur son versant collectif (celui de l'institution avec la construction d'une écoute suivie et d'un parcours de soin)**. En somme, la prise en charge d'urgence (accueil + hospitalisation) redonne au sujet la possibilité de s'insérer à nouveau dans des situations (espace et temps) de communication (où la parole peut être mise en œuvre à nouveau).

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
7	16/01/2007	N1/N3	Matinée (8h-13h)	Une interne de psychiatrie Une médecin spécialisée dans l'accueil des patients toxicomaniaques	Le lien au pavillon N comme construction d'une médiation entre des sujets précarisés et le collectif. La reconnaissance d'un désir de lien

Récit de l'observation :

Je poursuis ce matin-là mon immersion dans le service N1/N3. Cette fois, je ne suis pas invité à la réunion de relève avec les somaticiens, mais directement à celle réunissant l'équipe psychiatrique qui précède la rencontre et les entretiens cliniques avec les patients.

Cette réunion débute à 9h15 et rassemble une série de nouveaux soignants. Comme la veille, il y a le psychiatre chef de clinique et des internes (au nombre de 3).

⁷⁷⁵ Bernard Lamizet indique en effet que l'identité, dans l'intersubjectivité, se construit dans la spécularité.

On compte aussi une psychologue-psychanalyste que j'ai déjà vu intervenir à N Accueil mais avec qui je n'ai pas eu l'occasion de mener des observations. C'est à la suite de l'explication de mon travail de thèse, dont j'indique qu'il s'appuie sur quelques points théoriques de la psychanalyse lacanienne, qu'elle revendique à mon égard le fait qu'elle est psychanalyste tout en me disant, comme on l'a déjà fait à plusieurs reprises, que « *Lacan, c'est dépassé* » !

A ses côtés, dans cette petite salle où se réunit l'équipe de psychiatrie, se tient une médecin spécialisée dans l'accueil des patients aux problématiques toxicomaniaques et addictives. L'explication de ma recherche semble grandement l'intéresser. Elle pense que « *nous avons des concepts qui se superposent* », concernant la question des ruptures de soin, des phénomènes d'errance et des recours répétitifs aux urgences que je tente d'observer. Je me dis que le terme de « *concept* » n'est pas très adapté car il s'agirait plus pour elle de préoccupations cliniques. Elle a cependant en effet une manière de concevoir les recours aux urgences qui excite ma curiosité. Elle utilise des termes que j'ai l'impression de manier, moi aussi, dans mes réflexions. Pour elle, les services d'urgence reçoivent des « *pathologies du lien* » : je suis sensible et promets de m'interroger sur cette expression qui met en rapport le collectif et le politique avec le registre de la clinique et du symptôme. Elle estime que des patients trouvent une identité dans le lien précaire qu'ils entretiennent, continûment ou plus sporadiquement, avec le pavillon N et qui se traduit dans la répétitivité des recours. Cela amène, pour elle, à s'interroger sur la définition même de l'urgence qui reçoit, paradoxalement, des chroniques : je suis interpellé par cette observation qui recoupe exactement les résultats de l'étude menée à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu par mes soins deux ans plus tôt.

Enfin, une psychologue représentante d'une association lyonnaise qui reçoit des patients dépressifs est aussi présente. Elle vient s'informer régulièrement au pavillon N de la possibilité de recevoir des patients dans sa structure qui accueille ceux-ci deux mois, en post-urgence, pour suivre une thérapie (de groupe). Par ailleurs, elle vient faire le bilan de la trajectoire des patients orientés depuis le service d'urgence et ayant séjourné dans sa structure. Il s'agit alors de comprendre l'allure des trajectoires de soin (échec, succès) en prenant en compte la prise en charge d'urgence articulée à l'accueil institutionnel spécifique qui s'en est suivi dans l'association.

La réunion, où de multiples thèmes cliniques, politiques et sociaux auront été brassés, s'achève à 10 heures. Il est temps de partir à la rencontre des patients hospitalisés dont il a aussi été fait cas lors de la réunion. Je vais suivre ce matin une interne de psychiatrie. Nous nous retrouverons à midi pour le compte-rendu de la matinée entre internes et psychiatres.

La matinée avec cette interne (appelons-là Lucie), dont j'avais déjà fait la connaissance lors de la « *réunion bibliographique* », sera très agréable car, outre les observations des entretiens, nous allons beaucoup échanger dans une ambiance très conviviale. Nous parlerons notamment du parcours de l'interne en médecine, particulièrement en psychiatrie. Lucie me fait part du mouvement de rejet de la psychanalyse dans les études de médecine aujourd'hui. Elle exprime cela comme un regret partiellement compensé par l'étude de quelques textes de psychanalyse lors des « *réunions bibliographiques* » dont j'ai déjà rendu compte plus haut.

Les patients que nous allons rencontrés seront aussi l'occasion de discussions autour, notamment, de la charge médico-légale à assumer dans la clinique psychiatrique aux urgences.

Aussi, dans le discours de Lucie, j'entends à nouveau le clivage, le conflit d'identité net, éprouvé entre somaticiens et psychiatres. Elle soupire en constatant qu'on attribue aux psychiatres « *les patients pour lesquels plus rien ne peut faire l'objet d'un examen somatique* » et pour qui il faut trouver et construire une trajectoire de soin. Elle estime que les médecins somaticiens sont dans une sorte « *d'automatisme* » dans leur rapport aux patients.

Plusieurs cas, rencontrés dans la matinée, m'interpellent sur la fonction sociopolitique de l'urgence psychiatrique. J'ai l'impression que le service d'urgence vient combler des lacunes institutionnelles présentes par ailleurs dans la société. Ce sera mon axe de lecture principal du terrain pour cette observation (je veux introduire une variation par rapport à ma grille de lecture (chronologique) de l'observation précédente qui m'avait paru constituer un biais méthodologique ; je le « corrige » donc ici en me fondant, fidèle à mes options méthodologiques, sur la pertinence de faire varier les angles de lecture du terrain pour faire émerger le maximum de données).

Je renvoie d'abord au cas de Mme J. (*fragment clinique n°1*) qui continue à faire parler de lui dans le service comme le type même de recours interprété comme « *abusif* » ou « *pervers* » par les équipes soignantes de l'urgence mais qui révèle, par ailleurs, que les urgences sont le lieu d'accueil de sujets qui ne trouvent aucune possibilité d'être accueillis ailleurs dans la société (voir la thématique du « dépôt » dans le fragment clinique).

Lucie semble avoir compris ce qui m'intéressait dans le cas de Mme J. et me fait part d'un autre cas, Mme G., dont les recours sont aussi interprétés très souvent dans le service comme « *pervers ou abusifs* ». Les recours de cette patiente au service se comptent par dizaines chaque année. Elle est SDF et toxicomane (elle reçoit la dose maximale de *Subutex* qui est le substitut principal à l'héroïne). Cependant, ses recours sont souvent justifiés par une plainte somatique (accident causé par l'errance de Mme G. sur la voie publique). Lucie indique que cette patiente a construit un lien fort au pavillon N dont les passages répétés constituent la mesure de son appartenance au collectif, comme c'est le cas pour beaucoup de patients précaires exclus des prises en charge dans les circuits sociaux non médicalisés.

Au fur et à mesure du récit de Lucie et de la description qu'elle fait de Mme G., je vais me rendre compte que je « connais » la patiente qui m'a déjà interpellé à plusieurs reprises, dans la rue, près de chez moi, pour me demander de l'argent. J'avais eu une fois une discussion avec elle car je lui avais fait remarquer qu'elle portait un bracelet identique à ceux que l'on met aux patients des urgences lors de leur entrée administrative. Mme G. m'avait alors tenu un discours très critique sur l'accueil d'urgence à l'hôpital. Elle m'expliquait ainsi qu'on l'avait récemment maltraitée là-bas en se débarrassant d'elle violemment et en la jetant sur le parvis du service depuis une civière alors qu'elle avait, selon elle, le pied cassé (elle me montrait alors un pied en effet enflé et douloureux, écrasé, selon elle, par une roue de camion en train de manœuvrer). Suite à cette discussion, j'avais poursuivi mon chemin sans donner d'argent à Mme G. qui en avait oublié qu'elle m'interpellait pour cela, satisfaite du message qu'elle m'avait fait passer ou simplement d'avoir échangé avec un passant.

Nous voyons ensuite une première patiente dont je ne connais pas la pathologie mais pour qui une hospitalisation en psychiatrie est envisagée par l'équipe soignante. L'enjeu est de convaincre la patiente et son entourage de la nécessité et du bien-fondé de l'hospitalisation. Le mari de la patiente refuse cette hospitalisation alors même qu'il avait formulé le recours pour sa femme, arguant qu'à « *l'hôpital psychiatrique, on sait quand on rentre, mais on ne sait jamais quand on ressort* » et qu'il préférerait que sa femme poursuive son hospitalisation aux urgences. On s'aperçoit encore ici aussi comment les urgences

occupent une place intermédiaire, de médiation, entre des solutions impossibles ailleurs (fondée, ici, sur une représentation apeurée de l'hôpital psychiatrique).

Enfin, dans la série des patients qui ont recouru aux urgences faute d'une réponse ailleurs dans l'espace public, nous voyons un monsieur venu aux urgences car son psychiatre était parti en vacances et qui n'a pas supporté la rupture de soin.

En fin de matinée, Lucie est confrontée à un cas difficile qui s'apparente pour moi à une sorte de dilemme médical. Il s'agit d'une vieille personne (appelons-là Georgette). Georgette est psychotique : elle a des hallucinations auditives et présente des signes de délire paranoïaque : elle se sent persécutée par sa fille. D'autres troubles du comportement s'ajoutent à ce tableau : elle oublie d'éteindre le gaz chez elle, de fermer sa porte, de se laver, de se nourrir... Pour des raisons médicales, il s'avère nécessaire de l'hospitaliser en psychiatrie, car elle se met en danger perpétuellement. Cependant, son consentement est très fluctuant, ce qui rend nécessaire une hospitalisation sous contrainte. Mais on ne peut demander à sa fille de signer une HDT, car cela renforcerait les hallucinations de persécution de Georgette dont sa fille est déjà l'objet. C'est ainsi que Lucie envisage une hospitalisation d'office (mais qui nécessite de prouver des troubles à l'ordre public, l'hospitalisation étant prononcée conjointement avec le préfet). En concertation avec le chef de clinique, il sera décidé que la raison du gaz laissé régulièrement allumé par Georgette constituera un trouble à l'ordre public suffisant pour une HO mais qui couvre en fait une nécessité clinique rendant impossible une HDT...

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Je pense avoir pris en compte dans cette observation certains biais que j'avais soulignés lors des expériences précédentes, notamment le souci de se débarrasser d'une grille de lecture de l'urgence qui soit calquée sur la manière dont l'institution hospitalière et ses acteurs organisent eux-mêmes le processus de prise en charge des patients. J'ai cette fois articulé une lecture chronologique à une lecture politique sur le manque institutionnel que vient combler la prise en charge aux urgences psychiatriques. Je dois encore faire varier les grilles de lecture du terrain au gré des pistes suggérées, notamment, par les informateurs.

Il convient peut-être de revenir ici sur le cas de Mme G. que je décide de travailler à partir d'un récit clinique et d'une connaissance sommaire que j'ai de la patiente hors de l'institution. Même si ces deux modes de connaissance (récit, rencontre fortuite) de la patiente peuvent générer, chez moi, une représentation imaginaire et fantasmée de Mme G., **il n'en reste pas moins qu'il faut s'interroger sur une constante qui est son désir de lien qu'elle exprime dans ces deux lieux distincts de l'espace public que sont la rue (le désir de lien est l'interpellation) et l'hôpital (le désir de lien est le recours répété aux urgences).**

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Le travail avec les internes de psychiatrie mérite d'être interrogé tant il a été à la fois l'occasion d'un partage d'expériences et une source d'information pour ma recherche. J'ai déjà évoqué les biais et certains moyens de les dépasser à l'analyse de *l'observation n°4*.

La question qui se pose ici est : quel est le statut des informations fournies par les internes sur leur travail dès lors qu'une situation d'identification (sur plusieurs plans : âge, réalisation d'un doctorat...) et donc de proximité affective, de type amical, s'instaure très vite entre eux et moi ? Il me semble en fait qu'il faille décaler le regard et interpréter le sentiment

de proximité autrement. J'apprends en effet lors de mes discussions avec les internes que ceux-ci sont seulement de passage aux urgences pour un stage (d'une durée de 6 mois ou un peu plus) qui s'intègre dans une série de stages dans différentes institutions de soin (et pas forcément en psychiatrie d'ailleurs). Cela signifie qu'ils ont un rapport d'étranger vis-à-vis de l'institution (en tous cas par rapport aux psychiatres statutaires), ce qui leur permet une plus grande liberté de parole et de critique sur ce lieu de soin. Ils surveillent donc moins leur langage vis-à-vis d'un observateur ressenti comme peu intrusif (d'où mon sentiment possible de familiarité) dès lors qu'ils ont une histoire partagée courte avec le pavillon N. Ainsi, dans ce que me disent les internes sur le pavillon N, je dois lire un regard distancié sur l'institution qui n'est pas le regard du pavillon N sur lui-même. Je pense donc que les internes ne doivent pas être entièrement ressentis comme des « informateurs indigènes » mais plutôt comme occupant une position de médiation riche pour mon enquête. En effet, *ils donnent à voir un savoir et un savoir-faire cliniques dans le champ de la psychiatrie sans toutefois être absorbés par les logiques institutionnelles propres au pavillon N*. C'est ainsi que Lucie parvient à formuler à mon égard l'absence de place symbolique de certains patients aux urgences (pas reconnus comme malades, mais comme « pervers » abusant de l'offre du service) tout en étant en mesure, pourtant, de faire un travail clinique avec ces patients.

En bref, on pourrait dire que **la position décalée des internes donne à leur discours et à leurs commentaires sur la psychiatrie d'urgence une valeur d'analyse et d'objectivité relative** qui peut se rapprocher de ma propre position d'enquête (les internes ayant, à la fin de leur cursus, à produire un mémoire (appelé thèse) qui est un compte-rendu d'expérience clinique et/ou institutionnelle).

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Il est possible de confirmer la donnée, issue du terrain, déjà dégagée précédemment, selon laquelle il existe un conflit d'identité très net entre psychiatres et médecins somaticiens qui se fonde sur la revendication, de la part des psychiatres, d'une autre logique d'accueil de la détresse qui donne un statut particulier au patient, notamment en lui assignant une position sociale et en lui reconnaissant une demande allant au-delà de la simple détection d'un symptôme (cf. « *automatisme* » et « *les patients pour lesquels plus rien ne peut faire l'objet d'un examen somatique* »).
- Les urgences psychiatriques sont le lieu d'une formulation – et d'une écoute – possible de difficultés, portées par des sujets, dont la détresse se situe à la frontière du social, du psychique et du médical, ce que représente bien l'expression « *pathologie du lien* » qui rend compte d'un rapport possible entre la clinique et le social.
- Les recours répétés aux urgences sont la marque de la construction, dans le temps long, car scandé, d'un lien à l'institution. Ces recours en pointillé, par butinage, constituent une médiation possible au collectif pour des sujets désaffiliés, désinsérés et précarisés continûment dans l'espace public. Ce lien est pourtant ambivalent comme le suggère le cas de Mme G. qui recourt de façon répétée à l'institution tout en déniait la reconnaissance sociale qu'elle y trouve. Le désir de lien dont les patients attendent une reconnaissance aux urgences est confirmé par l'oubli de Mme G. de me réclamer à nouveau de l'argent (sa demande initiale) dès lors qu'elle a pu établir une relation de communication, même courte, comme aux urgences, avec moi.
- A travers les recours aux urgences psychiatriques, on remarque que le service comble des lacunes institutionnelles qui existent par ailleurs dans l'espace public. Les urgences viennent au secours des sujets qui passent à travers les « maillages

institutionnels » qui donnent habituellement aux sujets de la sociabilité une place symbolique dans le collectif.

- Les urgences psychiatriques reçoivent les recours proprement inattendus et ininterprétables par les institutions de l'espace public qui structurent et donnent sens à la sociabilité, y compris l'institution médicale. En ce sens, les urgences psychiatriques constituent un lieu institutionnel qui accepte de recevoir et d'entendre la singularité, ce qui entre en contradiction avec la notion même d'institution qui énonce la norme et les conditions d'appartenance au collectif. En cela, les urgences psychiatriques sont un lieu de l'institution où s'interrogent, vacillent et se reconfigurent en permanence les normes. L'institution est en demeure d'énoncer de nouvelles normes dès lors qu'elle se rend compte de la caducité de celles en vigueur, caducité soulignée par l'imprévisibilité et l'inattendu radical du recours et des demandes des patients.
- La psychanalyse, si ce n'est comme clinique, du moins comme théorie, a sa place aux urgences psychiatriques. Ce résultat confirme le même résultat déjà dégagé lors d'une observation précédente concernant le temps de « réunion bibliographique ».
- L'introduction du temps long aux urgences psychiatriques se manifeste par l'intérêt porté aux trajectoires de soin des patients.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
8	17/01/2007	N1/N3	Matinée (8h-13h)	Internes de psychiatrie Chef de service des urgences psychiatriques	Usages exigés et usages détournés du DMU

Récit de l'observation

Lors de cette nouvelle matinée d'enquête de terrain, j'ai rendez-vous avec les internes de psychiatrie du service N1/N3. La journée commence pour eux par la « réunion de bibliographie » que j'ai déjà évoquée et qui porte ce jour-là sur la question du traumatisme. Il s'agit notamment de s'interroger sur la notion clinique d'« *état de stress post-traumatique* » qui est, d'après ce que je saisis, une adaptation contemporaine de la notion de *trauma* développée en psychanalyse et qui est susceptible d'être applicable à la clinique de l'urgence. L'exposé de l'interne et la discussion qui s'ensuit sont relativement techniques et complexes pour moi. J'en retire cependant la certitude que la psychanalyse constitue, dans la clinique de l'urgence, un fond théorique important puisque ce n'est pas la première fois que j'entends qu'on y fait clairement référence, lors des réunions bibliographique ou lors des échanges plus informels que j'ai avec l'équipe de psychiatrie lorsque j'accompagne un de leurs membres.

A l'issue de cette réunion, je suis interpellé par le chef de service responsable des urgences psychiatriques au pavillon N. Il m'invite à le suivre dans son bureau pour que je lui expose l'avancée de mes travaux d'observation. Lors de notre entretien je parle au chef service de mon désir d'explorer le Dossier Médical d'Urgence (DMU), cette interface informatisée où tous les acteurs du soin du service rendent compte de leur activité auprès de chaque patient.

En effet, le DMU est pour moi un outil très intéressant en ce qu'il me semble avoir de multiples et contradictoires fonctions. Sa fonction première est certainement de répondre à la demande de la nouvelle gestion hospitalière qui exige de rendre compte de chaque acte

soignant effectué de façon à évaluer, périodiquement, la dotation financière que recevra l'hôpital.

Ensuite, le DMU a une utilité juridique : en enregistrant précisément (à la minute près) le moment de l'acte médical effectué sur le patient et la nature de cet acte, le corps médical laisse une trace de son activité en cas de procès ou de mise en jeu de la responsabilité d'un soignant dans le contexte d'une société qui se judiciarise de plus en plus.

Aussi, le DMU permet de garder une mémoire des patients qui transitent dans le service, ce qui est d'importance quand on connaît le phénomène des recours chroniques aux urgences déjà évoqués plus haut.

Enfin, cette interface constitue, pour moi, un lieu d'investigation remarquable en ce qu'il est un support d'information et de production discursive vis-à-vis duquel chaque soignant, suivant sa catégorie ou sa spécialité médicale, nourrit un rapport différent. C'est ainsi que les psychiatres investissent davantage la zone de commentaires libres (sous la forme du récit de la rencontre avec le patient) que les autres médecins. Aussi, je me suis aperçu à plusieurs reprises qu'ils rejetaient catégoriquement l'exigence imposée par le logiciel de donner un diagnostic du patient sous forme de cases à cocher dans un tableau. Autrement dit, il me semblait que les psychiatres, à travers cette interface informatique, s'insurgeaient contre les demandes de l'administration médicale à leur égard.

C'est donc de cela dont je m'entretenais avec le chef de service, à la fois pour qu'il me donne son opinion sur le DMU et, aussi, pour qu'il m'y donne l'accès. Je comprends très vite que l'accès à cette base de données sera très compliqué : il invoque une procédure administrative lourde qui tient au fait que je serai amené à enfreindre le secret médical, valeur sacrosainte dans le champ médical et hospitalier. Je n'insiste pas, d'autant que mon interlocuteur choisit de me livrer, en quelques mots, sa propre analyse de la pertinence de l'usage de l'interface informatique. Pour lui, les classifications (nosographiques, symptomatologiques, diagnostiques) sont une « *aberration* ». Il invoque pour cela deux raisons majeures. D'une part, les symptômes des patients de la psychiatrie présentent un caractère souvent « *inclassable* » (intrication de pathologies, problématiques sociales et psychosociales non-réductibles à la sémiologie diagnostique médicale, etc.). D'autre part, la spécificité de la clinique psychiatrique ne permet pas de dresser de diagnostic dans le temps court de l'urgence (puisque l'outil thérapeutique principal est la parole qui doit se déployer sur une assez longue période, nécessaire pour donner l'idée d'une structure psychique particulière). Du coup, m'explique-t-il, plus que sur les tableaux diagnostics, la clinique de la psychiatrie d'urgence s'appuie davantage sur des notions de « *psycho-dynamique, de psychanalyse et de métapsychologie* » qui se fondent sur l'interprétation globale du rapport du sujet en détresse aux autres (famille, société), sur la relation de soin (parole, transfert) comme support thérapeutique en mesure de replacer la détresse du sujet dans un temps plus long que celui de la crise.

Lorsque que je redescends du bureau du chef de service, tous les internes sont au travail, en entretien avec des patients de N1/N3. Il n'est pas possible que je me greffe à l'un d'eux en cours de consultation et, vue l'heure avancée de la matinée, ils sont en train de faire leur dernier entretien. Je décide alors de m'asseoir dans leur bureau pour relire mes notes en attendant que l'un d'eux revienne et que je puisse discuter avant le bilan de la matinée avec le chef de clinique.

Quand les internes reviennent, il est question du retour aux urgences de Mme B (voir *fragment clinique n°2*). C'est alors l'occasion de discuter de la difficulté, pour certains patients, d'être accueillis en milieu hospitalier tant leur détresse est à la frontière d'une

demande motivée à la fois psychiquement et socialement (*voir la conclusion du fragment clinique n°2*). Les urgences apparaissent significativement comme le lieu d'accueil de ces pathologies « frontières ».

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Je n'ai, au cours de cette matinée, découvert aucune situation nouvelle qui m'incite à faire retour sur mon expérience présente. La réunion bibliographique et la place du chef de service ont déjà été travaillées dans des observations précédentes.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Le chef de service a tenu à mon égard un discours ambivalent à propos du DMU : en même temps qu'il en protège l'accès au nom du secret médical (et surtout, en invoquant le poids des démarches administratives pour le lever dans le cadre d'une enquête ethnographique), il développe une opinion très critique à l'égard de cet outil informatique. Il est légitime d'envisager ces propos comme le discours d'un informateur et donc de l'analyser, comme le préconise G. Devereux, en prenant en compte la spécificité de la situation de dialogue. Dans quelle mesure la mise en forme de l'information produite par le chef de service à mon égard constitue-t-elle, en elle-même, une information sur le terrain ? Le chef de service a une position intéressante car il est à la fois un représentant institutionnel important, avec une tâche de direction, et un clinicien (psychiatre) qui intervient, quand il peut se libérer de sa charge institutionnelle, auprès des patients de l'urgence (accueil, suivi). **Ainsi, en réalité, le discours que je ressens comme ambivalent est certainement le reflet, à penser dans la thèse, d'une situation institutionnelle « conflictuelle » qui met en contradiction les logiques administratives avec les logiques de la clinique qui ne donnent pas, chacune, le même statut au patient.** Le patient serait alors une case comptable référée à une catégorie diagnostic, épidémiologique, dans la logique administrative, et un sujet parlant, irréductible à un seul signifiant diagnostic, dans la logique clinique de l'accueil de psychiatrie aux urgences.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- La psychanalyse et, de manière générale, les notions de la métapsychologie, sont un appui important dans la clinique de la psychiatrie d'urgence : cela permet à la fois de privilégier la relation thérapeutique au détriment du diagnostic et permet aussi d'introduire l'importance de la parole et de la question de l'autre et des autres (le collectif, la « civilisation » comme dirait Freud) dans l'interprétation des recours aux urgences psychiatriques.
- Le dossier médical d'urgence est un support d'information qui mérite de faire l'objet d'une analyse en termes de discours et d'usages de l'objet technique à la fois. Il est ainsi un objet singulier à étudier en sciences de l'information et de la communication. Le poids du secret médical orientera l'étude du DMU davantage vers la question des usages.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
9	18/01/2007	N1/N3	Matinée (8h-13h)	Internes de psychiatrie Psychiatre chef de clinique	Attente et banalité dans le quotidien de l'urgence

Récit de l'observation :

C'est la dernière matinée que je passe dans le service N1/N3. Cette matinée ne sera pas particulièrement riche en observations, je vais même m'ennuyer un peu (ou plutôt être gêné de ma propre présence dans le service car, ce jour-là, ni le psychiatre chef de clinique, ni les internes ne me proposeront de les accompagner auprès des patients). Il faut dire, aussi, mais je le développerai plus bas, car c'est tout de même une observation importante, que les psychiatres ont peu de travail ce jour là. Je décide cependant de rester dans le service en me faisant la réflexion que l'expérience ethnographique doit aussi être un exercice d'immersion où le chercheur ne doit pas nécessairement être à l'affût de l'observation « révélatrice » qui n'est peut-être rien d'autre qu'un fantasme. Ces quelques semaines d'observation au pavillon N m'ont en effet déjà démontré l'intérêt de l'attention aux choses banales (voir, de ce point de vue, la non-représentativité de *l'observation n°1*, « trop » spectaculaire en regard des recours quotidiens qui relèvent toujours plus d'une détresse ordinaire que de la « folie furieuse » qui fait l'attrait des médias quand ils souhaitent s'intéresser à l'urgence psychiatrique⁷⁷⁶). La matinée me paraît donc un peu longue, ce qui pourrait paraître contradictoire pour un service d'urgence où l'on s'imagine – revoilà l'imaginaire, le fantasme ! – une activité chronophage menée au pas de course par les soignants. Cela me pousse à une réflexion. Je me dis que les urgences semblent se caractériser par l'attente. Celle-ci est valable pour les patients, *en attente d'être accueillis* au moment du recours, *en attente d'une* visite d'un membre de l'équipe médicale ou d'un de leur proche. Mais elle est aussi, parfois, valable pour les équipes soignantes *en attente d'un* résultat d'analyse, *en attente de* l'arrivée d'une famille d'un patient, *en attente du* réveil d'un patient, *en attente d'une* information du médecin généraliste de ville, etc... Je vais donc passer la matinée dans le bureau des internes, parfois seul de longues minutes, parfois entouré d'un interne de passage qui me parle du patient qu'il vient de voir, qui vient faire une pause en dialoguant avec moi, peut-être par politesse, peut-être par divertissement, souvent pour me rendre compte d'une expérience quotidienne de l'apprentissage de la clinique psychiatrique de l'urgence.

Vue la tranquillité du service, je décide de ne pas me contraindre ce jour-là à la prise de notes frénétique dans mon carnet, me laissant aller aux associations d'idées sur les situations successives que je rencontre et dont je fais l'expérience, comme pour celle de l'attente. Je poursuis ainsi mon objectif méthodologique de ne pas me rendre prisonnier d'une grille de lecture spécifique du terrain.

Dans ce contexte général, je peux malgré tout produire quelques observations éparses et succinctes.

D'abord, j'assiste à la réunion de relève entre les membres de l'équipe de psychiatrie à 9h15. Le chef de clinique annonce à ses internes qu'ils n'auront pas tous un patient à prendre en charge. En effet, le service est engorgé par des patients âgés avec des problématiques somatiques qui demandent un temps d'hospitalisation assez long avant leur sortie ou une orientation en gériatrie ou en institution d'accueil. En conséquence, le service mitoyen, N Accueil, est surchargé et accumule les patients qui ont besoin d'un suivi psychiatrique mais qui n'ont pas encore pu, depuis plusieurs heures, accéder à un lit ni même, pour certain, à une première rencontre avec un psychiatre. Compte tenu de la faible quantité de travail à N1/N3 ce matin-là, un interne est envoyé en renfort au service d'accueil des urgences qui est débordé.

⁷⁷⁶ Voir à ce propos mon étude de corpus sur les représentations de la psychiatrie dans la PQR (voir annexes)

Au fur et à mesure du passage des internes dans le bureau, j'observe leur utilisation de l'interface informatique (DMU). Je peux ici conforter mes observations précédentes qui sont que les psychiatres rédigent, sous forme de récit et de description, leur rencontre avec les patients. Ce récit est alimenté par des références à la parole des patients à la forme indirecte, avec des formules de ce style que j'ai relevées : « *le patient dit que...* », « *il se plaint de...* », « *il déclare que* ». Aussi, l'interne indique non pas une symptomatologie ou un diagnostic clair et univoque mais des hypothèses. J'ai ainsi pu relever une formule telle que : « *Le patient ne **semble** pas décompensé* ». Ayant le sentiment de valider mes hypothèses précédentes sur le DMU, j'oublie de demander à l'interne si sa formulation sous forme d'hypothèse correspond à une modestie de l'étudiant en médecine ou alors à une réserve diagnostique propre à la clinique psychiatrique. Enfin, je note que les internes rendent aussi compte des contacts multiples qu'ils ont eu avec les institutions extérieures qui sont susceptibles de connaître ou de prendre en charge le patient. On trouve alors des mises en forme telles que : « *contact avec le psychiatre de secteur :* ».

En bref, j'observe que chez les psychiatres, le discours sur le patient, enregistré dans la mémoire de l'hôpital via le dossier médical informatisé, ***n'est jamais une parole close ni définitive***. La parole du médecin enregistrée laisse la voie ouverte à un autre développement signifiant ou interprétatif. De même, même retranscrite au style indirect (et donc dans une certaine mesure interprétée), la parole du patient s'inscrit dans la mémoire de l'hôpital.

La matinée se termine pour moi par une réunion clinique (animée par une psychologue clinicienne du service) où il est question des lettres laissées par les patients suicidaires reçus aux urgences psychiatriques. Il s'agit pour l'équipe psy de comprendre comment intégrer cet élément dans la clinique de l'urgence quand la lettre a été découverte et apportée par la famille. Il s'agit d'élucider la genèse du geste suicidaire à travers la verbalisation, par écrit, du moment qui était le plus proche de l'acte. Quelques exemples de lettres, très émouvantes, parfois stupéfiantes, passent entre nos mains. Je suis très attentif aux explications de la psychologue mais, encore une fois, peut-être effrayé par le sujet ou par manque de connaissances cliniques, je décide de seulement écouter et de ne pas prendre de notes. Je suis interpellé par une lettre où un monsieur ayant tenté de suicider au gaz demande pardon à sa famille pour la facture de gaz... Une discussion est engagée dans l'équipe de psychiatrie pour réfléchir à cette représentation cynique de sa propre mort par ce patient.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Pour moins de lourdeur dans la rédaction et plus de confort dans la lecture, j'ai intégré ce qui me semble être les éléments d'analyse de l'expérience subjective directement dans le récit de l'observation. Je peux les rappeler ici brièvement pour que la méthodologie reste claire :

- la surprise d'éprouver de l'ennui et de vivre une situation d'attente dans le contexte de l'urgence renvoie clairement à un imaginaire de l'urgence à travailler en tant que tel mais à questionner pour s'apercevoir que **l'attente, c'est aussi une situation propre à l'urgence sous plusieurs dimensions** (à la fois, d'ailleurs, pour les patients et les médecins, même si l'attente n'est certainement pas vécue de la même manière).
- Le désir du chercheur de trouver la perle rare, l'observation archétypique, empêche peut-être de faire l'observation du quotidien et de la banalité. Le choix de ne pas

prendre de note et de s'immerger sans intention précise dans le terrain ce jour me fait prendre conscience de la nécessité de **mettre en tension urgence et détresse ordinaire ; urgence et banalité.**

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Je suis étonné par l'application des internes à rédiger leur compte-rendu clinique sur le DMU. Peut-être que ma présence observatrice pendant cette activité les pousse à ces efforts de précision et de rédaction. Ainsi, quelle est la représentativité de cette observation ? Même s'il y a peut-être, de la part des internes, une volonté de montrer un travail dans un rôle attendu par le chercheur, je crois quand même à la représentativité de cette observation, pour deux raisons :

- les quatre jours en compagnie des internes ont introduit une familiarité entre eux et moi, ce qui laisse supposer une moindre activation des rôles attendus auprès de moi.
- Cette observation entre dans une série d'autres observations précédentes identiques révélant que le DMU est véritablement utilisé par les psychiatres de manière spécifique, comme **le lieu d'inscription d'une mémoire institutionnelle du patient sous forme de récit qui intègre sa parole, plus ou moins déjà interprétée.**

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

La plupart des données intéressantes issues de cette observation sont inscrites dans le récit et l'analyse rétrospective de l'expérience. En voici la brève synthèse :

- L'urgence peut concerner des détresses ordinaires
- Contrairement à ce que pourrait laisser supposer l'imaginaire de l'urgence, l'attente est une dimension fondamentale de l'urgence.
- Le DMU est un lieu de communication et de discours qui manifeste la mémoire institutionnelle du service à propos de ses patients et laisse des traces de leurs paroles même si elles font déjà l'objet d'une interprétation institutionnelle du simple fait de la retranscription écrite.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
10	22/01/2007	N Accueil et UHCD	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les urgences débordées

Récit de l'observation :

Cette dixième matinée d'observation va s'avérer très intéressante autant sur le plan de la forme des recours que sur celui de la vie du service. Je suis ce matin à nouveau en compagnie de la psychiatre que je côtoie habituellement dans mes observations à N Accueil et à l'UHCD.

Quand j'arrive ce lundi, je suis très surpris par le nombre de patients à l'accueil des urgences. Leur nombre total s'élève en effet à quarante-cinq (UHCD comprise) dont quinze qui relèvent d'un « avis psychiatrique ». En m'informant des raisons de cette situation d'engorgement à laquelle je n'avais encore jamais assisté, j'apprends que le week-end précédent, seuls 3 lits d'hospitalisation étaient disponibles dans l'ensemble du pavillon N, ce qui a rendu mécaniquement le désengorgement de la zone d'accueil très compliqué. Ainsi, en déambulant dans le service, j'assiste à un spectacle chaotique aux allures de Cour des Miracles : les couloirs sont jonchés de brancards occupés par les patients. Parfois, un patient

s'y recroqueville pour laisser s'y asseoir, au bout, un membre de son entourage. Aussi, les box sont pleins, ils accueillent plusieurs patients dans une cohabitation relativement difficile tant elle réunit des personnes qui souffrent de maux différents : la personne âgée au souffle court est allongée non loin du patient éthylique qui se remet doucement, un peu tremblant, de son alcoolisation de la veille. Enfin, un clochard et une patiente, dont je vais apprendre plus tard qu'elle a été trouvée chez elle en état d'incurie avancé, ajoutent au tableau une dimension que j'avais déjà repérée aux urgences : les odeurs qui indisposent et qui sont la manifestation que les urgences reçoivent aussi des corps abimés. Ce spectacle des corps abîmés et des odeurs dérangeantes n'est pas sans me faire penser aux remarques de certains soignants (des aides-soignants jusqu'aux médecins) décrivant le pavillon N à travers le champ sémantique du déchet, de la métaphore excrémentielle ou de l'impur : « *ici, c'est la poubelle* », « *c'est le dépotoir* », « *on se récupère les déchets que tout le monde refuse* ».

Je découvre ainsi, dans cette situation d'engorgement exceptionnelle, avec une vive acuité, la fonction d'accueil social de l'urgence et la façon dont les demandes qui peuvent être adressées aux services d'urgences les débordent : tant sur le plan quantitatif (engorgement) que dans la manière selon laquelle les demandes excèdent, par leur caractère polymorphe (intrication de la détresse sociale, médicale et psychique chez un même sujet), l'offre de soin.

La situation d'engorgement est ce matin ressentie d'autant plus fortement que seulement deux psychiatres sont de service. Ils seront rejoints dans le cours de la matinée par une psychologue en renfort. Après la répartition des patients, il est convenu que le psychiatre que j'accompagne se chargera de six patients (dont certains lui sont déjà connus).

Du fait de la forte affluence, mon observation quasi-participante va se transformer en observation participante. En effet, le psychiatre va me demander à plusieurs reprises de lui venir en aide pour « tenir compagnie » aux patients (lorsqu'elle s'absente pour récupérer des dossiers) ou encore pour accompagner et faire le transfert des patients entre leurs lits et le bureau du psychiatre. Pris dans une forme d'anxiété chronophage de l'urgence qui m'est transmise par le psychiatre, j'accepte sans ciller de faire ce qu'elle me dit, sans me soucier des conséquences juridiques de mes éventuels actes auprès des patients. Je retiens particulièrement deux situations du fait de leur caractère à la fois cocasse et très instructif, à mon avis, sur le fonctionnement de l'accueil d'urgence.

Situation 1 : Nous partons à la rencontre d'une jeune femme d'une vingtaine d'années qui est arrivée aux urgences suite à une tentative de suicide par phlébotomie. C'est son deuxième passage au pavillon N depuis un mois. Elle avait été hospitalisée à N2 pour une problématique identique, dépressive et suicidaire. Le psychiatre, qui doit aller chercher des documents administratifs, me confie les clés de son bureau et me demande d'y accompagner la patiente et de l'attendre là-bas avec elle. Je m'exécute, mais alors que j'arrive devant le bureau je me rends compte de l'étrange allure de la serrure et de la clé. En fait, je ne vais pas parvenir à faire fonctionner la clé à tel point que j'en bloque la serrure... Durant mes multiples essais, la jeune patiente me fait part de ce qui l'amène ici. Elle explique qu'elle n'a pas commis son geste suicidaire dans l'intention de mourir mais pour fuir le domicile familial. Elle espère être hébergée ici temporairement, le temps que son père, qu'elle ne supporte pas, achève son séjour en France puis retourne en Tunisie où il vit actuellement.

Tandis qu'elle me confie tout cela, elle remarque que je m'évertue sans aucun succès à ouvrir la porte du bureau. Elle me propose de l'aide, se saisit de la clé et tente à son tour

l'ouverture de la porte. Je suis extrêmement gêné d'autant qu'elle force avec son poignet meurtri et bandé dont elle me raconte, alors que je vois sa blessure, qu'il ne s'agit que d'une petite coupure qu'elle s'est faite avec un couteau de cuisine, sans intention de se tuer, répète-t-elle. Enfin, sans parvenir à ouvrir la porte elle non plus, elle me rend les clés et s'adresse soudainement à moi sur un ton quelque peu ironique : « *Vous n'êtes pas médecin, vous, hein ?* ». Surpris, je produis une réponse évasive qui me permet de ne pas mentir en disant que je suis un étudiant qui s'enseigne du travail de la psychiatre...

Sur ces entrefaites, la psychiatre réapparaît et ouvre la porte d'un tournemain... L'entretien commence et je suis très étonné du changement de registre du discours de la patiente à l'égard de la psychiatre, plutôt agressif par rapport à l'attitude complice et confidente qu'elle a eue avec moi précédemment. Elle réexplique cependant la même histoire pour justifier son recours aux urgences : « *Je me suis coupée les veines avec un couteau de cuisine, chez moi. Je savais que je pouvais venir ici en fuyant de chez moi car je n'avais nulle part où aller* ». Elle raconte à nouveau qu'elle cherche à s'éloigner de son père qui est revenu, pour une courte période, « *du bled* ». Deux problématiques, intergénérationnelle et culturelle, semblent s'intriquer. La patiente a des demandes très opératoires : elle souhaite trouver refuge dans le service et « *ne pas avoir le même psychiatre que la dernière fois* » dont elle affirme, dans un discours teinté de paranoïa, qu'il l'a persécutée lors de son hospitalisation précédente, à N2, « *peut-être à cause de [son] nom* ». Malgré sa requête exigeante et un peu utilitariste, elle semble vivre un authentique moment de détresse. Elle raconte qu'elle souhaite fuir définitivement le domicile familial mais que ses demandes d'accueil en foyer n'aboutissent pas. La patiente sera finalement hospitalisée librement à N2 avec une recommandation à l'attention des collègues psychiatres sur son sentiment de persécution relatif à la dernière hospitalisation.

Situation 2 : A l'UHCD, la psychiatre me demande à nouveau d'accompagner une patiente à son bureau pour un entretien. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans qui se plaint de puissantes céphalées dont aucune origine somatique n'a pu être détectée. Cela évoque une possible névrose hystérique à la psychiatre. Son dossier indique que c'est son 4^e passage aux urgences depuis un an. Elle est française d'origine algérienne (elle a la double nationalité) et vit en France depuis un an environ. Elle a de grandes difficultés à s'exprimer en français et présente des difficultés d'intégration. Alors que je l'invite à me suivre, elle sort de son lit et se met debout en titubant quelque peu. Elle s'accroche à mon bras et nous cheminons en silence vers le lieu de l'entretien avec la psychiatre. Tout à coup, je sens son corps mollir et elle s'écroule, évanouie, dans mes bras ! Pris de panique, j'appelle à l'aide dans le couloir où un certain nombre d'infirmières passent sans me porter secours. L'une d'elle soupire en me lançant qu'il ne faut pas lever cette patiente, car elle « *joue* » à s'évanouir. En quelque sorte, ceci confirme la dimension hystérique de la souffrance de la patiente mais cela informe aussi, d'une certaine manière, sur la considération portée aux patients de la psychiatrie vers qui l'urgence ne semble pas être ressentie. En effet, alors même que la patiente est affalée sur moi, apparemment inconsciente, personne ne se décide à réagir, à part pour produire un commentaire plus ou moins désobligeant ! Comme si la souffrance de la patiente manquait d'authenticité... Enfin, une infirmière m'apporte de l'aide pour raccompagner la patiente vers sa chambre.

En dehors de ces deux épisodes qui m'ont fortement impliqué, de manière inhabituelle, avec les patients, un autre événement m'interpelle. Nous rencontrons une jeune fille de 18 ans qui est aux urgences pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire avec des comprimés appartenant à sa mère. C'est son premier passage aux urgences. L'entretien commence avec la psychiatre sur un mode très agressif de la part de

la patiente : elle est furieuse d'être à l'hôpital. Elle estime qu'elle ne souhaitait pas rencontrer de psychiatre, qu'on l'y a obligée, et qu'elle n'est pas « *folle* ». Tandis que dans le récit de la patiente, la psychiatre semble déceler « *une problématique abandonnique* » à travers le récit d'un père absent (car « *au pays* », la patiente est d'origine algérienne), elle décide de la questionner plus avant sur ses liens familiaux pour se faire une idée de la détresse de la jeune fille et envisager une hospitalisation. C'est alors que la patiente plonge dans une colère très vive où elle s'écrie que « *cet interrogatoire, c'est pire qu'un juge !* ». Sa colère monte encore : elle refuse qu'on prenne contact avec l'extérieur (famille ou institution susceptible de la prendre en charge), elle n'entend pas la gravité de l'acte suicidaire et finit par sortir du bureau où se déroule l'entretien en claquant la porte. La psychiatre ne tentera pas de la rattraper, furieuse elle aussi...

Enfin, dans le cours de la matinée, une patiente de 74 ans est adressée à la psychiatre par un médecin urgentiste généraliste qui ne trouve pas d'affection somatique urgente à cette dame âgée. La psychiatre prend assez mal l'orientation de son collègue dont elle estime qu'il se débarrasse auprès d'elle d'une patiente encombrante. La dame, de nationalité espagnole, vit seule. Elle est actuellement sous tutelle après avoir perdu tout contact avec ses enfants. Elle arrive aux urgences pour un problème d'incurie chronique et de troubles obsessionnels, eux aussi chroniques, et certainement dus à la vieillesse. C'est en fait l'expression de la psychiatre qui m'interroge, quand elle déclare, à propos de cette patiente qu'elle invitera à retourner chez elle, que « *le somaticien n'avait pas de bifteck somatique à se mettre sous la dent et, en plus, il y a un problème de tutelle. Sauf qu'il n'y a pas de danger psychique immédiat non plus pour cette patiente...* ».

Je m'interroge aussi sur ce que je préfère interpréter, dans le doute méthodologique, comme un hasard ce matin-là : tous les patients que nous avons rencontrés ont soit une origine étrangère (via un parent immédiatement proche (parents)) ou soit ont la nationalité étrangère eux-mêmes. Y aurait-il une forme de détresse propre aux populations immigrées ou issues de l'immigration récente qui viendraient se formuler aux urgences psychiatriques ? Est-ce parce que les urgences psychiatriques reçoivent des dépresses en lien avec des brisures de l'identité que ces populations spécifiques s'y adressent ? Est-ce, plus simplement, la situation géographique du service d'urgence, proche de zones urbaines ghettoïsées où vivent des populations précaires issues de l'immigration, qui explique ces recours ? L'hypothèse est, à ce point de l'enquête, indécidable.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Comme lors de la première observation où j'avais été très impressionné par le cas exceptionnel d'un patient en crise psychotique, je dois garder à l'esprit le caractère peut-être rare de la situation d'engorgement et de Cour des Miracles à laquelle j'assiste. En fait, il me semble que je dois enrichir mon enquête de cette observation en considérant que :

- cette situation exceptionnelle doit me rendre attentif, dans des situations plus calmes et régulières, à ce qu'elle a montré tel un miroir grossissant ce jour-là, à savoir : la présence de la précarité aux urgences, les contraintes institutionnelles (en termes de lits), les demandes difficiles à traiter et qui semblent défier l'offre des services d'urgence.
- Le thème de la Cour des Miracles qui me vient pour qualifier ce spectacle doit être mis en perspective avec mon étude de corpus de presse quotidienne régionale qui emploie le même terme pour rendre compte de situations exceptionnelles au pavillon

N dans des articles de faits-divers. Or, le registre du fait-divers n'est pas celui du registre de la banalité du quotidien (déjà observé).

· Cette observation demeure à comparer à une future et éventuelle situation d'engorgement.

Grâce à tout cela, on réduira, en s'astreignant à une forme de vigilance méthodologique, les risques de surinterprétation.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Lors de cette observation, mon rapport au terrain a considérablement changé. D'observateur discret et distancié que je souhaite être depuis le début de mon enquête, je me transforme en acteur participant aux tâches de mon terrain ! Bien sûr, je n'ai pas participé aux tâches de soin proprement dites mais juste à l'accompagnement et au transit des patients dans les couloirs du service. Ces courts moments avec les patients ont cependant été l'occasion d'échanges avec eux, ce qui ne m'arrive pas habituellement puisque je reste silencieux tout le long des entretiens menés par les psychiatres. Si cette sortie de ma posture d'observateur discret peut constituer un biais sérieux de l'enquête (concernant, notamment, mon implication personnelle vis-à-vis de l'institution), je retire des données intéressantes de la *situation 1*. En effet, alors même que la patiente perçoit, du fait de mes multiples maladroites, que je ne suis pas médecin, elle souhaite me raconter l'histoire de son recours (geste suicidaire) sur un registre un peu différent qu'elle le fera à la psychiatre. En somme, je fais l'expérience de ce qui constitue, pour les patients, l'attente primordiale vis-à-vis des urgences. N'étant pas identifié comme un médecin, *je suis cependant le destinataire d'un récit de vie personnel qui demande à être reconnu comme possible* (je fais l'expérience de ce que m'ont confié les psychiatres avec qui j'ai travaillé jusque-là : aux urgences psychiatriques, la dimension transférentielle est très puissante). *Le récit fait à la psychiatre par la suite introduit beaucoup plus d'attentes institutionnelles*. Je trouve ainsi qu'à travers cet épisode se manifeste une caractéristique très importante des recours à la psychiatrie dans le cadre de l'urgence : **à travers le récit fait par la patiente, artificiellement scindé entre deux destinataires différemment identifiés, se manifeste la nature duelle de la demande des patients aux urgences qui cherchent une reconnaissance à la fois singulière et institutionnelle (collective) de leur souffrance. On retrouve là les dimensions proprement anthropologiques et communicationnelles de la relation thérapeutique.**

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

· Les services d'urgences, et plus encore en leur sein l'accueil de psychiatrie, reçoivent une détresse multiforme qui a parfois une dimension sociale forte : problématique du grand-âge, errance, précarité. Il est souvent difficile pour les psychiatres d'accepter l'assimilation, parfois faite par les médecins généralistes des urgences qui leur orientent des patients pour « avis psychiatrique », entre détresse sociale et détresse psychique. Ce rabattement réducteur, qui met en avant la persistance d'un rôle social et politique de la psychiatrie ancré dans l'imaginaire de l'institution hospitalière, perdure aussi chez les patients (cf. la confusion, dans l'observation présente, entre psychiatrie et justice de la part d'une patiente). Au-delà, cette observation invite à se questionner sur ce qui permet aux psychiatres d'entendre une souffrance qui interpelle, à travers un sujet singulier, le collectif. Dans quelle mesure les psychiatres sont-ils capables, aux urgences, d'entendre une souffrance globale du sujet en détresse et qui soit en mesure de correspondre à leurs compétences cliniques ?

- Cette observation confirme une donnée repérée dans l'enquête menée auprès des infirmiers et des aides soignants du service. Chez certains acteurs du soin, notamment les infirmiers, le degré d'urgence est hiérarchisé suivant la pathologie des patients. Sur cette échelle, les patients de la psychiatrie sont ressentis comme des cas moins urgents que les autres patients (cf. la jeune fille évanouie dont le symptôme est interprétée comme celui d'une malade imaginaire : « *elle joue* »). Au-delà, cela confirme que la théâtralisation de la souffrance est une forme d'expression privilégiée des patients.
- Les urgences psychiatriques ont parfois pour fonction d'accueillir le réel des sujets et de la société. Le réel, au sens lacanien, c'est ce qui est, pour chaque sujet, proprement non symbolisable. C'est, par exemple, l'irreprésentable du corps (ses déchets, la pulsion...). Les recours aux urgences se justifient ainsi parfois quand la part de réel des sujets se manifeste trop et les déborde (cf. le cas d'incurie, les mauvaises odeurs, la pulsion de mort chez les suicidaires, etc.). Ces sujets, dans ce qu'ils manifestent, signalent parfois les limites symboliques de la société, le réel de la société, l'irreprésentable social, qui trouve cependant parfois sa place dans les services d'urgences qui concentrent le « raté » de la société, identifiable chez certains sujets qui en sont porteurs : le SDF, le fou, le précaire : tout ceci est susceptible d'avoir alimenté le sentiment de Cour des Miracles ressenti lors de cette observation. Les urgences, en tant qu'institution, sont alors débordées car trop de réel vient se manifester dans un espace symbolique par excellence qu'est l'hôpital, censé interpréter puis traiter, sans défaut, la souffrance physique et psychique. Les sujets des urgences (du fait de leur singularité) viennent ainsi interroger (et reconfigurer) en permanence les normes du soin et de l'accueil fixées par l'institution.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
11	25/01/2007	UHCD	Matinée (8h-13h)	Psychologue	Soignants et patients dans le théâtre des urgences.

Récit de l'observation :

Lors de cette matinée, je vais accompagner la psychologue du service d'urgence avec qui j'avais déjà mené des observations une fois précédente (*observation n° 5*). Je suis mieux accueilli que la dernière fois où j'avais ressenti un accueil assez glacial. Cependant, je continue à éprouver une certaine distance que j'interprète bien maintenant : je suis identifié aux psychiatres du service.

Je ne détaillerai pas trop cette observation dans la mesure où j'ai repris mes notes un peu tard et où je n'ai pas le sentiment de pouvoir produire des données sur le terrain supplémentaires à celles de *l'observation 5*.

Je peux tout de même lister quelques observations qui viennent valider, par leur redondance par rapport aux observations précédentes, des données déjà acquises :

- aux urgences psychiatriques, l'intervention du psychologue se réfère à une clinique qui choisit d'investir davantage la singularité du patient par rapport à ce qui constitue les repères de son identité collective, de son appartenance sociale. Cela est permis par le fait que le psychologue est en charge de moins de patients (2 contre 7 ce matin-là pour la psychiatre) qui ne sont pas susceptibles d'exiger des mesures de

médecine légale et qui correspondent, a priori, à des pathologies névrotiques qui peuvent être aiguës mais sans nécessiter d'hospitalisation sous contrainte.

Une patiente que nous rencontrons se sert de la scène de l'urgence pour *dramatiser* et *théâtraliser* sa souffrance. La psychologue, comme les autres acteurs du soin psychique aux urgences, prend acte et s'appuie, dans sa clinique, sur cette médiation particulière du soin qui, à la fois, renseigne sur la position subjective du patient, et en même temps, permet au patient de trouver un registre de discours et de parole susceptible de constituer une demande. (*Fragments clinique de la patiente* : Il s'agit d'une dame de 69 ans ayant fait une TS pas IMV, souffrant d'un syndrome dépressif depuis la mort de sa mère. Alors que son état somatique ne le justifie pas, elle dit ne pas être en mesure de se lever de son lit. Selon la psychologue, elle rend compte métaphoriquement, par cette position, d'une situation de délaissement qu'elle décrit dans son discours où sa famille est désignée comme trop distante).

En définitive, cette observation donne à voir une théâtralisation généralisée qui prend place sur la scène des urgences : celle des rôles soignants (psychologue/psychiatre) et celle issue des effets de dramatisation de leur souffrance opérée par les patients.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
12	02/02/2007	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre chef de service	Statut de la parole et logique de la vérité en psychiatrie

Récit de l'observation :

Comparée à la situation de *l'observation 10*, cette matinée sera très calme car seulement deux patients relevant d'un « avis psychiatrique » sont en attente d'être examinés. Je suis ce jour-là en compagnie du chef de service des urgences qui est aussi psychiatre et professeur de médecine légale (dont j'ai déjà fait une présentation dans *l'observation 1* et sur laquelle je ne reviens donc pas).

Deux cas seulement donc, mais néanmoins intéressants en ce qu'ils vont être révélateurs d'enjeux propres à l'urgence psychiatrique.

Le premier cas que nous rencontrons renseigne à la fois sur les relations entre psychiatres et somaticiens mais aussi sur celles entre les urgences psychiatriques et une autre institution importante de l'espace public, la police.

En effet, le chef de service est appelé à faire l'examen d'un patient en garde à vue pour trafic de stupéfiants. Durant la nuit, ce monsieur a été accompagné par la police aux urgences car, suite à son interpellation, il a manifesté un comportement bizarre, semblable à de l'angoisse. Cet état de santé ne permet alors pas de procéder aux interrogatoires de la garde à vue. Ainsi, les policiers sont venus aux urgences pour que l'interpellé bénéficie d'un soin et puisse retourner au poste de police en état de répondre aux questions des enquêteurs. Autrement dit, on n'est pas dans une procédure de réquisition d'un médecin par la police qui viserait à évaluer un trouble mental troublant l'ordre public. Or, dans la nuit, le médecin généraliste qui va rencontrer le patient va demander un « avis psychiatrique » car il estime que le patient est un « simulateur ». Le psychiatre de garde refusera l'examen de ce patient arguant que la « simulation » n'est pas une catégorie nosographique de la psychiatrie et qu'il n'a pas reçu de document provenant des autorités de police pour procéder

à l'examen du patient. Selon le psychiatre de la nuit, accepter de voir ce patient reviendrait à accepter la représentation de la psychiatrie que propose le somaticien et qui enlèverait à la psychiatrie sa vocation thérapeutique en l'instrumentalisant. D'autant que, comme me le confiera le chef de service avec qui je travaille à ce moment-là, la psychiatrie ne se situe pas, par rapport à la parole du patient, dans une logique de la vérité mais dans une analyse du dire, de l'énonciation, qui dévoile une souffrance ou une position de sujet singulier. Cela revient à affirmer que *la parole à l'hôpital n'a pas le même statut que devant la police et la justice* qui tentent d'établir la véracité ou non des faits relatés par une personne.

Le chef de service, ayant pris au matin la relève du psychiatre de garde « rebelle » va devoir se charger du patient (en tant que psychiatre) et, en même temps, régler le conflit avec le somaticien (en tant que chef de service et spécialiste de médecine légale). Le médecin somaticien continue à maintenir, ainsi qu'il l'a noté dans le DMU, que « *la demande d'avis spécialisé n'émane pas des autorités mais du médecin* ». Autrement dit, il ne comprend pas que le psychiatre n'ait pas obtempéré à sa demande sans pour autant se questionner sur le fait que la « simulation » ne constituait ni un symptôme, ni une pathologie psychiatriques clairs.

Dans la mesure où les policiers sont toujours dans le service à la porte du box du patient et pour apaiser le conflit, le chef de service se résout à examiner le patient en se promettant d'expliquer au somaticien les raisons de son acte : il s'entretiendra avec le patient en raison de la forte angoisse qu'il a manifestée lors de son interpellation, mais pas pour le motif de la « simulation ».

Nous voyons donc le patient, dans son box, allongé sur un brancard. Avant d'entrer, les policiers demandent au psychiatre s'il peut soutirer des informations à propos du trafic de drogue dont le patient est suspecté. Le psychiatre indique que le monsieur qu'il va observer est ici, précisément, un *patient* et qu'il l'observera comme *médecin* pour dire s'il est en mesure de retourner en garde à vue. Il ne se prononcera aucunement sur l'affaire de stupéfiant pour laquelle aucune procédure de réquisition n'a été faite. A la suite de ce message cordial mais précis à l'attention des policiers, nous nous entretenons avec le patient en prenant soin que notre conversation ne soit pas entendue par les policiers.

Le patient s'adresse au psychiatre à voix basse après que celui-ci lui a dit qu'il est là pour l'écouter sur l'angoisse qu'il a manifestée lors de son interpellation. Celui-ci manifeste une grande confiance au psychiatre et explique qu'il a eu une très importante crise d'angoisse au moment de son interpellation, ce qui l'a empêché de répondre aux questions des policiers. Il dit qu'il est déprimé et qu'il consomme des drogues douces sans rien dire de plus sur les raisons de son interpellation.

Suite à l'entretien, le psychiatre indique aux policiers que le patient peut supporter de retourner en garde à vue puis leur dit immédiatement au revoir sans leur donner plus de précisions.

La deuxième situation concerne un patient amené par la police suite à un signalement de ses voisins concernant l'état insalubre de son logement depuis un certain temps et de son comportement bizarre. Les policiers racontent au psychiatre que ce monsieur a été découvert dans un état d'incurie avancé, au milieu d'un appartement extrêmement sale et jonché d'ordures. Cette fois, le rapport avec la police est plus détendu, certainement parce que le psychiatre n'a pas le sentiment d'être instrumentalisé, mais plutôt simplement informé par les forces de l'ordre sur l'état de santé psychique apparent du patient. Il faut dire que le patient est complètement mutique. Le psychiatre va être obligé de prendre une décision de prise en charge sans pouvoir se fier à la parole du patient. Cela malgré

des tentatives répétées de faire parler le patient tout au long de la matinée (je remarque d'ailleurs que le psychiatre change de ton et de registre de discours au fur et à mesure de ses tentatives : ton neutre, ton maternant, ton sérieux et presque autoritaire évoquant les possibilités d'hospitalisation en psychiatrie). Alors que le patient ne répond jamais, le psychiatre choisit cependant de le tenir informé de ses décisions successives. En effet, devant la grande difficulté à pouvoir se fonder sur la parole du patient, le psychiatre va passer un temps considérable à la recherche d'informations et de récits sur le patient venant d'institutions extérieures à l'hôpital : famille, CMP de la ville de l'Ain proche de Lyon où habite le patient, hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse, commissariats, propriétaire du logement du patient, etc. Le DMU indique un passage aux urgences récent mais trop peu d'informations furent alors consignées pour permettre de dresser un profil pathologique.

Le psychiatre me confie son soulagement d'avoir le temps de faire des recherches sur ce patient dont il aurait été impossible de s'occuper correctement un jour de grande affluence.

Finalement, suite à des entretiens avec la famille, une hospitalisation sous contrainte (HDT) à l'hôpital psychiatrique de Bourg-en-Bresse est envisagée, à la condition qu'un membre de la famille signe.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Alors que le récit de cette matinée peut paraître très descriptif et distancié par rapport aux événements observés, il s'agit déjà d'une reprise de notes qui avaient une autre allure.

En effet, j'ai fait ici le choix de rendre compte essentiellement de deux situations d'entretiens avec des patients. Nous n'avons vus que deux patients qui n'ont pas occupé tout le temps de la matinée (même si le patient mutique a été très chronophage). Dans le temps restant, j'ai eu d'assez longs moments de discussion avec le chef de service dont je n'arrive pas à déterminer si j'en ai fait un informateur ou un professeur (ce qu'il est, d'ailleurs). Cela change le statut de son discours car, dans un cas, son discours doit être analysé comme la représentation d'un acteur spécifique sur le terrain ou sur sa propre pratique et, dans le second cas, son discours « fait science » en quelque sorte et a, comme tel, sans analyse, une valeur d'information ou de donnée sur le terrain.

Pour ne pas complexifier le récit ni l'analyse de l'observation, j'ai donc fait le choix de laisser de côté les discussions que j'ai eues avec lui sur des thèmes n'ayant pas directement affaire avec les deux situations décrites plus haut. Le chef de service est notamment revenu avec moi sur les effets de théâtralisation et de dramatisation dans l'urgence. Je note simplement une interférence de cette discussion dans le récit ci-dessus au moment de la remarque sur la logique de vérité dans l'urgence (cf. l'épisode de la « simulation » du patient en garde à vue qui m'a renvoyé, très vite, au thème de la théâtralisation sur lequel j'ai interrogé le psychiatre). Alors que dans mon récit je retranscris en apparence une seule phrase du psychiatre au style indirect, je fais en réalité un condensé d'un commentaire plus long de sa part qui consistait à rendre compte du statut donné, par les psychiatres, à la parole des patients, qui ne se fonde pas sur une logique de recherche de la vérité mais plutôt sur une logique de la représentation de soi quelle que soit la conformité entre la chose dite et la chose vécue.

Il me semble que cette remarque sur la logique de la vérité dans l'urgence psychiatrique est à la fois un discours théorique et un discours d'informateur qui désigne une prise de position clinique (à la fois parce que le chef de service a un rôle d'orientation générale de la

clinique et, aussi, parce qu'il est lui-même psychiatre). Au-delà, ce commentaire confirme une donnée déjà dégagée selon laquelle la psychanalyse inspire la clinique psychiatrique des urgences. En effet, la proposition selon laquelle la seule vérité est celle du sujet est clairement d'inspiration analytique.

Du coup, on comprend bien la difficulté rencontrée par le psychiatre pour l'orientation du patient mutique : c'est bien la parole du patient qui fonde la clinique. Sans cet attachement au dire du patient, au caractère essentiel de la communication intersubjective, le psychiatre aurait certainement décidé une orientation bien plus rapidement.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

La seule remarque que je ferai ici consiste à dire que la triple identité de la personne avec qui je travaille ce jour-là (psychiatre, chef de service, professeur de médecine légale) n'est pas sans conditionner les événements que je relate. En effet, la situation de conflit entre le somaticien et le psychiatre de la nuit se serait-elle conclue aussi vite sans la présence du chef service, à la fois en position de médiateur hiérarchique et de représentant de la psychiatrie ? Certainement pas. Cependant, j'ai déjà observé que les psychiatres des urgences avaient une position de *médiateur généralisé* : la médiation vis-à-vis des patients est évidente, celle entre les différents soignant l'est moins : je l'ai déjà repérée et je me promets d'y être plus attentif.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Il est possible de confirmer à nouveau le conflit d'identité entre les médecins généralistes (somaticiens) et les psychiatres des urgences. Il se base notamment sur une conception divergente de la souffrance psychique et sur la crainte des psychiatres que la psychiatrie soit instrumentalisée et déviée de ses objectifs cliniques et thérapeutiques.
- Par rapport à la parole des patients, la psychiatrie n'est pas dans une logique de la vérité des faits. Elle ne cherche pas à connaître une adéquation supposée entre des faits racontés et des faits vécus. Elle se fonde davantage sur une logique de la représentation qui renseigne sur la vérité d'un sujet singulier qui se donne à voir à l'autre à qui il s'adresse (notamment un psychiatre qui est à la fois sujet singulier et représentant de l'institution). Dans cette logique, l'accueil des difficultés de la vie par la psychiatrie n'a rien à voir avec celui opéré par la police ou la justice qui cherchent à établir la vérité des faits. C'est à partir de cette position, tenue dans le service d'urgence, que la psychiatrie se défend des risques de son instrumentalisation politique. Il est possible ici de renvoyer à *l'observation 10* où la patiente n'a pas ressenti la différence de statut donné à sa parole entre psychiatrie et justice.
- La parole, et donc la relation thérapeutique, constitue l'outil clinique fondamental des psychiatres aux urgences. Autrement dit, les psychiatres privilégient la dimension communicationnelle de la relation thérapeutique.
- Le psychiatre est un médiateur généralisé dans le service d'urgence. Il intervient à l'articulation de plusieurs instances (patient/institution ; entre les institutions ; entre les soignants).

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
13	12/02/2007	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les modalités de recours comme première expression d'une demande L'appropriation du temps de l'urgence

Récit de l'observation :

Lors de ma dernière observation, j'ai été présenté à une psychiatre intervenant dans le service. Elle a accepté que je travaille avec elle. J'ai donc un peu d'appréhension ce jour-là car je vais devoir construire une nouvelle relation avec mon terrain. Je me dis cependant que cette rencontre arrive à pic dans la mesure où je commençais à construire une relation de plus en plus familière avec la psychiatre habituelle qui me permettait peut-être moins de me distancier du terrain.

Je suis très bien accueilli par cette jeune femme souriante, d'apparence discrète mais pas timide. Elle n'a plus à me présenter le mode de fonctionnement du service. Nous nous accordons sur la manière dont nous allons travailler ensemble : je l'accompagnerai lors de son travail, y compris dans les entretiens avec les patients, à condition que je me fasse discret, placé en retrait derrière elle. Elle me questionne sur mon sujet de thèse et la discipline dans laquelle je la réalise. Je lui explique mon intérêt prononcé pour la psychanalyse et les aspects de médiation qui instituent, dans la communication, des sujets psychiques et sociaux. J'insiste sur l'aspect pluridisciplinaire de ma recherche en indiquant mon intérêt pour les dimensions à la fois psychiques et sociales des recours et de l'accueil des patients aux urgences psychiatriques. Je souligne, comme à chaque fois, que ma recherche n'est pas une évaluation du travail des psychiatres, ni même un travail sur le pouvoir médical mais bien une interrogation sur les faits et processus de communication et de médiation à l'œuvre dans l'accueil d'urgence en psychiatrie. En échangeant de cela avec ma nouvelle interlocutrice, je me réjouis d'avoir suscité son intérêt. Elle me raconte alors qu'elle estime très bénéfique qu'un chercheur en sciences sociales vienne porter son regard sur les urgences et qu'elle tentera de répondre à mes questions si les conditions matérielles des observations le permettent. Elle promet en tous cas de rendre compte de son travail auprès de moi en articulant ses propos réflexifs à mes problématiques de recherche. Je suis évidemment très satisfait de cette proposition qu'elle accomplira largement.

Au cours de cette matinée, je vais découvrir la singularité de cette psychiatre qui mène à la fois une clinique assez différente de ses collègues tout en gardant des manières de faire propres au pavillon N. Ainsi, si comme chez les autres psychiatres, l'accueil des patients consiste en une prise en compte des dimensions à la fois sociales et psychiques de la détresse de sujets, je trouve qu'elle privilégie davantage une clinique centrée sur le sujet singulier. Il me semble qu'elle a moins une vision chronophage de l'urgence qui l'amène à identifier plus clairement la singularité de la demande du patient (mais s'agit-il du contexte de la matinée, avec des patients qui exigent cela ? ou encore est-ce parce qu'il y a peu d'affluence ce jour-là ?). Je remarque notamment qu'elle passe moins de temps que ses collègues à contacter les « adresseurs » (famille, médecins, etc.) des patients. Cela contribue, à mon avis, à une prise de position en termes de clinique qui vise à laisser au patient, en premier, le privilège de formuler sa propre demande sans qu'elle ne le soit par un autre. Cependant, elle tient à me préciser le rôle de médiateur de services d'urgences

en m'expliquant que ceux-ci « *jouent un rôle indispensable dans le maillage institutionnel de santé mentale, comme une interface* ».

Alors que chez elle comme chez ses collègues, des questions posées aux patients lors des entretiens sont récurrentes (sur son entourage familial et institutionnel, sur l'explication qui justifie le recours aux urgences), la forme générale que prend l'entretien est singulière. Tous les soignants de l'équipe de psychiatrie avec qui j'ai travaillé m'ont en effet semblé avoir une clinique qui leur appartient en propre. C'est justement ce que me dit mon interlocutrice de ce jour : « *lors de l'accueil des patients, je n'ai pas de grille d'entretien en tête* ». Autrement dit, la dimension institutionnelle du lieu dans lequel ils exercent ne semble pas peser outre mesure sur la clinique des intervenants de psychiatrie, cela malgré les attentes administratives claires du DMU dont on a déjà vu comment l'usage pouvait en être détourné (cf. mes remarques de *l'observation 5* sur le statut de l'information médicale chez les psychiatres).

Je remarque par ailleurs que cette psychiatre, contrairement aux deux autres avec qui j'ai déjà travaillé, ne porte pas de blouse. De manière assez surprenante pour moi, ce changement ne semble pas poser de problème aux patients qui l'identifient bien comme un psychiatre dès lors qu'elle se présente comme telle.

A nouveau, il n'a pas fallu beaucoup de temps pour que je me rende compte d'une forme de tension entre la psychiatre et certains somaticiens, qui se cristallise encore autour de la qualification des malades qui relèvent de la psychiatrie et de la nécessité, exprimée de manière récurrente par les somaticiens, de les évacuer au plus vite du service (« *videranger* », « *ventiler* », sont les termes employés) du fait de leur caractère « *encombrant* ».

Ce phénomène s'illustre ce matin-là autour du cas d'une patiente, une femme d'une trentaine d'année environ, qui a tenté de se suicider en menaçant de se jeter sous un train à la gare de Lyon Part-Dieu. Elle a été amenée aux urgences par des ambulanciers qui sont venus la chercher à la demande du service d'ordre de la gare. Dès son arrivée la patiente est vue par les somaticiens qui l'orientent de suite vers la psychiatre. Leurs commentaires du cas sont dénigrants et sarcastiques. Il faut dire que la jeune femme a un comportement étrange : elle est quasiment mutique et parle seulement en chuchotant. Ses propos sont incompréhensibles ; la langue qu'elle parle est difficilement identifiable. Les traits de son visage indiquent qu'elle semble d'origine asiatique. Quelques acquiescements de sa part montrent cependant qu'*a priori* elle comprend le français. Elle se refuse à dire son nom et, comme personne ne l'accompagnait à la gare, il est impossible de l'identifier. Par ailleurs, la psychiatre remarque qu'elle effectue des mouvements bizarres avec ses doigts. Si ce comportement laisse présager des troubles psychiques importants, la psychiatre estime que tous les examens somatiques n'ont pas été faits, notamment neurologiques. Elle renvoie ainsi ses collègues somaticiens à leur responsabilité en refusant d'accéder directement à leur demande d'évacuation de la patiente vers l'hospitalisation psychiatrique, ce qui pourrait s'avérer être une grave erreur de diagnostic.

Lors de cette matinée d'observation, un autre cas a été riche d'enseignement sur la spécificité du pavillon N en tant qu'il accueille, en un même espace, les maux du corps et ceux du psychisme.

Nous rencontrons en effet un jeune homme qui a recouru volontairement aux urgences après avoir ingéré de l'AJAX, un produit d'entretien ménager. Il en a avalé une quantité suffisante pour se plaindre de maux d'estomac assez violents. Cependant, la veille au soir, lors de son inscription auprès des infirmiers de la borne d'accueil du service d'urgence et après une évaluation rapide de son cas, on lui indique qu'il ne pourra être accueilli avant

un délai de cinq heures environ. Le jeune homme est bien ennuyé, car il croyait être reçu immédiatement et il ne pourra pas rester les cinq heures prévues car, explique-t-il, il y a un important match de football à la télévision le soir même et il ne veut pas le manquer. Il décide cependant de se faire enregistrer à l'accueil administratif des urgences et d'attendre son tour. On lui met le bracelet en plastic bleu qui entoure le poignet de tous les patients reçus et qui porte le numéro d'identification qui figure dans le DMU. L'attente est vraiment trop longue et le patient prend la décision de rentrer chez lui pour assister au match devant sa télévision. Il reviendra s'il continue à souffrir de l'estomac, plus tard. Le match est fini mais les brûlures d'estomac persistent. Il se résout alors à retourner aux urgences. Il sera finalement vu par un médecin somaticien qui diagnostiquera et soignera des lésions de l'appareil digestif provoquées par le produit ménager. Le médecin, remarquant des propos bizarres de la part du patient et soupçonnant que le geste d'intoxication avait une intention suicidaire, décide une orientation vers l'accueil de psychiatrie.

C'est donc le matin du lendemain que nous rencontrons le patient. La psychiatre, qui a lu sur le dossier médical le récit des péripéties du patient et ses allers-retours entre les urgences et son domicile, prend très au sérieux la forme du recours du patient. Elle souligne que *la demande* est très ambivalente : le recours se fait volontairement à partir d'une plainte somatique pour ce qui semble être une tentative de suicide dont les recours sont habituellement involontaires (le sujet ne cherchant pas *consciemment* à se retrouver à l'hôpital) ou par procuration (alerte de la famille, arrivée en état d'inconscience via les pompiers, etc.).

Nous rencontrons donc le patient qui n'est pas du tout étonné de voir un psychiatre. Il explique d'ailleurs qu'il est suivi en Centre Médico-Psychologique depuis son adolescence pour des troubles qu'il éclaircit peu. Il initie l'échange avec la psychiatre à propos de son intoxication. Le flux de sa parole est rapide, avec des intonations étranges : il a un air à la fois sérieux et hautain quelque peu déconcertant dans une situation d'entretien médical. Elle l'accompagne doucement sur le thème des maux du corps. Au fil de la conversation, le jeune homme finit par confier qu'il est dans une période difficile, il se sent déprimé et esseulé, ce qu'il exprime de manière un peu provocatrice ou ironique en disant qu'il vit « *seul avec sa chatte* ». Aussi, il justifie sa solitude en affirmant qu'il a été contraint de rester enfermé chez lui à cause de gens qu'il croise dans le métro et qui lui en veulent. Il développe alors un discours bizarre, d'allure paranoïaque, avec des détails et des allusions racistes sur les gens dont il estime qu'ils le persécutent dans une station bien précise du métro lyonnais.

Suite à cet entretien, la psychiatre estime que ce patient est un psychotique chronique dont le geste suicidaire et les propos paranoïaques indiquent qu'il est en crise. Ce genre de recours se traduit couramment par une hospitalisation en psychiatrie le temps d'apaiser la crise. Mais la modalité de recours du patient (ambivalente mais volontaire) laisse penser à la psychiatre qu'une orientation vers son CMP suffira. La plainte somatique a servi, pour le patient, à indiquer à l'institution qu'il était dans un moment où il avait particulièrement besoin d'elle. Les urgences, par l'accueil a priori indifférencié qu'elles permettent entre troubles somatiques et troubles psychiatriques, permettent de formuler des demandes spécifiques, c'est-à-dire, pour le cas présent, d'en passer par une souffrance physique pour exprimer une détresse psychique. Pour la psychiatre, c'est finalement bien connaître la fonction des urgences que d'y faire recours de cette manière. C'est ce qui l'incite à ne pas prononcer d'hospitalisation pour le jeune homme car elle estime qu'un psychotique qui a construit un lien tel avec une représentation du collectif (les urgences, l'hôpital) est un sujet, certes en grande souffrance psychique, mais qui possède et se maintient une place dans le social, même si cette place se situe, d'une manière restrictive, au sein de l'institution hospitalière.

Les urgences auront ici joué le rôle d'un substitut efficace à l'hôpital psychiatrique pour accueillir la crise sans la traiter en milieu fermé. Cette modalité d'accueil spécifique, permis par l'urgence, aura aussi respecté la demande du patient : la volonté de se faire entendre, de faire reconnaître sa détresse (ce que marque bien le retour après le match de football, comme une insistance à vouloir être entendu).

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Je remarque que je ne peux plus m'empêcher de relever toutes les manifestations qui donnent à voir **le conflit**, interne au service d'urgence, **entre les médecins somaticiens et les psychiatres**. Il me semble que cette tendance est importante à noter et à remarquer à nouveau pour la transformer en une donnée primordiale du terrain à interpréter théoriquement dans le corps de la thèse. Disons que ce phénomène est **une constante du terrain**.

Cependant, je ne dois pas oublier que mon point de vue est en quelque sorte toujours-déjà configuré par la place que j'occupe aux côtés des psychiatres et qui me fait m'éloigner, de jour en jour, des intérêts et justifications propres des somaticiens dans leur prise de position vis-à-vis de la psychiatrie et de ses patients. C'est à partir des représentations des psychiatres que j'analyse ce conflit entre soignants (même si je sais par ailleurs que la psychiatrie est une discipline plus ou moins marginalisée à la faculté de médecine, notamment dans sa version clinique psycho-dynamique et psychanalytique, du fait de l'apport des neurosciences et du cognitivisme). Ainsi, sans rejeter la possibilité d'une analyse de ce conflit entre les identités soignantes et leurs fondements, ceci ne doit pas aboutir de ma part à une position de jugement vis-à-vis de la médecine somatique et de sa place aux urgences.

Il me semble même, comme le montre le cas du jeune qui s'est intoxiqué à l'Ajax, qu'à la fois la logique d'accueil somatique et la logique d'accueil de la psychiatrie ont leur place aux urgences. **C'est même cette double dimension de l'accueil des troubles du corps et du psychisme qui permet à des demandes spécifiques de se formuler aux urgences**. L'accueil par un médecin généraliste est la garantie pour certains patients de pouvoir avoir recours à la psychiatrie dans un second temps en passant outre les représentations traditionnelles qui lui sont associées (je vais aux urgences pour voir un psychiatre, mais je me le cache à travers des manifestations pathologiques de mon corps). De plus, **la coprésence de la médecine du corps et de celle du psychisme incarne, dans le lieu des urgences, ce qu'est une relation thérapeutique globale** : la possibilité de mettre du sens sur la blessure du corps, la possibilité de lire la détresse d'un sujet global pris dans un corps et dans le monde du symbole.

On pourrait alors, à partir de cette observation, revenir nous-mêmes sur le sens du conflit entre psychiatres et somaticiens. Ce qui pourrait constituer l'origine du conflit, ce serait le poids de l'administration et de l'organisation hospitalière qui clive artificiellement l'abord somatique et l'abord psychique du patient⁷⁷⁷ dans un lieu, les urgences, où la demande du patient exige qu'on le considère comme un sujet global. **Car même somatique, l'urgence est, pour le patient, une absence de sens et une demande de sens simultanée. L'urgence est une disparition et une convocation du sens à**

⁷⁷⁷ Je rappelle que « l'avis psychiatrique » arrive toujours en deuxième ligne, après l'examen somatique, à part pour les situations de réquisition d'un psychiatre par les autorités de police où il doit statuer sur un trouble à l'ordre public.

la fois. C'est précisément sur la dimension de sens de la relation thérapeutique qu'interviennent les psychiatres .

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Lors de l'*observation 1*, le port de la blouse m'était apparu comme un signe fort de l'identité médicale dans le service d'urgence, autant pour les patients que pour les soignants entre eux. C'est notamment l'expérience faite par le chef de service qui m'avait fortement invité à suivre cette interprétation.

Suite à l'observation présente, peut-on encore affirmer cela ? La tenue vestimentaire du médecin a-t-elle ou non une influence spécifique sur le déroulement clinique des entretiens ? Sur les rapports symboliques entre les différents soignants ?

Je pense pouvoir dire que la tenue vestimentaire des soignants a une importance sémiotique plus grande entre les soignants que dans la relation médecin/patient . En effet, l'administration hospitalière fournit un type de blouse (identifié par la coupe et/ou la couleur) par catégorie de soignants (aide-soignant, infirmier, médecin...on reconnaît même les externes au côté souvent mal ajusté de leur blouse !). Au fond, porter la blouse quand on est psychiatre, c'est assumer pleinement le versant institutionnel de sa pratique. Il est intéressant de noter que les membres de l'équipe de psychiatrie qui ont une autre activité (en cabinet, par exemple) à l'extérieur de l'hôpital portent rarement la blouse. Ainsi, la blouse entre dans les logiques identitaires entre les soignants. Alors que les psychiatres *peuvent ne pas avoir*⁷⁷⁸ de blouse, les médecins généralistes la porte toujours.

Pour les patients, il semble que le cadre hospitalier et le fait que le psychiatre se présente suffisent au sujet en détresse pour identifier la personne qu'il a face à lui comme quelqu'un de légitime pour l'écouter et l'accueillir dans le cadre d'une offre de soin psychique.

Je voudrais faire une autre remarque, méthodologique, que j'ajoute ici plusieurs mois après cette observation. Je dis dans mon récit être agréablement surpris de l'écoute et de l'échange pertinent que j'ai eu avec la psychiatre à propos de ma thèse. Or, je vais rencontrer lors d'un colloque sur la santé, quelques mois plus tard, une doctorante en sciences de l'information et de la communication portant le même nom que cette psychiatre. C'est en discutant avec ma collègue doctorante que celle-ci m'apprendra que la psychiatre avec qui j'ai travaillé est sa sœur... Cette anecdote est la preuve que le fantasme du chercheur (qui a l'impression d'enfin captiver son auditoire à propos de sa recherche) va toujours au-delà de la banalité des raisons quotidiennes qui expliquent, en partie, le comportement des autres. Mille conjectures sont possibles sur ce qui motive l'autre et le travail ethnographique doit y être vigilant et ne tirer des conclusions sur cet autre qu'en limitant la course (inévitables) des projections et des fantasmes singuliers.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Une partie des données a déjà émergé dans le retour réflexif sur l'expérience : elles sont notées en gras/italique (voir aussi la note de bas de page).
- En dépit du cadre institutionnel hospitalier, les intervenants de l'équipe de psychiatrie aux urgences ne suivent **pas de protocole clinique. Les psychiatres tentent de faire émerger, quand cela est possible, la demande du patient dans toute sa singularité, sans qu'elle soit totalement préfigurée par les attentes institutionnelles.** Cette donnée est à mettre en relation directe avec l'usage détourné

⁷⁷⁸ *Il me semble que cette indétermination reflète bien le caractère singulier de la clinique psychiatrique où le soignant s'investit dans la relation thérapeutique comme un sujet libre .*

du DMU par l'équipe de psychiatrie qui préfère la partie de rédaction libre que les cases diagnostiques à cocher du fichier informatique pour rendre compte de ce qui est de l'ordre d'une **rencontre** avec le patient. La rédaction permet plus de flottance dans la désignation et la caractérisation des patients, ce qui leur laisse la possibilité d'être reconnu comme sujet à part entière, moins enfermés dans un diagnostic rigide.

- **La modalité des recours des patients est prise en compte dans la prise en charge et dans les décisions d'orientation.** La forme du recours constitue déjà une première formulation de la détresse du patient ; il est une forme symbolique que les acteurs du soin, notamment les psychiatres, sont en mesure d'entendre.
- Le cas du patient intoxiqué à l'Ajax montre bien **que les patients aussi bien que les soignants ont une représentation et un usage spécifiques du temps de l'urgence. Pour l'institution et les soignants, il s'agit de dilater le temps de l'urgence**, en introduisant, par exemple, des délais de prise en charge (c'est le retour, en quelque sorte du temps long du collectif, de la sociabilité, qui ne peut pas exister dans la tyrannie du présent). **Pour le patient, il s'agit d'une appropriation singulière (voire d'une torsion) de la scansion du temps proposée par l'institution hospitalière.** Pour certains patients, la temporalité se résume à l'attente (temps imaginaire). Pour d'autres, comme notre patient intoxiqué à l'Ajax, on remarque une appropriation imprévisible du temps de l'urgence (refus de l'attente, allers-retours) qui signale un rapport spécifique à l'institution à lire comme une demande.
- **Les urgences sont un lieu nodal, ou interstitiel, entre les différentes institutions de santé mentale de l'espace public ou, plus largement, entre les autres institutions d'accueil de la détresse et de la difficulté de vivre** (police, justice, services sociaux). Les urgences permettent un registre de discours et de parole spécifique pour s'adresser à l'institution, du fait même du caractère brouillé, interstitiel de cet espace de soin et d'accueil social.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
14	19/02/2007	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les urgences, lieu de passage et temps d'arrêt pour des sujets et errance

Récit de l'observation :

Une semaine s'est écoulée depuis ma dernière observation et je retrouve ce matin-là la psychiatre avec qui j'ai travaillé la fois précédente.

Il y a peu de patients à l'accueil des urgences et nous n'aurons, pour toute la matinée, que deux personnes à voir. Nous sommes lundi et les possibilités d'hospitalisation du week-end ont été bonnes, ce qui a permis un transit optimal des patients vers les services d'aval de l'hôpital (dans les unités d'hospitalisation de courte durée du service d'urgence lui-même ou bien vers d'autres pavillons consacrés à des spécialités médicales diverses). Habituellement, le lundi est une journée chargée car les services fonctionnent avec moins de personnel et l'affluence aux urgences est relativement importante (du fait, notamment, de la fermeture des autres structures d'accueil : médecin généraliste, par exemple).

Je note que quand l'affluence est moins importante, les relations psychiatres/somaticiens se détendent grandement car l'objectif de la « ventilation » du service est moins prégnant. C'est finalement dans l'urgence que se dévoilent davantage les conflits d'identité.

Cependant, alors que j'ai un peu de temps pour discuter avec un médecin somaticien, celui-ci me fait cette remarque sur mon travail de thèse : « *Ah bon, vous faites un travail sur la psychiatrie d'urgence ? Vous êtes bien tombé, il n'y a que des patients spéciaux ici !* ». Je note, encore une fois, la trivialité du terme « *spéciaux* » pour caractériser les patients de la psychiatrie, qui détone beaucoup de la manière, très scientifique, technicienne, de détailler les pathologies somatiques dans un vocabulaire médical précis que je pénètre peu.

Nous allons donc rencontrer deux patients qui, tous les deux, au-delà de la singularité de leur symptôme, ont en commun d'être à la frontière, dans les interstices des institutions de l'espace public. Disons qu'ils ne semblent pas pouvoir exister pleinement dans un lieu de l'espace public, y compris un lieu de prise en charge sociale et/ou médicale.

Le premier patient est Monsieur D. Ce patient, schizophrène en crise, est amené par la police suite à des faits de violence dans les transports en commun. Il est bien connu du pavillon N et même de la psychiatre que j'accompagne ce matin et qui le rencontre pour la troisième fois en quelques mois. Ce patient, dont une description plus précise est faite au *fragment clinique n°3*, est ballotté entre l'hôpital psychiatrique et la prison. Entre ces deux institutions, le service d'urgence constitue un point de passage régulier.

Le deuxième patient est un homme, âgé de 62 ans, qui a été amené la veille par « SOS Médecins », eux-mêmes contactés par la femme de ce monsieur qui s'inquiétait de l'aggravation des symptômes de son mari : incurie et hallucinations auditives récentes. L'épouse de cet homme demande une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), car elle ne peut plus supporter la situation conjugale qui empire de jour en jour. Durant la nuit, le patient s'est enfui des urgences puis a été retrouvé errant, dans la rue, pour enfin être ramené à nouveau aux urgences par la police. Lorsque nous le rencontrons, le patient est complètement perdu, à la fois dans le temps et dans l'espace. Tandis que la psychiatre pense à une forme de démence sénile, elle ne peut trancher entre un diagnostic neurologique ou psychiatrique. Si le patient a des symptômes qui relèvent de la sémiologie psychiatrique, les causes peuvent cependant être neurologiques. Le patient peut ainsi relever de plusieurs services d'hospitalisation : psychiatrie, neurologie ou même gériatrie. Finalement, une hospitalisation sous contrainte sera prononcée vers un service spécialisé en neurologie et en gériatrie pour statuer sur la nature de la démence.

On voit, à travers ces deux cas, combien les décisions d'orientation aux urgences psychiatriques peuvent avoir un caractère provisoire et non définitif. Cela tranche avec les visions courantes d'une médecine souvent trop envisagée sous ses aspects scientifiques et techniques. Les urgences rappellent, en quelque sorte, que la médecine se fonde sur une relation humaine (elle est une médiation) qui l'éloigne souvent du statut de science exacte.

Au cours de la matinée d'observation, j'ai eu l'occasion de discuter de divers thèmes avec la psychiatre. Je choisis de ne pas retranscrire notre échange ici pour ne pas rendre trop pénible une lecture au style indirect. De plus, il me semble qu'il y a largement matière, dans les descriptions précédentes, à extraire des données pertinentes pour la thèse.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Je voudrais, une fois de plus, revenir sur les manifestations du conflit (ou de la différence de logique d'accueil) entre les psychiatres et les somaticiens. Encore une fois, il me semble qu'il me faut dépasser l'observation même du conflit pour en tirer des données plus consistantes et pertinentes, selon une méthodologie que j'ai adoptée depuis quelques pages déjà.

Lors de ma présence sur le terrain, j'ai immédiatement interprété l'emploi du terme « *spéciaux* » pour désigner les patients de la psychiatrie comme un terme dénigrant la patientèle du pavillon N. Mais ne peut-on pas revenir, à tête reposée, sur l'emploi de ce terme ? Je l'ai qualifié dans mon récit de « trivial » pour montrer qu'il ne correspondait pas à un terme technique, spécialisé, de la médecine ou de la psychiatrie (de la même manière que le terme de « *simulateur* » relevé à l'*observation 12*). Mais « *simulateur* » et « *spéciaux* » n'ont pas le même degré de précision. Si « simulateur » ne laisse pas trop flotter le sens, le terme « spécial » renvoie, en revanche, à un signifié bien flou. Alors que le premier terme pouvait en effet renvoyer à une disqualification des patients de la psychiatrie, il me semble que le second renvoie davantage à une indétermination. ***Autrement dit, il me semble que le somaticien fait là l'usage d'un signifiant « flottant » qui rend compte d'une sorte d'ininterprétable de la médecine pour ce somaticien***. En cela, on pourrait dire, en extrapolant, que ***les sujets de l'urgence psychiatrique sont en mesure d'interroger et de faire vaciller les normes de la médecine scientifique en appelant, en quelque sorte, une autre forme de relation thérapeutique*** susceptible d'être offerte et mise en place par les psychiatres.

1. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Je ne décèle pas de perturbation importante du terrain qui viendrait ajouter des éléments supplémentaires aux remarques des pages précédentes.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Des données ont été extraites dans la partie précédente (elles figurent en gras et en italique)
- Comme le suggérait déjà l'*observation 13*, les urgences psychiatriques accueillent des ***sujets qui se situent dans les lieux interstitiels de la société***, entre les mailles des divers filets institutionnels (pour reprendre, ici, une expression bien à propos d'Isaac Joseph). Les urgences constituent pour eux un point de passage, ou plutôt ***un carrefour entre les différents itinéraires et parcours qu'ils ont l'habitude d'emprunter dans l'espace public***. Les urgences seraient un lieu carrefour, situé entre des lieux institués entre lesquels des sujets en errance sont ballotés sans parvenir à s'y fixer. ***Le service d'urgence fonctionne alors comme un lieu de passage et un temps d'arrêt pour des sujets dont l'errance est à la fois physique et psychique***.
- Le service d'urgence est un « quartier » à part dans l'univers hospitalier. Les patients des urgences viennent sans cesse poser question à la médecine et à l'hôpital qui est de ***moins en moins en mesure d'accueillir la détresse d'un sujet global tant les services hospitaliers sont segmentés*** (selon la logique rigide d'un service pour une spécialité médicale). ***Les urgences apparaissent en cela comme le lieu de l'hôpital où subsiste en partie la dimension subjective des patients, non encore réduits*** (ou en cours de réduction, la métaphore est presque culinaire) ***à un symptôme unique***. Quelle place le monsieur de 62 ans est-il en mesure de trouver à l'hôpital aujourd'hui ?

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
15	20/02/2007	N Accueil	Matinée	Psychiatre	Un enseignement méthodologique Un lien paradoxal : urgence et continuité

Récit de l'observation :

Quand j'arrive au service des urgences, le chef de service (aussi psychiatre, je le rappelle) qui était de garde la nuit est en train de faire la relève avec ses collègues du matin. Après avoir salué tout le monde, je m'installe discrètement en retrait pour assister à la réunion de relève. Le chef de service a les traits tirés et semble fatigué. Il annonce à ses collègues que la nuit fut agitée, « *difficile* ». Il y a cependant peu d'affluence ce matin-là et les deux psychiatres de service s'occuperont de deux patients chacun.

Alors que je pensais travailler avec la psychiatre que j'ai accompagnée la veille, celle-ci m'annonce que je ne peux pas être à ses côtés ce jour-là car elle souhaite revoir seule un patient qu'elle a vu l'après-midi précédent... Je suis un peu déçu d'autant que nous étions convenus clairement, la veille, de renouveler notre collaboration. Détectant peut-être ma déception, elle m'explique qu'ayant vu le patient de la veille seule, elle ne veut pas le revoir en changeant le dispositif d'entretien avec une nouvelle présence.

L'autre psychiatre de service m'invite alors à l'accompagner pour voir une patiente ; j'accepte évidemment. Nous faisons des présentations rapides : je présente ma thèse puis il me dit qu'il travaille ici en complément de son activité en libéral.

Nous allons passer une heure avec une patiente, Mme S. dont je fais une description précise au *fragment clinique n°4*.

Suite à cet entretien, je quitte le service, dans lequel je ne reviendrai qu'un mois plus tard...

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Je vais être court, ici, compte tenu du peu d'observations que j'ai pu faire, outre la rencontre de la patiente dont le cas est détaillé au *fragment clinique 4*.

Peut-être convient-il seulement de revenir sur mon sentiment de déception à ne pas avoir été accueilli comme je l'espérais. Le temps que j'ai mis à revenir dans le service (un mois) n'est sans doute pas sans relation avec cet événement. Je crois pourtant que ce moment a constitué un point de passage classique de toute recherche ethnographique quand le terrain rappelle au chercheur qu'il y est étranger. Aussi, cet épisode rend bien compte de la manière dont le terrain continue à avoir sa vie propre au-delà du sentiment du chercheur d'y être peu à peu intégré et de le connaître⁷⁷⁹. Ainsi est rappelée la nécessité de penser chaque observation comme un « cliché instantané » du terrain sur lequel il ne faut jamais établir de certitudes définitives et totalisantes. En effet, ce que découvre essentiellement le chercheur dans l'expérience ethnographique, c'est d'abord

⁷⁷⁹ Que s'est-il passé la nuit et l'après-midi de la veille qui puisse soudainement faire de mon arrivée une intrusion ? Sans chercher à le savoir, je fais l'expérience d'un point d'impartageable avec les psychiatres qui me ramène à ma position d'extériorité au terrain et me permet d'éviter, comme le dit Laplantine, « la tentation empirique de soumission docile au terrain ».

un rapport entre le terrain et lui-même. C'est à chaque fois non pas une vérité absolue du terrain qui émerge, mais une vérité médiatée, filtrée, par des enjeux, des objectifs de recherche, des méthodologies et le désir du chercheur. Au fond, ce journal ethnographique a pour but de *construire* puis de donner à voir le terrain sur lequel je me propose de produire des interprétations et des commentaires. La forme que prend ce journal (récit puis analyse réflexive, et enfin extraction de données possibles parmi d'autres) maintient l'idée que l'observation ethnographique n'est pas un miroir parfait de la réalité mais plutôt la composition d'un corpus de travail à partir d'une réalité qui se trahit nécessairement dès qu'il est question d'en rendre compte par le langage à partir d'une expérience du regard. Les lignes qui suivent à chaque fois le récit de l'observation sont là pour rappeler les limites de toute expérience subjective de la réalité et de tout travail d'écriture de cette même réalité.

1. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Les considérations du paragraphe précédent me semblent suffisantes.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Cette observation m'a permis de me voir moi-même en position d'observateur étranger au terrain. Elle réaffirme la nécessité d'avoir une réflexion méthodologique et épistémologique sur la démarche ethnographique concernant l'objectivation de la réalité observée.
- La volonté tenue fermement de la psychiatre de revoir son patient dans un cadre identique à celui de la veille indique combien l'accueil de psychiatrie permet une personnalisation de la relation thérapeutique, ce que ne laisse *a priori* pas présager le dispositif de l'urgence qui évoque davantage la discontinuité ou le passage. Cette observation vient abonder dans le sens d'autres conclusions tirées ailleurs dans ce journal sur le paradoxe de la continuité thérapeutique que peut assurer l'urgence pour certains patients (voir les « chroniques de l'urgence » à l'*observation 2*, la fonction du DMU d'inscrire des patients dans la mémoire du service à l'*observation 5*, mes remarques répétées sur le choix des patients lors des relèves où le psychiatre préfère voir des patients qu'il a déjà vus précédemment, lors d'un autre recours).

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
16	19/03/2007	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Le maniement de l'image de l'hôpital La dimension imaginaire du soin psychique

Récit de l'observation :

Après un mois d'absence, je suis de retour dans le service d'urgence. J'ai repris contact avec la psychiatre avec qui je travaillais au tout début de mon enquête. Elle m'invite avec enthousiasme à l'accompagner. Elle me confie que je suis pour elle d'une compagnie agréable et que ma présence lui change un peu le quotidien. Je m'en réjouis, tout en étant conscient de la relation particulière que j'ai nouée avec elle. C'est en effet la seule soignante avec qui j'ai pu avoir des échanges informels qui ne concernent pas la vie du pavillon N. Durant les moments de pause, j'ai eu à plusieurs reprises des discussions sur des thèmes culturels (littérature, cinéma), mais aussi plus intimes (si, pour ma part, j'ai toujours tenu à rester discret sur ma vie, j'ai en revanche eu le sentiment d'en apprendre beaucoup sur

la sienne). C'est sans doute cette sorte de proximité affective, instaurée assez tôt dans le déroulé de l'enquête, qui m'a permis de reprendre contact avec elle sans trop d'hésitation.

J'arrive donc un lundi matin qui est habituellement un créneau chargé. Cela ne se dément pas car treize patients sont en attente d'un examen psychiatrique ! Quatre patients sont à N accueil et les neuf autres à l'UHCD. Il y a une grande proportion de tentatives de suicide. Cependant, l'équipe de psychiatre est composée de trois psychiatres, d'une psychologue et d'un interne de psychiatrie venu en renfort depuis le service N1/N3. Dans ce cas, malgré la grande affluence, le caractère chronophage de l'urgence est beaucoup moins ressenti car chaque soignant peut prendre en charge de 2 à 4 patients pour toute la matinée, ce qui est raisonnable et donne la possibilité de consacrer des moments assez longs aux patients (une heure environ pour les divers entretiens et la construction de l'orientation du patient). Les soignants sont alors moins obsédés par l'urgence...

Je vais voir quatre patients avec la psychiatre et j'en retiendrai surtout deux, Monsieur K. et Madame F. dont j'ai réalisé la description dans les *fragments cliniques 5 et 6*.

J'ai choisi ces deux cas pour éclairer un aspect de l'accueil de psychiatrie aux urgences dont je n'ai pas encore vraiment fait état pour le moment. Il s'agit de la manière dont l'image de l'hôpital est employée dans les entretiens cliniques. J'ai en effet souvent remarqué que les psychiatres n'hésitent pas à brandir, devant les patients, la possibilité d'une hospitalisation (aux urgences-mêmes ou en encore en psychiatrie) alors même que les possibilités d'hospitalisation sont réduites ou inexistantes ! Or, ce matin, comme c'est le souvent le cas dans les périodes de grande affluence, il n'y a pas beaucoup de lits disponibles que ce soit aux urgences ou même dans les hôpitaux spécialisés de la région lyonnaise. Chaque matin, le psychiatre qui répartit les patients entre ses collègues et lui-même se tient au courant des lits disponibles pour les orientations. Il me semble que ceci conditionne la clinique à suivre : s'il y a peu de lits, l'entretien avec le patient consistera alors à évaluer la possibilité ou non d'envisager un parcours de soin hors de l'hôpital. Cependant, cette situation n'empêche pas les psychiatres d'évoquer l'hospitalisation, ce qui donne une dimension très imaginaire (on fait comme si les lits existaient) à la relation thérapeutique dans ces moments-là.

Il me semble que Monsieur K. et Madame F. fournissent deux bons exemples de ce que peut être le maniement de l'image de l'hôpital par les psychiatres, mais selon deux plans différents, sur-mesure, en quelque sorte, pour chaque cas.

Concernant Monsieur K., lorsque la psychiatre lui soumet la possibilité de l'hospitalisation, c'est pour lui faire prendre conscience de la gravité de son acte. De plus, le patient est dans une position très ambivalente par rapport à l'aide qu'est susceptible de lui apporter l'hôpital. C'est pourquoi la psychiatre gradue petit à petit ses propositions d'hospitalisation (libre, puis sous contrainte) de manière à comprendre la demande du patient vis-à-vis de l'institution hospitalière. On pourrait s'étonner du hiatus formé par l'écart entre l'ultime proposition de la psychiatre (HDT) et sa décision finale (une sortie simple, sur décharge). On s'en étonne moins si on considère que la proposition d'hospitalisation avait une dimension imaginaire, fictionnelle, de mise en scène de la fonction de l'hôpital, un peu en miroir, d'ailleurs, de la mise en scène de l'acte suicidaire proposée par le patient et de son déni⁷⁸⁰ de l'opportunité (ou de la nécessité) d'une aide médicale. Ainsi, l'hôpital est

⁷⁸⁰ Il faudrait ici se reporter à ce que dit Freud sur la dénégation : la dénégation permet à des pensées inconscientes (désirs) d'accéder à la conscience sous leur forme niée. Il est remarquable, de ce point de vue, de noter que M.K a appelé son beau-frère, *médecin*, pour l'informer implicitement de son projet suicidaire. Cela montre bien une forme d'attente vis-à-vis de la médecine que le patient ne reconnaît pas.

comme un théâtre pour les deux interlocuteurs : le rapport théâtralisé au soin psychique et à l'hôpital par le patient donne des pistes interprétatives sur sa demande ; le maniement de l'image de l'hôpital par la psychiatre introduit l'hôpital comme garant symbolique du soin.

Concernant Madame F., une habituée de l'institution hospitalière (avec ses douze recours aux urgences en trois ans et ses quelques séjours en hôpital psychiatrique), la perspective de l'hospitalisation sous contrainte, évoquée face à elle par la psychiatre, vise à rompre le cycle des recours répétés aux urgences. Il s'agit ici de mettre en relief la différence, la tension, entre relation thérapeutique discontinue des urgences et les parcours de soin suivis dans les structures de santé mentale de ville (type CMP). L'image de l'hospitalisation cherche ici à renvoyer à la dimension de long terme du soin psychique qui ne peut être offerte par une prise en charge aux urgences, même par des recours répétés. Encore une fois, l'hospitalisation ne sera pas prononcée et ce sera une sortie simple pour la patiente, orientée vers la psychiatre qui la suit régulièrement en CMP. De nouveau, il y a un hiatus entre les propositions et la décision qui renvoie au fait que les propositions étaient plutôt imaginaires visant à réintroduire du symbolique (le temps long du soin) face au réel de l'acte (surgissement du désir de mort et répétition du symptôme).

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

J'introduis, dans le point suivant, ce qui pourrait figurer ici concernant ma relation avec la psychiatre.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Comme je l'ai déjà évoqué lors d'observations précédentes, il y a sans doute un biais contenu dans la forme de la relation amicale ou complice que j'entretiens avec la psychiatre... J'ai cependant pris la décision de n'y rien changer dans la mesure où le biais lui-même est porteur de renseignements. De plus, il me semble qu'avoir conscience du biais et l'énoncer, c'est déjà le contrer ou s'en saisir pour en faire quelque chose d'objectivable. C'est en tout cas se prémunir de la refouler.

La position de confidente de la psychiatre vis-à-vis de moi m'a permis de recueillir beaucoup d'informations informelles sur le fonctionnement du service. En effet, si les échanges que j'ai eus parfois avec la psychiatre n'ont pas été directement utiles pour mon enquête, ils sont cependant le support d'une mise en confiance entre elle et moi. Du coup, ses ressentis au cours de sa journée de travail me sont beaucoup plus accessibles ; ce qui n'est pas le cas pour les autres soignants qui se situent dans une sorte de méfiance bien légitime vis-à-vis de l'observateur extérieur et qui maintiennent une certaine réserve (même si j'ai pu observer des moments de relâchement où l'on m'oubliait lors de conversations entre collègues). C'est ainsi que cette psychiatre qui a la confiance facile a pu me décrire avec plus ou moins d'amabilité certains de ses collègues. Je n'ai pas pris ces descriptions au pied de la lettre pour en faire des données de la thèse ; cela n'aurait aucun sens. J'ai voulu interpréter ces descriptions comme symptomatiques de relations de travail au sein du service. Ainsi c'est elle qui m'a très vite donné la puce à l'oreille concernant les conflits d'identité entre psychiatres et somaticiens. Je décrirai dans l'observation suivante combien le fait que j'ai été peu à peu identifié à cette psychiatre dans le service m'a mis dans des positions très riches d'enseignements (notamment au moment d'une contention alors que j'étais identifié par les autres soignants comme un interne formé par cette psychiatre).

J'ai ainsi préféré construire les relations humaines les plus spontanées possibles avec les psychiatres, convaincu que trop de réserve ou de surveillance de moi-même

m'inhiberaient pour investir le terrain et convaincu aussi que ces situations seraient susceptibles de dévoilement secondaires importants.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Cette observation rend compte de la **dimension théâtrale de l'urgence** (déjà aperçue à l'observation 1 notamment), voire même des **aspects imaginaires qui s'introduisent dans la relation thérapeutique** via le maniement de l'image de l'hôpital. On pourrait alors établir le tableau suivant sur les dimensions réelles, imaginaires et symboliques de l'urgence psychiatrique, pour le patient et pour le psychiatre :

	Réel	Imaginaire	Symbolique
Patient (ex. de M.K.)	Crise suicidaire	Mise en scène de l'acte ; rapport imaginaire à l'hôpital	Demande
Psychiatre	Nécessité d'agir (vite)	Maniement de l'image de l'hôpital (propositions d'hospitalisation)	Construction d'un parcours de soin

Le tableau se lit de gauche à droite : face au réel de l'urgence, patient et psychiatre en passent par une étape d'imaginarisation du réel pour ensuite respectivement construire une demande (desir de reconnaissance mis en mots, donc « crocheté » à l'ordre symbolique) et un parcours de soin (demande traduite dans des possibilités institutionnelles) qui sont de l'ordre du symbolique.

Autrement dit encore, il arrive **parfois** que la rencontre entre les patients et les soignants lors de l'accueil de psychiatrie se réalise selon des **procédés de mise en scène. La théâtralisation est une médiation originale pour aboutir à une formulation symbolique du trouble présenté et de ses réponses.** Comme au théâtre le récit imaginaire revêt une fonction symbolique.

- Que signifie l'urgence pour les soignants ? S'agit-il de la même chose que pour les patients ? Alors que les patients recourent aux urgences suite à l'expression d'un réel ininterprétable et angoissant pour eux, qui les débordent, les psychiatres sont rarement désarçonnés par les pathologies rencontrés. Il n'en est pas tout à fait de même pour les médecins somaticiens. **Le sentiment de l'urgence réside pour les psychiatres davantage dans l'injonction institutionnelle à agir et à agir vite que dans la gravité des symptômes présentés car « banalisés », en quelque sorte, grâce l'expérience clinique.** Ainsi, et cette observation le montre bien, dès lors qu'assez de personnel est réuni, et même si l'affluence est, dans l'absolu, conséquente, le sentiment chronophage de l'urgence disparaît. **Les psychiatres se débarrassent du réel de l'urgence au moment même où la clinique peut prendre son temps.** Si, pour les soignants, l'urgence c'est « quand il faut aller vite », pour les patients, ce serait plutôt de l'ordre du « il faut » (me recevoir, m'entendre, m'aider) quelle que soit l'attente (qui peut durer, pour des tentatives de suicide, plusieurs heures quand le risque vital n'est pas engagé).
- **La disponibilité en lits d'hospitalisation peut conditionner la clinique** ; elle semble inversement proportionnelle à l'investissement de la prise en charge thérapeutique sur son versant intersubjectif. Moins il y a de lits disponibles, plus les contacts sont nombreux avec les institutions extérieures à l'hôpital susceptibles d'accueillir le patient.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
17	26/03/2007	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Le sens de la contention

Récit de l'observation :

Ce matin-là, un lundi, douze patients sont en attente d'un « avis psychiatrique » dans le service des urgences. Malgré la présence de trois praticiens de l'équipe de psychiatrie, la matinée s'annonce difficile car le service N2 (d'hospitalisation psychiatrique) informe qu'aucun lit ne sera disponible avant le mercredi suivant, ce qui laisse présager, si des possibilités d'hospitalisation hors du pavillon N ne se dégagent pas, un engorgement rapide du service. Ou alors, il faudra envisager davantage de « sorties simples » vers des services ambulatoires de médecine de ville ou d'autres structures d'aides sociales ou médicosociales. Ce travail est très chronophage car il impose des prises de contact et une investigation auprès des familles des patients, des médecins généralistes, des structures d'accueil, etc., afin d'évaluer si la sortie du patient est opportune et ne le met pas en danger. Il s'agit de *reconstituer, depuis l'hôpital, le tissu de sociabilités dans lequel est habituellement plongé patient* et d'évaluer si ce tissu est suffisant pour absorber la crise du sujet qui a eu recours aux urgences.

Etant donné le contexte de rareté des lits, la psychiatre (la même que la dernière fois) décide de faire un tour général du service et de rencontrer brièvement et successivement les quatre patients qu'elle aura à voir, de manière à organiser sa matinée et à anticiper les éventuelles hospitalisations.

Nous allons donc rencontrer trois patientes avec un profil identique puisqu'il s'agit de femmes ayant fait des tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire suite à des difficultés dans leur vie conjugale et familiale. On pourra lire, au *fragment clinique 8*, le récit du cas de Madame Z. Il me semble très intéressant en ce qu'il montre comment le service d'urgence constitue un *intermédiaire rassurant entre l'hôpital et la ville*. En effet, la patiente, qui ne souhaite pas être hospitalisée en psychiatrie mais qui fait tout de même confiance à l'accueil hospitalier suite à sa rencontre avec la psychiatre, choisira de venir à la consultation psychologique du pavillon des urgences.

Lorsqu'elle conclut l'entretien avec Madame Z., je suis étonné que la psychiatre lui donne ses jours et heures de présence aux urgences pour qu'elle revienne éventuellement la voir. Mais je me souviens du cas de Monsieur B. (*observation 3*) qui était revenu aux urgences suite à une recommandation similaire de la même psychiatre. Je me fais la réflexion qu'il y a une forme de paradoxe à recommander le recours aux urgences pour de simples consultations, programmées. A travers une discussion avec la psychiatre, je comprends qu'il est parfois thérapeutique d'encourager les recours volontaires pour éviter le surgissement du geste suicidaire. En effet, pour les tentatives de suicides, le recours provient quasi systématiquement d'un membre de l'entourage du patient. Pour les patients suicidaires, l'encouragement du recours volontaire permet au sujet une autonomie dans les recours et *l'élaboration d'une demande singulière au thérapeute*. A plusieurs reprises, les psychiatres m'ont affirmé accueillir autant la détresse d'un patient que la demande d'une famille à travers lesquelles il est parfois difficile de s'orienter. La crise puis le recours aux urgences hospitalières renvoient en effet souvent à des ruptures de la médiation (famille, travail) qui impliquent toujours assez conjointement un sujet singulier et le groupe auquel il appartient. Ce groupe relève et désigne ce qui constitue, à ses yeux, la crise et la situation d'urgence, en quelque sorte à la place du sujet lui-même.

En fin de matinée, la psychiatre est sollicitée pour rencontrer rapidement un patient au « box 0 » de N Accueil. Cet espace est habituellement réservé aux patients violents ou qui doivent rencontrer un psychiatre dans la procédure de réquisition. Il s'agit d'un patient très agité et qui tient des propos délirants. Il est accompagné par ses patrons qui lui ont trouvé un comportement bizarre. Il s'agit de Monsieur P. dont je fais le récit du cas au *fragment clinique* 7. Je voudrais amener davantage de précisions sur ce que je dis dans ce fragment en affirmant que la contention s'est déroulée dans des conditions « précipitées et chaotiques ». Il me semble que, pour préciser ce point de vue assez subjectif⁷⁸¹, je dois revenir sur la situation générale qui a accompagné cet épisode de contention.

En fait, la scène de la contention, que j'estime au premier abord mal maîtrisée par la psychiatre, m'apparaît très violente. Cet épisode va provoquer en moi pour la suite de journée une sorte d'anxiété diffuse dont je n'arriverai à me débarrasser qu'après avoir consigné, sous forme de notes au brouillon, les événements de la journée dans mon journal.

Ce qui a provoqué mon anxiété, c'est d'abord la rencontre avec le patient et notamment le caractère menaçant et délirant des propos qu'il tient. Je me sens oppressé dans le box de contention : la porte est en effet juste entrouverte, ce qui laisse imaginer une sortie difficile. Le patient ne tient pas en place et devient de plus en plus insultant vis-à-vis de la psychiatre et de moi-même. Je me trouve sans ressource face aux interpellations du patient dont les propos tellement délirants me font rencontrer la psychose avec effroi. Les paroles du psychiatre restent sans effet pour calmer le patient qui les utilise pour alimenter son délire selon une logique insensée, éminemment déroutante. La psychiatre décide de ne pas poursuivre l'entretien et de procéder à la contention du patient.

L'opération de contention se passe mal. Le patient se débat malgré le nombre de soignants (aides-soignants, infirmiers et médecins) – on compte une dizaine de personnes – qui me semblent littéralement l'assaillir. Le personnel est venu en renfort suite à un appel par interphone dans tout le service qui réclamait « *des bras au box 0* ». Accourant devant le box où se situe le patient, les soignants revêtent à la hâte des gants et se munissent des liens de contention avant de se donner entre eux la responsabilité de l'immobilisation d'un membre du patient. L'un maintiendra le membre tandis qu'un autre l'attachera au lit via le lien en cuir blanc. L'opération est faite simultanément pour les quatre membres, plus le tronc. Des cris et des coups d'échangent entre le patient et les soignants en difficulté. La psychiatre essaie de parler au patient mais c'est la cacophonie. Prise dans l'urgence, elle n'a pas eu le temps de préparer le patient à cet événement. A ce moment, je ne sais pas quoi penser de cette décision de contenir le patient qui me paraît extrêmement violente mais qui, en même temps, vise à assurer la sécurité et la protection des soignants et des autres patients...

D'autre part, un autre épisode qui se surajoute à cela vient alimenter mon anxiété. Suite à la contention, je reçois des invectives de la part des soignants qui ont procédé à l'opération. Ils m'accusent, avec quelque mépris et retirant leurs gants de latex avec rage, de m'être bien gardé d'agir avec eux dans cette tâche difficile. Je suis à ce moment précis pris pour un interne de psychiatrie. En effet, les infirmiers et les médecins généralistes du service me voient souvent mais ne savent pas que je suis un simple observateur menant une recherche ethnographique. Je n'ai donc pas le droit d'agir sur les patients de quelque manière que ce soit. Je suis pourtant resté, certes en retrait, à observer la scène. Or, il arrive très souvent que les psychiatres qui ordonnent les contentions ne participent pas, pour des raisons cliniques, sinon par la parole, à l'acte même. Ils préfèrent garder une distance au corps du patient qui sera utile lors des entretiens ultérieurs. Ce choix clinique est souvent

⁷⁸¹ Sur lequel je reviens plus bas, en suivant la trame méthodologique habituelle de mon journal.

mal interprété par les autres soignants qui se voient exécuter une tâche violente et difficile sous les ordres d'un médecin alors même que celui-ci ne participe pas nécessairement au « *sale boulot* ». En somme, je suis l'objet, via le statut d'interne que je représente, des invectives classiques et des rancœurs courantes vis-à-vis de la psychiatrie dans le service quand celle-ci est en demeure d'accueillir la folie.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Comment tirer des données objectivables d'une situation que j'ai vécue avec un si fort investissement subjectif et un tel sentiment d'angoisse ?

J'ai en effet fait l'expérience de la violence doublement : celle de la scène de contention et celle de l'attaque que j'ai essuyée venant des médecins et infirmiers. Craignant, à partir de cette scène, de juger trop vite les pratiques psychiatriques et de tomber dans une vision, trop classique en sciences sociales, de la psychiatrie comme instance punitive, j'ai pris la décision de seulement décrire la scène et d'en fournir, plus tard⁷⁸², une interprétation. Je dois en effet garder à l'esprit mon objectif de recherche : je sais que je ne souhaite pas faire une recherche sur le pouvoir médical. Certes, cette scène de contention en est une expression flagrante, mais je crains qu'elle puisse faire écran face à la « banalité » quotidienne de l'accueil de psychiatrie qui me semble un résultat de la recherche bien plus pertinent. Il s'agit d'une situation assez exceptionnelle dont je ne dois pas faire une généralité. *Aussi, en référence à mes objectifs de recherche, je dois formuler cette situation en termes communicationnels.* De ce point de vue, il me semble que la contention manifeste, dans l'activité d'accueil du service, un point d'impossible de la communication, un point de réel autant du point de vue des psychiatres (l'acte à la place de la parole) que du point de vue du patient (le geste qui vient à la place des mots, l'insensé du discours comme marque de la perte d'ancrage dans le symbolique et dans les références qui rendent possible le rapport à l'autre).

Je dois éviter un autre écueil, celui de prendre comme une attaque personnelle les invectives des infirmiers et médecins. Je dois garder à l'esprit que je suis assimilé, pour eux, à la psychiatrie. Ce n'est pas une raison pour m'y identifier moi-même et nourrir de la rancœur vis-à-vis de ces soignants, mais c'est l'occasion de mettre une fois de plus en évidence, à propos d'une situation inédite dans mon enquête, *les conflits d'identité au sein même des équipes soignantes.* Comme l'estime Devereux, il faut toujours faire un retour réflexif sur ses propres mouvements psychiques pour les *situer*, c'est-à-dire pour montrer qu'ils rendent compte, à un second degré et selon des jeux d'identification et de représentation (ils connotent), d'une *situation propre au terrain investi.*

1. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Je voudrais ici faire état d'événements qui se sont produits dans les semaines et les mois suivants cet épisode de contention difficile pour montrer comment cette scène, comparée à d'autres, peut rétrospectivement prendre du sens et faire progressivement sortir le chercheur de ses mouvements psychiques singuliers qui entravent le travail scientifique d'objectivation.

Une quinzaine de jours après cette observation, au mois d'avril 2007, je suis sollicité par la cadre infirmier du service, qui connaît mon identité de chercheur-observateur,

⁷⁸² Voir à ce propos le point suivant sur les perturbations où je rends compte de ma prise de recul progressive sur la pratique de la contention.

pour procéder à une étude des représentations des infirmiers et aides-soignants sur... la contention ! Cette étude entrera pour elle dans le cadre d'un programme national d'évaluation des pratiques professionnelles à l'hôpital. Par ailleurs, elle souhaite savoir si la formation qui a été mise en place sur les situations de violence à l'hôpital a porté ses fruits auprès du personnel infirmier et aide-soignant. Sa question principale est de savoir si la contention est considérée par les soignants comme une pratique soignante ou revêt pour eux un autre sens.

J'accepte cette mission car elle m'intégrera un peu plus dans le service, me permettra d'entrer en contact avec les infirmiers et aussi d'éclaircir mes interrogations sur l'expérience difficile relatée précédemment.

Après une recherche bibliographique où je saisis un peu mieux les enjeux de la contention⁷⁸³, je mène, durant trois mois et à intervalles irréguliers, des entretiens avec les infirmiers grâce auxquels je fais deux grands constats⁷⁸⁴.

Premier constat : je joue clairement, dans mon enquête, un rôle de tiers, extérieur au service, vis-à-vis des problèmes que pose la contention aux soignants. Je suis le réceptacle d'une parole de sujets en difficulté, dans leur métier, vis-à-vis d'une procédure qui leur paraît être à la frontière entre le policier et le soignant. D'autre part, j'entends les problèmes relationnels que cristallise la contention entre les acteurs du soin. Notamment, la difficulté de comprendre la position du psychiatre qui prescrit mais met rarement la « *main à la pâte* ». De plus, les soignants interrogés font des distinctions entre les patients de la psychiatrie suivant le symptôme qu'ils présentent. Suivant les cas, la contention est, pour les infirmiers, soit protectrice, soit une mesure de sécurité. ***Ils ne peuvent rendre compte du sens de la contention de manière absolue, ce qui révèle bien une sorte de malaise vis-à-vis de cette pratique qui n'est pas toujours identifiée, loin de là, comme appartenant au champ de la médecine***.

Deuxième constat : ***la contention se comporte comme un outil de mesure (une jauge) de la solidarité dans le service*** : tout le monde doit y participer pour alléger sa propre responsabilité, celle des autres et pour avoir le sentiment de « faire corps » autour d'un acte difficile. Dès lors, je comprends mieux les invectives évoquées précédemment : on me reprochait de me retirer de la solidarité soignante.

En septembre 2007, je présente mes résultats aux acteurs du service engagés dans la question : médecins, chefs de service, psychiatres, aides-soignants, infirmiers. La présentation est l'occasion d'un débat vif qui conclut à la nécessité d'ouvrir des temps et des espaces de parole dans le service pour l'échange, entre soignants, sur le vécu de la contention.

Le 8 juillet 2008, un autre cas de contention se présente pour un jeune homme en état maniaque amené aux urgences par les pompiers suite à une agression sur son père. J'ai décrit ce cas avec plus de précision au *fragment clinique 10*. Cette contention se passe bien cette fois-ci car la psychiatre comprend, à travers les entretiens avec le patient, que celui-ci sera violent s'il se fait contenir par des femmes. Un interne de médecine procèdera à la contention avec des infirmiers masculins. Le patient se laissera alors contenir sans violence. Encore une fois, j'observe la scène le plus discrètement et le plus en retrait possible mais je

⁷⁸³ Elle renvoie certes à un objectif de sécurité mais elle se justifie aussi par des raisons cliniques, notamment chez les sujets psychotiques dont la structure psychique se caractérise notamment par un sentiment de morcellement du corps propre auquel il est possible de parer, dans certains cas, par une contention physique temporaire.

⁷⁸⁴ Voir le détail des résultats dans le corps de la thèse et en annexe.

sens l'énerverment des infirmiers à mon égard. Après l'opération, je me dirige de suite vers les infirmiers pour leur expliquer pourquoi je n'ai pas participé. J'indique par ailleurs que je sais ce que représente la contention pour eux suite à l'étude demandée par la cadre infirmier. Une conversation à propos de la contention s'amorce alors entre l'interne, la psychiatre et moi-même. Les infirmiers retournent à leur travail.

En guise de synthèse, on pourrait dire que le temps long de l'observation a permis de donner un sens plus juste aux événements que j'avais vécus au départ dans un contexte émotionnel qui ne pouvait pas correspondre à une démarche de recherche. J'ai ainsi pu me départir d'une envie de juger la pratique de la contention pour alors déplacer mon regard vers des problématiques plus intéressantes qu'on pourrait résumer ainsi :

- la contention constitue une pratique dont il est difficile, pour chaque catégorie de soignant, de rendre compte. Elle a toujours une dimension ambivalente :
 - elle représente un échec de l'établissement de la relation thérapeutique par la parole pour le psychiatre en même temps qu'elle a des effets et une justification thérapeutique pour des pathologies psychotiques.
 - Elle n'a pas de sens absolu pour les infirmiers qui y voient tantôt une pratique sécuritaire (ou de « *protection* » ainsi que je l'ai recueilli dans les entretiens), tantôt une pratique soignante. Cette ambivalence les amène à établir des distinctions entre les patients de la psychiatrie, en légitimant plus ou moins leur souffrance
 - Elle constitue un nœud de tension entre les médecins somaticiens et les psychiatres, notamment sur la question du rapport au corps du patient.
- Au moment de pratiquer la contention d'un patient, est mise à l'épreuve la solidarité des équipes soignantes.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Plusieurs données ont émergé lors de l'analyse rétrospective de l'expérience et du récit de l'observation. Elles figurent en gras et italique dans les lignes précédentes.
- Cette observation, à travers les cas de Madame Z, Monsieur B et Monsieur P amène de nouveau à une réflexion sur la temporalité de l'urgence. **Il semble que plusieurs temporalités se superposent : à côté de la temporalité ramassée de la crise et de l'agir médical (Monsieur P.) coexiste un temps plus long qui est celui de la parole ou celui du lien établi, parfois sur le long terme, entre un psychiatre urgentiste et un patient qui décident de se revoir.** Cela vient renforcer les résultats de *l'observation 5* sur la fonction du DMU **d'inscrire une mémoire du patient au sein de l'institution qui, dès l'accueil du patient pour un nouveau recours, peut introduire une temporalité élargie qui fait au moins référence à un passé médical** (mais qui est en fait bien plus riche vue la nature de l'information médicale déposée par les psychiatres sur l'interface informatique).
- **La contention**, parce qu'elle échappe sans cesse à une définition stable et parce qu'elle vient à la suite des échecs des solutions symboliques de l'institution hospitalière pour construire la relation thérapeutique, **appartient au réel de l'urgence.** En cela, elle appartient aussi au **pouvoir médical.**

Interruption des observations d'avril 2007 à juin 2008 : Quelques explications

Comme je l'évoquais dans les lignes précédentes, mon enquête va prendre une autre orientation, temporaire, à partir d'avril 2007. En effet, durant trois mois, d'avril à juin, je vais mener des entretiens avec les aides-soignants et les infirmiers du service à propos de la contention.

Ce travail va s'avérer très conséquent pour plusieurs raisons.

Des raisons pratiques d'abord puisque j'ai dû me familiariser avec la technique de l'enquête par entretien. Ceci fut très consommateur de temps car je dus réaliser une grille d'entretien (à partir des exigences de la cadre infirmier et de mes propres intuitions suite à un travail de bibliographie), mener les entretiens (au nombre de huit), puis les retranscrire (qui est la phase la plus longue et la plus fastidieuse).

Des raisons plus scientifiques et « politiques », ensuite, ayant trait à l'exploitation et à l'interprétation des résultats. Je me suis en effet aperçu combien le sujet de la contention était délicat à mesure que je réalisais mon enquête. J'ai très vite pris conscience que j'étais l'interlocuteur « idéal », à la fois extérieur à l'institution mais aussi relais de la parole des soignants dans ses aspects de souffrance et de revendication auprès de l'administration hospitalière. J'ai dû moi-même faire un effort conséquent pour essayer de me positionner au minimum vis-à-vis de la pratique de la contention et me souvenir, à chaque instant de l'enquête, qu'on m'avait « simplement » demandé de décrire les représentations des soignants.

Les résultats de l'enquête figurent en partie dans le corps de la thèse et, de manière plus exhaustive, en annexe.

Cette période d'interruption des observations a aussi été l'occasion pour moi de retravailler plus en profondeur une étude des discours de presse sur le pavillon N que j'avais initiée et que j'ai retravaillée pour une communication en février 2008 puis pour une publication. Tout comme pour l'étude sur la contention, l'étude de corpus et ses résultats figurent dans le corps de la thèse et dans une annexe.

Ces deux études ne furent pas sans intérêt pour porter un regard nouveau sur mon journal d'observation comme j'ai pu en rendre compte çà et là dans les parties d'analyse rétrospectives de l'expérience de terrain. Il me semble en effet que les approches méthodologiques croisées de mon terrain lui donnent plus de consistance et contribuent à le construire de manière singulière à la fois selon mon désir de chercheur et mes objectifs méthodologiques.

Au début de l'été, j'ai recruté comme vacataire pour enseigner, dans un IUT, les théories de l'information et de la communication pour l'année universitaire 2007/2008. Le travail de préparation des cours me prendra beaucoup de temps et m'invitera, parallèlement, à creuser des réflexions théoriques et épistémologiques en regard de mon expérience ethnographique.

Je reviendrai brièvement au pavillon N en septembre 2007 pour rendre compte des résultats de mon étude sur la contention auprès des personnels concernés. Ce sera l'objet d'un vif débat entre chefs de service, médecins, psychiatres et infirmiers. La cadre infirmier me confiera être satisfaite du résultat de l'enquête, au moins pour l'espace de parole que j'aurais permis de construire autour de la problématique de la contention.

A la fin de l'année universitaire, je décide de retourner sur le terrain pour aller éprouver mes nouvelles hypothèses construites à partir de mes travaux théoriques et pour récolter de nouveaux cas cliniques.

Obs. n	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
18	01/07/2008	N Accueil UHCD N2	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les outils de communication aux urgences Chaos et organisation des urgences

Récit de l'observation :

Voilà neuf mois que je ne suis pas revenu au pavillon N. Malgré mon absence prolongée, je n'ai pas eu de difficulté à reprendre contact avec le service, d'abord via le chef de service qui m'a ensuite orienté vers une psychiatre avec qui j'ai déjà eu l'occasion de travailler (*observations 13 et 14*). Je suis fort bien accueilli par la psychiatre qui me propose de l'accompagner pour quatre demi-journées d'observations : deux avant les vacances d'été et deux à la rentrée de septembre. Je retrouve l'équipe de psychiatrie qui me reconnaît sans problème. Je suis étonné, en revanche, d'être reconnu et salué par quelques médecins somaticiens vis-à-vis desquels je suis passé largement inaperçu au cours des observations des mois précédents... Je crois que mon travail sur la contention et la présentation au service qui s'en est suivi ont beaucoup joué dans le sens d'une plus grande visibilité de ma présence dans le service. Je revêts désormais à leurs yeux ma véritable identité (de jeune chercheur) dont je m'aperçois qu'elle suscite beaucoup moins d'indifférence que la précédente que j'incarnais face à eux, c'est-à-dire celle de l'interne en psychiatrie ou du stagiaire psychologue.

J'ai retrouvé la psychiatre à son bureau du deuxième étage du pavillon N et nous avons profité de ce moment pour nous accorder sur les modalités de ma présence. Elle estime qu'un observateur à ses côtés n'est pas en mesure de vraiment changer sa clinique car elle est très habituée à avoir un interne de psychiatrie ou un stagiaire psychologue auprès d'elle. Ce sera d'ailleurs la manière dont elle me présentera aux patients quand nous les rencontrerons. Elle m'indique cependant, comme la fois précédente, qu'elle prendra en compte mes problématiques de recherche pour me rendre compte, à sa manière, de ce qui se sera produit avec les patients lors des entretiens et dans la vie du service. Elle conclut cette conversation en m'affirmant qu'il est intéressant d'avoir un œil extérieur sur le service. Pour elle, il peut être néfaste à la clinique elle-même que les praticiens produisent trop de savoir sur leur propre travail, d'autant qu'aux urgences, « *il faut laisser un peu de flou pour pouvoir s'identifier à l'institution* », dit-elle, « *car un service d'urgence doit conserver son caractère paradoxal d'être à la fois cadre contenant et lieu chaotique de projection* ». La construction, par les soignants, d'un savoir sur l'institution pourrait aboutir à réduire la dimension chaotique et apparemment désorganisée de l'urgence qui en fait un lieu clinique spécifique.

Nous descendons à N Accueil pour la répartition des patients entre les différents intervenants de psychiatrie. Je découvre alors que l'organisation de la présence psychiatrique a changé depuis mon absence.

Il y a désormais un « psychiatre référent », qui existait déjà auparavant de manière informelle, mais dont je dirais que la fonction a été institutionnalisée plus fortement avec l'instauration de rotations entre les différents psychiatres de l'équipe. Je ressens l'institutionnalisation de ce statut dans la manière, un peu solennelle, dont la psychiatre m'explique les changements.

La fonction du psychiatre référent est de superviser l'organisation de la matinée. Il fait la relève de la nuit et distribue le travail aux psychiatres et psychologues qui commencent le service entre 8h et 9h. Il est par ailleurs responsable de l'examen des patients qui arrivent de façon non programmée. C'est-à-dire qu'il assure en priorité l'accueil des patients qui arrivent à partir de 8 heures, mais il peut se charger des patients de la nuit si cela est nécessaire, en cas de grande affluence, par exemple. Les autres soignants ont en charge l'examen et les entretiens avec les patients qui ont été accueillis le soir et/ou la nuit et qui sont attendus « d'avis psy » après l'examen du somaticien.

Le psychiatre référent est désormais équipé d'un téléphone portable qui le rend joignable à tout instant. Cela fait suite à une plainte des médecins généralistes de ne jamais arriver à « *mettre la main* » sur le psychiatre. Paradoxalement, ce nouvel équipement n'a pas provoqué de recrudescence de sollicitation des « avis pys ». Selon la psychiatre, il a même permis d'apaiser, dans une sorte d'effet collatéral, de bénéfice secondaire, les relations entre les psychiatres et les somaticiens, simplement « *parce que l'outil fait lien* ». Les somaticiens sont en effet souvent désarmés face à la pathologie psychiatrique dont ils ne savent pas bien évaluer la gravité. Le téléphone portable devient alors un simple instrument pour demander conseil ou valider un point de vue clinique à distance ou simplement signaler la présence d'un patient qui potentiellement, à un moment ou à un autre, pourrait relever de la psychiatrie.

Je remarque aussi que la présence psychiatrique du matin au pavillon N s'est beaucoup étoffée puisqu'il y a ce jour-là deux psychologues et trois psychiatres ! La psychiatre m'indique que cette refonte de l'emploi du temps de l'équipe a largement amélioré les conditions d'entretien et de prise en charge des patients en dégageant du temps. Par contre, l'après-midi et le soir, un seul psychiatre est de service, comme dans l'organisation antérieure.

Des changements ont aussi eu lieu dans le DMU. Le registre informatique de consignation des données médicales a sensiblement changé. Quelques nouveaux éléments se sont ajoutés, notamment un code de couleurs censé indiquer le degré de gravité de l'urgence. Il s'établit comme suit et il indique, en fait, des priorités de prise en charge des patients :

- rouge : il s'agit d'une urgence vitale qui n'accepte aucun délai (réanimation, par exemple)
- orange : ce patient nécessite des soins prioritairement
- vert : le patient peut attendre
- blanc : le patient ne présente aucune urgence et n'est pas estimé correspondre à l'offre de soin du service (ce code sert à identifier les patients qui « abusent » du service ou qui ont des demandes inadaptées)

Je fais deux observations importantes concernant ce code de couleur qui montrent que son ajout n'est pas anodin :

- ce sont les médecins généralistes ou les infirmiers de l'accueil qui cotent (c'est-à-dire qui attribuent une couleur à un patient) les cas sur le DMU
- les urgences qui nécessitent un « avis psychiatrique » sont toujours cotées en vert, quelque soit la symptomatologie (crise d'angoisse, TS par phlébotomie, par défénéstration ou IMV).

Une autre entrée du DMU a été ajoutée : un pictogramme indique la position du patient : couché, assis ou debout. Cela permet de rendre compte de l'engorgement du service, d'une

part, et de la gravité de l'urgence d'autre part. Un autre pictogramme représente un visage agressif avec les dents découvertes, prêt à mordre. La psychiatre m'indique qu'il s'agit du pictogramme qui indique un patient violent. Mais elle regrette un effet collatéral à cette désignation : souvent, ces patients violents ou agités sont vus par les psychiatres et, puisque que tous les acteurs du service voient ces pictogrammes, ils associent à la psychiatrie un rôle de gestion de la violence qui dessert la défense de la logique quotidienne de l'accueil psychiatrique fondée sur la parole.

Alors que nous avons cette discussion sur les représentations classiques de la psychiatrie, je questionne mon interlocutrice sur son rapport à la médication. En effet, l'image du psychiatre qui assomme son patient de médicaments ou lui injecte un tranquillisant est une représentation assez courante de la psychiatrie dans la fiction, mais aussi dans les discours antipsychiatriques. La psychiatre (qui a vraisemblablement une dizaine d'années d'exercice) m'avoue ne plus connaître précisément le nom des molécules ni des médicaments couramment prescrits en psychiatrie. Le médicament fait très rarement partie de sa clinique, à part pour des patients très angoissés ou agités à qui elle prescrit un anxiolytique. Pour elle, la prise en charge d'urgence, est le moment de faire du lien alors que les prescriptions médicamenteuses trouveront leur pertinence au moment du suivi quand un véritable diagnostic aura pu être établi. Elle estime que l'urgence doit être un moment de prise de contact et de prise de confiance, d'une part avec l'institution si le patient doit plus tard y séjourner et, d'autre part, avec le soin psychique et la logique particulière de la cure en psychiatrie qui s'appuie sur la parole.

Suite à la réunion du matin, la psychiatre avec qui je collabore doit voir deux patients. Nous n'en verrons qu'un en fait car un des cas est vite écarté : il s'agit d'une femme de 99 ans qui a des délires de persécution. La psychiatre s'aperçoit très rapidement qu'il s'agit d'une démence sénile dont la prise en charge relève de la neurologie ou de la gériatrie. Nous verrons donc un seul patient, Monsieur L., dont la description précise du cas est faite au *fragment clinique 9*.

Mais avant d'aller rencontrer le patient, la psychiatre décide de passer par deux étapes préalables. D'abord, nous faisons une halte au service N2 pour nous enquérir du nombre de lits disponibles. On nous annonce un seul lit d'homme. J'interroge la psychiatre sur les faibles capacités d'hospitalisation du jour. Elle me répond que le pavillon N est un service d'urgence qui hospitalise beaucoup avec un ratio de 40% d'hospitalisation et 60% de consultations simples. Le ratio habituel étant plutôt, respectivement, de 20% et 80%. Elle me dit aussi que la capacité d'hospitalisation est relative et changeante car elle se calcule en fonction du nombre de patients à l'accueil des urgences, par définition fluctuant.

Après avoir vu Monsieur L., il nous reste du temps avant la fin du service. La psychiatre décide alors de s'investir dans ce qu'elle nomme « *l'autre fonction des psychiatres aux urgences* », c'est-à-dire un travail d'écoute des soignants et de médiation entre eux. A ce moment, s'éclaire une autre dimension de ce que j'ai à plusieurs reprises interprété comme un conflit larvé entre somaticiens et psychiatres. La psychiatre m'explique, dans son vocabulaire, qu'elle assume un rôle de « *pare-excitation* » dans le service. Elle est investie imaginativement par les autres soignants pour tenter d'apaiser les mouvements psychiques à l'œuvre entre les membres d'un service agité par une forme de chaos, au moins apparent.

A partir de ces considérations, une discussion passionnante va naître entre la psychiatre et moi-même dont je voudrais faire brièvement état. Je l'interroge en effet sur la dimension chaotique des urgences qui cohabite paradoxalement avec des formes d'organisation très rationalisées (et qui renvoient aux problématiques de tarification hospitalières notamment, lisibles dans les attentes informationnelles du DMU). La

psychiatre m'explique alors que cette tension entre chaos et organisation convient très bien à certains patients qui relèvent de la psychiatrie. Si, pour certains patients, l'apparence de chaos peut être porteuse d'une très grande confusion, pour d'autres, ce chaos renvoie à une indifférenciation qui permet des recours pour des patients qui sont eux-mêmes dans une forme de désorganisation psychique. Il y a donc un jeu de miroir entre désorganisation psychique et désorganisation apparente du lieu. « *Apparente* », souligne la psychiatre, car « *quelque chose d'un lien différencié doit se construire dans le temps de la prise en charge* », sans quoi le maintien du chaos et de l'indifférenciation se traduira toujours par un retour du symptôme qui se solde par un retour aux urgences, comme c'est le cas pour beaucoup de patients, ou encore par un passage à l'acte pour les patients suicidaires par exemple.

Je quitte le service à l'heure du déjeuner avec le sentiment d'avoir recueilli des éléments d'une grande richesse pour ma thèse.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Peut-être est-il utile pour moi de revenir sur les justifications de mon retour au pavillon N pour y poursuivre des observations. Si les justifications théoriques et méthodologiques sont suffisantes (multiplier les observations pour garantir la représentativité des faits observés, revenir sur le terrain pour valider des hypothèses après une phase d'élaboration théorique, etc.), je dois concéder que cet espace social des urgences a toujours représenté pour moi un enjeu de recherche très excitant. Sans me plonger dans une autoanalyse nécessairement superficielle (et artificielle car le retour sur le refoulé nécessite un autre en chair et en os), il me semble important de souligner qu'un tel terrain ne peut laisser le chercheur tranquille au point de le contraindre presque à y retourner à l'infini. Il me semble que ce terrain ne peut que provoquer indéfiniment un manque en mesure d'attiser insatiablement le désir du chercheur. En effet, alors que tout laisse à penser que l'on entre dans une institution dont le chercheur en sciences sociales pourrait dévoiler les règles, quelque chose échappe toujours aux urgences et encore plus, me semble-t-il, quand il s'agit d'urgence psychiatrique. Les urgences résistent à la volonté du chercheur de les enfermer dans un savoir fini et clos. Alors que ce constat pourrait sembler un échec, il me semble qu'il peut être décalé pour se transformer en donnée. ***En effet, si les urgences n'entrent jamais dans une interprétation systématique, c'est parce qu'elles sont une institution qui laisse place à l'émergence des singularités. Institution avec ses normes, les services d'urgence sont pourtant en demeure de les faire jouer sans cesse tant les demandes qui leur sont adressées, et qu'ils doivent accueillir, viennent apporter leur lot de singularité irréductible***. Ainsi, ce qui est en mesure d'attacher le chercheur au terrain des urgences, c'est cette espèce de course infinie et perpétuellement insatisfaite vers une interprétation close.

Après ce détour, revenons à l'observation présente. Il me faut revenir sur l'impression de nouveauté que me laisse ce retour dans le service. La somme des nouveautés organisationnelles ne doit pas faire écran à leur sens, à la direction qu'elles ont prise. En effet, l'introduction du code de couleur présenté comme une nouveauté améliorant la gestion des décisions de prise en charge et des flux de patients, ne cache-t-il, dans son usage, la perpétuation d'une logique qui valorise l'urgence somatique (dite « vitale ») et dévalorise les patients de la psychiatrie en nivelant de manière homogène leur souffrance (toujours du vert pour signifier une urgence relative) ?

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Je voudrais ici revenir sur deux moments de mon observation :

- le changement de comportement des somaticiens à mon égard.
- les affirmations de la psychiatre selon lesquelles je ne serais pas une présence déformante de la réalité.

Comment interpréter le fait qu'aux yeux des somaticiens je sois désormais visible en tant que jeune chercheur ethnographe alors que je passais quasiment inaperçu (sauf pour être recevoir des invectives...voir *observation 17*) quand je me cachais derrière l'identité d'un interne de psychiatrie ? La réponse exacte serait bien difficile à trouver, voire même spéculative, étant donné le nombre de facteurs possibles : manque de légitimité des internes par rapport à leurs aînés, manque de reconnaissance de la psychiatrie dans le champ médical, fort turn-over des internes dans le service qui ne justifie pas la création d'un lien de travail particulier et suivi à leur égard, etc. Pour trouver une réponse un peu solide, je crois qu'il faut monter d'un degré en généralité pour s'apercevoir que ce qui discrimine les deux identités successives que j'ai eues est l'appartenance ou non au service d'urgence. Au début de mes observations j'étais partie prenante de l'institution, aux yeux d'une bonne partie du personnel soignant ; dans cette deuxième phase, je suis « juge » ou au moins tiers extérieur observateur. D'où les registres de discours différents qui me sont adressés : conflictuel quand je semble appartenir à l'institution (de manière à créer des identités à l'intérieur même d'une institution et défendre des logiques de travail différenciées) ; consensuel et informatif quand je suis extérieur à l'institution pour faire valoir son identité d'urgentiste vers un champ non concurrentiel qu'est celui de la recherche en sciences sociales. ***En somme, on peut dire que les urgences qui semblent être le lieu de l'agir thérapeutique à l'hôpital (où règne les aspects les plus réels de la médecine) sont pourtant aussi un espace de mise en œuvre de logiques symboliques fortes .***

La deuxième remarque concerne le discours ambivalent de la psychiatre sur l'influence de ma présence dans son travail. Si elle affirme bien qu'elle a l'habitude d'être accompagnée, c'est pourtant toujours avec des personnes issues de son champ de formation élargi (médecine, psychiatrie, psychologie). Or, je ne suis pas de ceux-là et elle le note bien puisque elle promet de rendre compte de sa clinique *en fonction* de mes problématiques de recherche. Cela qui prouve bien que je suis une source d'une modification par rapport à la situation courante. Cependant, l'intérêt qu'elle manifeste à « traduire » son activité dans un autre registre que le registre médical souligne le fait que la psychiatrie d'urgence n'interpelle pas seulement le champ de la médecine mais aussi le politique. Dans une formulation plus épistémologique, on peut dire qu'une ***problématisation sociopolitique et communicationnelle de l'urgence est légitime, reconnue par des acteurs du terrain, et renvoie à des réalités rencontrées dans l'accueil de psychiatrie aux urgences, réalités qui ne se résument pas qu'à des phénomènes dont seule la médecine peut rendre compte avec ses propres concepts .***

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Quelques données ont déjà été extraites de l'analyse rétrospective précédente ; elles figurent en gras et italique pour plus de lisibilité
- L'usage des outils de communication dans le service d'urgence éclaire sous un autre jour des phénomènes déjà observés :
 - Le DMU dont on a déjà vu qu'il était le théâtre d'usages différenciés selon les acteurs du service est aussi porteur, à travers la configuration de son interface, d'enjeux propres au service d'urgence. Certains signes employés pour décrire les patients sont défavorables (ou

même stigmatisant) pour les patients de la psychiatrie : voir l'usage du pictogramme représentant un visage enragé et l'usage permanent de la couleur verte pour désigner le degré d'urgence des patients de la psychiatrie qui indique la moindre légitimité de leur recours ou de leur symptôme aux yeux des soignants responsables du premier contact avec le patient. Cela confirme certains résultats de l'enquête sur la contention et d'autres de l'étude du corpus de presse⁷⁸⁵. Il me semble que le rapport des soignants au DMU aurait toute pertinence à être analysé selon les modèles élaborés par Michel de Certeau dans *Arts de Faire*. En effet, le DMU est tout à la fois un lieu de communication contraignant (avec des normes fixées par l'administration hospitalière dominante, stratégie) mais qui contient des « failles » susceptibles d'être exploitées par les usages inventifs des psychiatres (alors tacticiens).

- L'usage interne du téléphone entre somaticiens et psychiatres révèle que le conflit que j'avais décelé entre ces deux catégories de médecins a été partiellement apaisé durant mon absence (même si la psychiatre tient un discours curieusement technophile ou déterministe quand elle affirme que ce téléphone est responsable de moindres accrochages).
- L'observation 12 avait permis de formuler l'hypothèse que **les psychiatres des urgences** étaient des **médiateurs généralisés**. Cette hypothèse se trouve ici confirmée par la psychiatre elle-même quand elle s'identifie à un « *pare-excitation* ». Cela peut être une formulation, dans le jargon du « champ psy »⁷⁸⁶, de la médiation.
- Plus que les médicaments, **les caractéristiques institutionnelles paradoxales du service (chaos et accueil rationalisé et différencié) sont des outils au service de la clinique psychiatrique. La scène paradoxale de l'urgence constitue un lieu imaginaire de projection et d'identification pour certains patients**. On pourrait faire l'hypothèse que l'apparence désorganisée du service permet d'être un reflet de l'événement malheureux, désorganisateur psychiquement, qui arrive à certains patients. Il y aurait là une identification possible à l'institution et, métonymiquement, un raccrochage possible d'une singularité irréductible au collectif, susceptible de réinstaurer la médiation.
- L'attention spécifique de la psychiatre à un lapsus de Monsieur L. donne à voir le **statut particulier donné à la parole dans l'accueil de psychiatrie**. C'est un élément d'ordre symbolique (un signifiant à la place d'un autre) qui a contribué, chez la psychiatre, certes parmi une série d'autres facteurs, à l'indication d'hospitalisation. Autrement dit, le signifiant n'est pas simplement pour le médecin un « mot-clé » à faire entrer dans un arbre diagnostique, mais il est considéré comme appartenant à la parole du patient⁷⁸⁷ qui tente de faire reconnaître sa souffrance.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
19	08/07/2008	N Accueil	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	La scène dramatique des urgences Contraintes médico-légales et singularité

Récit de l'observation :

Quand j'arrive ce matin-là au service des urgences, j'ai des difficultés à m'orienter tant l'espace d'accueil est sens dessus-dessous ! C'est comme si l'aspect chaotique des urgences que la psychiatre m'avait décrit la semaine précédente était illustré de façon caricaturale ce matin. En effet, des travaux importants ont commencé dans la zone d'accueil : la borne en grand demi-cercle derrière laquelle sont postés les agents administratifs et les infirmiers d'accueil est complètement déstructurée, en plusieurs morceaux. Les travaux empiètent sur les espaces d'attente et sur la zone où sont habituellement disposés les brancards où s'allongent les patients faibles en attente d'une prise en charge ou d'un box. Du coup, il y a beaucoup de patients dans les couloirs des espaces de soin. Ils « débordent », en quelque sorte, de la zone d'attente devenue trop exigüe. Pour ajouter à cette vision de chaos ou de Cour des Miracles, un clochard s'est installé dans la deuxième salle d'attente du pavillon N, située en retrait de la borne d'accueil. D'habitude un peu à l'écart de l'attention des équipes soignantes, cette zone est, dans le contexte des travaux, quasiment invisible. A côté du clochard qui somnole, trône un caddie qui semble contenir ses affaires. Personne ne lui prête attention. Enfin, des policiers en tenue attendent auprès du box de contention (« box 0 ») qu'on leur donne le verdict d'une expertise psychiatrique. Tant de populations différentes, d'agitation et de travaux dans un espace réduit me donnent quelque peu le vertige...

J'arrive tout de même à trouver mon chemin jusqu'au bureau de la psychiatre en faisant un petit détour à travers des couloirs que je ne connaissais pas. Alors que j'ai eu l'impression d'une situation exceptionnelle proche de l'engorgement, elle m'annonce qu'il y a peu de patients en attente d'un examen psychiatrique. De plus, l'équipe de psychiatrie est ce matin-là bien étoffée avec deux psychiatres, deux psychologues et une interne. Par conséquent, nous n'aurons qu'un patient à voir.

Il s'agit d'un cas difficile, Monsieur C., dont j'ai fait la description détaillée au *fragment clinique 10*. En fait, le patient va nous occuper toute la matinée. C'est un choix de la psychiatre, parce qu'elle a du temps et parce qu'elle ne me semble pas choisir la solution de facilité dans la procédure d'hospitalisation du patient. En effet, comme le récit du cas clinique le montre, la psychiatre a consacré un temps important à l'explicitation de la nécessité de l'hospitalisation aux parents de façon à initier une démarche de soin pertinente pour le patient. Autrement dit, elle ne s'est pas contentée d'utiliser son pouvoir médico-légal pour prononcer une hospitalisation d'office (HO) du patient⁷⁸⁸ : elle a cherché à mettre du sens à sa décision d'hospitalisation à la demande d'un tiers en appelant le père, qu'elle a repéré comme tiers symbolique manquant dans la famille, à signer et donc à restaurer sa place symbolique au sein d'un schéma familial délétère pour le patient (cf. la monstration inquiétante de l'Œdipe par les parents). En somme la psychiatre articule sa décision médico-légale, de la façon la plus pertinente possible, à ce qu'elle a entendu de l'histoire singulière du sujet en détresse et de sa famille. *Elle établit, en somme, une médiation possible entre une position singulière et une exigence du collectif.*

L'attention à une voix singulière au-delà de l'exigence collective d'hospitaliser le patient s'entend aussi notamment dans le repérage (et la prise au sérieux), par la psychiatre, d'une sorte de lapsus du patient quand nous le rencontrons la première fois et qu'il nous dit qu'il se sent « *désabusé* » d'être aux urgences. Ce terme ne paraît en effet pas très opportun à décrire la situation dans laquelle se trouve le patient d'autant qu'il nous apprendra pas la suite qu'il ressent cette présence aux urgences comme injuste... La psychiatre ne relève

⁷⁸⁸ Ce qu'elle aurait pu faire, étant donné le danger, présenté manifestement par le patient, de commettre des agressions sexuelles.

pas le lapsus dans un premier temps, mais entendra plus tard le mot « abusé » à plusieurs reprises dans la voix des parents à propos de leur fils dont ils craignent qu'il commette des violences sexuelles. La problématique de la sexualité (qui se retrouvera ensuite dans la question de l'Œdipe, dans un sens plus large) est ainsi mise au centre de la prise en charge du patient plutôt que d'être refoulée derrière la nécessité légale d'hospitaliser le patient⁷⁸⁹.

Sans trop insister sur la contention de Monsieur C., déjà évoquée dans le *fragment clinique 10* et dans l'*observation 17*, je voudrais souligner que même à cet instant-là qui est le moment où, au fond, le poids écrasant de l'institution, en termes de pouvoir, pèse le plus sur le patient, il y a une prise en compte de la singularité du patient, autant que cela est possible, dans la décision de contention par des soignants masculins. La psychiatre, qui a en effet repéré la position ambiguë du patient vis-à-vis des femmes, a délégué la contention à des hommes.

Cette contention, qui va se passer calmement, sera pourtant l'occasion de diverses discussions entre la psychiatre et :

- une infirmière qui viendra confier qu'elle ne parviendra jamais à considérer cette pratique comme un soin.
- un interne de médecine qui était auprès du patient pendant la contention. Il interroge la psychiatre sur la psychose et sur sa décision de déléguer à des hommes la contention pour ce patient spécifiquement.

La psychiatre me rappelle, à la suite de ces discussions, qu'elle joue bien un rôle de médiateur dans le service, y compris vis-à-vis de ses collègues qui se retrouvent confrontés à l'incompréhensible ou à l'ininterprétable. D'une certaine manière, le psychiatre, aux urgences, est celui auprès duquel on a recours dès lors qu'émerge une situation ou un événement qui n'est pas ou plus porteur de sens, c'est-à-dire plus susceptible d'être interprété dans les codes de la médecine (pour les soignants), dans les codes de la vie en commun (pour la police qui amène un patient délirant), dans les codes intimes de la famille (pour tel patient qui choisit de se suicider, qui fait une crise d'angoisse), etc.

La rencontre avec Monsieur C. aura ainsi été riche dans tout ce qu'elle aura révélé autour d'elle sur la vie du service. Au cours de la prise en charge du patient, j'interroge la psychiatre sur le fait que le patient ait été mis dans un box juste en face du bureau du psychiatre. Je lui confie que je trouve cela assez étrange, d'autant que Monsieur C. hurle à trois mètres de nous tandis que nous sommes en train de recevoir ses parents. La psychiatre me répond sur un ton un peu dépité. Elle me raconte que le « hasard » a fait qu'un box d'isolement et de contention a été placé, dans l'organisation géographique du service, juste en face du bureau du psychiatre... Or, les patients contenus ou violents sont souvent des patients qui relèvent de la psychiatrie et leur proximité perturbe les entretiens avec leur entourage. Mais ce n'est pas tout : ce box porte le numéro 13, ce qui est une anomalie dans le milieu hospitalier où une superstition très souvent respectée fait qu'il n'y a jamais de chambre 13 dans les hôpitaux. Le 13, chiffre maudit, désigne le box où l'on isole les patients en crise psychique aiguë. Le 0, chiffre qui représente le néant, désigne un autre box de contention à l'entrée du service où se passent les expertises psychiatriques dans les cas de réquisition d'un psychiatre par les forces de l'ordre...

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

⁷⁸⁹ Les phases maniaques dans les psychoses sont souvent assez dangereuses pour les patients et leur entourage. Cela suffit souvent à justifier une hospitalisation sous contrainte. Voilà pourquoi je souligne le fait que la psychiatre n'a pas choisi la solution de facilité en investiguant plus avant sur les troubles psychiques et relationnels dans la famille.

1. Analyse de l'expérience subjective

Alors que nous n'avons vu qu'un seul patient, cette matinée au pavillon N a été relativement éprouvante pour moi. L'histoire du jeune homme et de sa famille m'a beaucoup ému et j'ai été à plusieurs reprises pris d'anxiété devant le spectacle de la psychose car, au-delà du délire verbal, le patient présentait des troubles du comportement importants.

Sachant que j'aurais à faire quelque chose de ce ressenti subjectif lors de la rédaction de ce journal, je choisis cette fois-ci d'en parler directement avec la psychiatre. En réalité, mes questions sont détournées, car je commence par lui demander, en essayant de prendre un ton naïf, comment elle parvient à garder des nerfs solides face à ce genre de situations éprouvantes. Avec beaucoup de franchise, elle me répond que c'est aussi très difficile pour elle parfois, mais qu'elle a peut-être une explication pour ce cas précis. Selon elle, il y a d'abord des questions conjoncturelles, contingentes (stress, ce que le cas fait résonner dans la vie singulière du praticien ou de l'observateur, etc..). Ensuite, il y a la teneur des propos apportés par les patients et leur famille qui, dans le cas de M.C. sont assez choquants, souvent orientés autour de la sexualité dans ses dimensions les plus réelles. Enfin, il y a *la mise en scène* des propos. Comme je l'ai déjà entendu auparavant auprès de mes divers interlocuteurs, les urgences psychiatriques sont souvent identifiées à une **scène dramatique**. Les psychiatres parlent de psychodrame. Et en effet, j'ai eu le sentiment durant cette matinée d'être devant une **représentation tragique**, à retenir mon souffle, en entendant la dernière vérité de la famille, en attendant le dénouement incertain de l'histoire (la déchirante décision de l'hospitalisation). Même plus, et la psychiatre le souligne bien, le patient autant que les parents profitent de la scène des urgences pour théâtraliser leur souffrance : les exemples de la sortie de la mère, du billet transmis à la psychiatre, des grandes vérités émises par le père sur son fils et de son mea-culpa, sont **autant de postures théâtralisées de la souffrance qui sont le seul moyen de l'exprimer**.

Je me fais alors la réflexion qu'il y a en effet, dans le cas de M.C, quelque chose de tragique, à la mode antique, où une famille confrontée au problème de l'œdipe est poursuivie par un sentiment de culpabilité ; où la société (via l'hospitalisation sous contrainte) vient porter une sanction sur les désirs, la folie et la violence d'un sujet en souffrance...

La psychiatre m'explique alors que les urgences sont un lieu très propice à la théâtralisation car ici est accueillie la crise (qui concerne le patient, mais aussi son entourage) qui signifie l'émotion, l'indifférenciation (dans un premier temps) et la désinhibition car on peut s'y exprimer sans culpabilité : il est rare qu'on propose un suivi psychiatrique aux familles et le patient ne voit qu'une fois le psychiatre des urgences.

En somme, la psychiatre m'a permis de me décaler de mes émotions pour me livrer une clé de lecture du terrain très intéressante qui donnera davantage de consistance à mes réflexions sur ***l'articulation entre les dimensions imaginaires et symboliques de l'urgence qui gisent dans les phénomènes de théâtralisation qui émergent au cours de la prise en charge***.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Question récurrente : que faire des propos de la psychiatre qui sont exprimés dans un jargon professionnel, ou du moins connotés dans le champ de la psychiatrie/psychologie ? Il me semble que la démarche doit être double : d'abord, faire un effort de traduction en fonction des contraintes scientifiques et épistémologiques qui surplombent ma thèse ; ensuite, placer le « jargon » dans une palette de positions cliniques pour déterminer où se situe la clinique de l'urgence par rapport à d'autres activités médicales.

Je serai court dans ces réponses car elles ont déjà été données plus haut : il me semble que l'attention aux signifiants (cf. « *désabusé* ») et le repérage de grandes figures conceptuelles de la psychanalyse (l'Œdipe) confirment bien qu'aux urgences est privilégiée une approche psychanalytique et métapsychologique du sujet, ce qui est assez marginal par rapport au succès des théories comportementales, cognitives et neurobiologiques dans la formation de psychiatrie aujourd'hui.

D'autre part, est-il possible que je prenne, sans les traduire dans la langue des sciences sociales ou des SIC, les concepts proposés par la psychiatrie pour expliciter les cas rencontrés ? *A priori*, il s'agirait d'un biais méthodologique puisque, à la limite, cela amènerait à rendre compte du terrain dans le discours du terrain, c'est-à-dire sans distanciation scientifique spécifique. Cependant, dans le cadre de ma thèse, j'ai fait le choix de construire un cadre théorique qui prenne en considération les concepts de la psychanalyse en tant qu'ils se réfèrent à une dimension originaire de la place des sujets dans le langage et, par suite, dans la communication. Si je voulais traduire l'usage de la psychanalyse et de la métapsychologie dans l'accueil d'urgence, je dirai que ***les psychiatres sont conscients de la part à la fois singulière et collective des ruptures présentées à travers la détresse des patients et qu'ils maintiennent que la communication intersubjective est au cœur de ce qui construit la relation thérapeutique en ce que la parole est la seule médiation susceptible de rendre compte, pour le sujet, de sa souffrance***.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Ci-dessus, en gras et en italiques, figurent déjà quelques données. On peut en tirer d'autres qui apparaissent ci-dessous.
- Il est possible **de comparer le service d'accueil des urgences psychiatriques à une scène de tragédie antique**. Cette hypothèse naît du cas relaté ici, mais trouve des justifications rétrospectivement dans l'ensemble des observations menées. En effet :
 - Dans le service, ***certains acteurs sont porteurs de la voix de la société***, notamment les psychiatres, mais aussi parfois la police, qui rappellent la norme sociale, ce qu'il est possible de dire et de faire dans les contraintes de la sociabilité
 - Les situations d'urgence psychiatrique ***mettent souvent en scène un conflit entre les désirs d'un sujet et les normes collectives*** qui rendent ces désirs ininterprétables ou interdits. Il peut être question de souffrances singulières qui interrogent, en même temps, le lien social et les normes collectives.
 - Dans l'urgence, ***le temps est tantôt suspendu*** (c'est l'attente), ***tantôt l'action s'accélère*** (l'agir thérapeutique, le passage à l'acte).
- Cette observation **confirme l'hypothèse selon laquelle le psychiatre est un médiateur généralisé dans le service**. Il est celui qui reconstruit la médiation entre le singulier et le collectif pour le patient (en articulant demande et parcours de soin) ; il est celui qui construit des références pour des acteurs du soin dès lors que le sens d'événements de la vie du service devient impénétrable.
- **Les psychiatres, aux urgences, articulent les contraintes médico-légales, a priori écrasantes pour le sujet puisqu'elles le privent de sa liberté, avec une prise en compte de la problématique singulière du patient**. Cela montre **qu'il existe un**

« usage », une subjectivation en quelque sorte, de la contrainte de soin pour qu'elle s'applique tout en permettant de réduire son aspect arbitraire et violent.

Il existe, dans le service d'urgence, **un univers de signes associés à la psychiatrie et qui lui est défavorable**. On le constate dans les items à remplir dans le DMU, on l'aperçoit dans la numérotation des box. Au-delà, cela révèle qu'à l'hôpital **la psychiatrie subsiste comme ce qui ne parvient pas à être ingéré et cadré par les logiques administratives de l'organisation hospitalière**. A la limite, on pourrait prendre la numérotation des box utilisés par la psychiatrie comme des lapsus ou des actes manqués de l'administration qui révèle sa conception de la psychiatrie qu'elle tente de refouler.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
20	22/09/2008	N Accueil UHCD	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Les demandes paradoxales

Récit de l'observation :

L'été a passé pour laisser place à la rentrée universitaire. C'est aussi l'heure de retourner à mes observations à l'hôpital. Celle de ce jour-là est l'avant dernière et elle me réserve pourtant encore des surprises. Au mois de juillet, j'avais quitté le service alors qu'il était en travaux : la zone d'accueil des patients était rénovée et réorganisée, notamment avec la construction de portes coulissantes automatiques pour mieux distinguer les lieux d'attente et les lieux de soin.

Quand j'arrive à la fin de ce mois de septembre, l'entrée principale des urgences est complètement bouchée ! L'ambiance est encore plus chaotique qu'avant l'été : la zone d'accueil est remplacée temporairement par un préfabriqué sur le parvis du service. La borne d'accueil est réduite à un minuscule demi-cercle : les agents administratifs et les infirmiers d'accueil doivent travailler dans la poussière qui vole et au son des marteaux piqueurs du fait de leur position mitoyenne au mur les qui sépare la zone de travaux. Une entrée qui permet d'accéder aux zones de soins et aux chambres a été aménagée mais elle impose de transiter par la zone de soins intensifs de N1... Paradoxalement, une fois qu'on s'enfonce dans le service et qu'on rejoint l'espace de soin habituel, l'ambiance est assez calme. La quiétude du service est cependant dérangée ponctuellement par les cris d'un patient que nous allons bientôt voir avec la psychiatre que j'accompagne (il s'agit de Monsieur A., dont je fais la description du cas au *fragment clinique 11*).

Ce matin-là, la psychiatre est « référente ». J'ai décrit cette fonction dont se chargent les psychiatres urgentistes à tour de rôle à *l'observation 18*. Il s'agit pour elle de coordonner les tâches de la matinée entre les différents membres de l'équipe de psychiatrie, de se charger des cas de réquisitions ou des recours qui nécessitent l'intervention rapide du psychiatre et qui n'ont pas été prévus à la relève du matin, et enfin, il lui faut aller à 12h30 à la « criée », où se décident les mutations des patients vers des services internes ou externes à l'hôpital.

Alors que la psychiatre déambule dans les couloirs pour aller chercher les divers documents qui informent des patients en attente d'un « avis psychiatrique », nous croisons un médecin suivi d'une file d'internes qui va de box en box pour présenter des cas cliniques à ses étudiants. Alors qu'il sort d'un box, il s'adresse à tue-tête aux internes pour leur faire un commentaire ironique du patient qu'ils viennent de rencontrer : « *Monsieur T. est un grand habitué alcoolique qui veut se suicider le soir et vivre le matin* ». Cette remarque

fait ciller la psychiatre qui ne dit pourtant mot mais qui, visiblement, est agacée par le sarcasme du médecin qui décrit encore une fois les patients de la psychiatrie comme de faux malades encombrants et occupants de lits... Ce médecin, d'une attitude assez théâtrale et qui adopte la posture du maître alors qu'il me semble encore jeune pour cela, informera plus tard la psychiatre de la présence d'un « *grand barjo* » qu'il faudrait peut-être qu'elle voie. Cette matinée est ainsi tristement riche en interpellations dévalorisantes de la psychiatrie. Mais sans doute y a-t-il un effet de loupe parce que je travaille avec la psychiatre référente qui assume son rôle de « *pare-excitation* » (voir *observation 17*). Comme la foudre qui s'abat sur le paratonnerre et protège les gens sur le sol, elle reçoit les foudres des somaticiens exaspérés par certains patients généralement attribués à la psychiatrie mais, du même coup, elle en protège ses collègues. Au moment de la « *criée* », elle reçoit la dernière remarque désobligeante où, à propos d'un patient alcoolique qu'elle désire faire hospitaliser à N3, on entend le sarcasme d'un médecin somaticien, qui lâche : « *Ah, l'espoir des psychiatres...* », en moquant l'opinion de sa collègue qui défend l'idée d'un sevrage possible du patient malgré ses échecs antérieurs. Il s'agit de Monsieur N., dont le cas est décrit avec plus de précisions au *fragment clinique 12*. Au milieu de la cacophonie habituelle de la « *criée* », la psychiatre n'a que brièvement le temps de défendre sa proposition d'hospitalisation auprès de ses collègues. Je ressens pour elle une sorte de frustration quand je me remémore la richesse de l'entretien avec Monsieur N. comparée à ce qu'il est possible d'en dire lors d'une réunion où les enjeux de gestion du flux des patients semblent plus importants que la prise en compte de leurs difficultés.

La matinée que je relate a surtout été l'occasion pour moi de relever des cas cliniques. Nous avons vu lors de la matinée trois patients dont la description est faite aux *fragments cliniques 11, 12 et 13*. Je renvoie à leur lecture attentive.

Une problématique traverse, me semble-t-il, les trois cas. Il s'agit de ce qu'on pourrait appeler des « *demandes paradoxales* ». Ce phénomène est assez courant aux urgences psychiatriques : j'ai en effet pu en rendre compte lors d'autres observations sous le thème des « *demandes ambivalentes* ». Dans beaucoup de cas, comme dans ceux d'aujourd'hui, les formulations des patients ne sont jamais ni univoques, ni d'une limpidité absolue quand il s'agit de décrire quelles demandes et désirs il y a derrière leurs recours. Les psychiatres ne sont pas toujours en mesure de déterminer avec clarté quels sont les désirs du patient, d'autant que les recours sont souvent involontaires ou au moins par procuration. De plus, la crise psychique, se référant souvent à un conflit psychique inconscient où défenses et refoulement sont à l'œuvre, n'est pas un contexte favorable à l'expression claire et sans ambiguïté d'une demande. Le symptôme parle en effet à l'insu du sujet et c'est ce qu'essaient d'entendre les psychiatres dans les « *demandes paradoxales* » :

- Monsieur A. décrit des idées suicidaires et de l'anxiété qui sont des motifs de recours légitimes aux urgences psychiatriques, *mais* sa demande porte sur son obsession de « *trouver une maison* »
- Monsieur N. affiche clairement une demande d'aide *mais*, dans le même temps, postule que l'institution hospitalière le rejettera
- Madame V. dénie ses difficultés et les gestes suicidaires *mais* elle crée les conditions de son retour répété aux urgences.

La psychiatre insiste sur l'explication que j'esquissais plus haut sur le conflit psychique pour m'éclairer sur ces demandes paradoxales. Pour elle, ces demandes sont bien la manifestation, dans le discours, d'un conflit psychique qui est à investir cliniquement parce que le conflit est précisément la marque de la vie psychique. La psychiatre me raconte alors qu'elle tient à ce propos une position particulière où elle préfère, dans le contexte

de l'urgence qui y est adapté, faire reconnaître cette dimension de conflit psychique aux patients plutôt que d'être dans la posture trop bienveillante, maternante, d'une médecine qui laisserait le patient dans un rôle passif qui ne correspond pas à la logique de la clinique psychiatrique. Une position trop bienveillante favorise le refoulement alors que, d'une certaine manière, la crise l'a levé, mettant l'inconscient à ciel ouvert. En outre, toujours selon la psychiatre, il y a une autre position médicale qui laisse peu de place au sujet rencontré : c'est celle de « *la médecine toute-puissante* » et hyper-technicisée qui réduit le patient à son symptôme sans entendre la part psychique de sa souffrance.

Pour finir sur cette question des demandes paradoxales qui sont, en quelque sorte, le signe de l'émergence de la singularité sur la scène institutionnelle des urgences, je voudrais revenir sur une question déjà évoquée à l'occasion d'autres récits d'observations : la théâtralité dans l'urgence. En effet, les demandes paradoxales agissent comme des *coups de théâtre* puisqu'elles sont inattendues ou contraires à ce que laisse penser le patient dans un premier temps. Ceci montre bien que les patients, aux urgences, ne jouent pas le rôle attendu par l'institution.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

Le sentiment de frustration que j'éprouve lors de la « *criée* » durant laquelle les propos de la psychiatre ne sont pas reconnus, et même moqués, par ses collègues somaticiens, me semble à analyser. Je trouve en effet particulièrement injuste que ne soit pas reconnue la décision d'orientation proposée par la psychiatre et qu'on ne fasse pas confiance à la logique et au raisonnement clinique qui a débouché sur cette décision. Au fondement de ce sentiment d'injustice et de frustration, il y a certainement la série des sarcasmes de la matinée et ma connaissance des tensions psychiatres/somaticiens qui produisent un effet de loupe sur ce dernier événement lors de la réunion de mutation des patients. Il me semble cependant qu'il est possible de dépasser ces deux explications en les plaçant dans le contexte de la « *criée* ». Dans ce genre de réunion, la frustration est peut-être le lot habituel tant l'objectif de rationalisation du flux des patients pèse sur les médecins et tend à masquer **ce qui fait la spécificité de l'urgence**, c'est-à-dire de **recevoir des demandes qui excèdent toujours la rationalité de l'organisation de l'offre hospitalière**. Si des patients recourent aux urgences, c'est précisément parce qu'ils ne peuvent entrer dans le circuit hospitalier directement tant la souffrance qu'ils présentent n'est pas encore « traduite » dans des parcours de soins ultra-spécialisés de l'hôpital moderne. De ce point de vue, les tensions entre psychiatres et somaticiens s'éclairent sous un jour nouveau car **ce sont souvent les patients des psychiatres qui viennent rendre difficile la traduction évoquée plus haut car on ne sait jamais bien de quoi souffrent ces sujets qui demandent parfois seulement que soit établi et maintenu un lien thérapeutique, forme spécifique de reconnaissance sociale**.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Il est probable que je ne fasse pas une description rigoureuse du terrain (et donc que je construis un biais méthodologique) quand je décide, dans ma description des cas, de les synthétiser autour de la problématique commune des « demandes paradoxales ». Même plus, je pourrais commettre une grande erreur en *généralisant* des descriptions cliniques qui, par définition, se caractérisent par leur caractère *singulier*. Il me semble cependant que la notion de demande paradoxale rend compte, précisément, de l'émergence du fait psychique aux urgences, c'est-à-dire de la manière dont le désir se fraie un chemin dans

un ordre de contraintes en y échouant partiellement. Ainsi, plutôt que d'écraser la réalité des cas cliniques sous l'illusion généralisante du concept, la notion me permet de mettre en perspective une **donnée récurrente du terrain qui est celle de la tension permanente et problématique entre le singulier et le collectif dans l'urgence psychiatrique dont les patients sont porteurs à travers leurs demandes , souvent teintées d'ambivalences et de paradoxes.**

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Des données ont déjà été extraites dans l'analyse rétrospective de l'observation. Elles apparaissent **en gras et italiques** dans les lignes précédentes.
- Les services d'urgence présentent un contexte à double dimension pour l'accueil des patients :
 - Soit c'est le point de vue de la **performance médicale** qui est privilégié et il s'agit **d'une médecine toute-puissante et hyper-technicienne** qui réduit le patient à son corps et le met dans une **position de passivité face au médecin**. C'est plutôt dans ce contexte que se déploie la médecine somatique aux urgences mais elle contribue à effacer la part psychique, symbolique et désirante des symptômes des patients.
 - Soit on se fonde sur le fait que les urgences reçoivent la **crise** et cela donne la **possibilité aux conflits psychiques d'affleurer à la conscience et de donner à voir au patient qu'il est partie prenante de son symptôme**. On est cette fois plus du côté de l'attention au patient que de la performance médicale. C'est évidemment dans ce contexte que se déploie la logique de l'accueil en psychiatrie.
- Aux urgences, les demandes paradoxales montrent que **les patients ne jouent pas le rôle attendu par l'institution**. Cette donnée a une **valeur épistémologique** forte car elle interroge les théories classiques sur l'institution psychiatrique qui insistent sur le caractère prépondérant du pouvoir médical en oubliant peut-être ce qui se manifeste ici : l'aspect de surprise, de malentendu, des situations qui fonctionnent comme manifestations de la résistance des patients et de leur singularité irréductible que sont en demeure d'entendre les psychiatres qui les reçoivent.
- **Les intervenants de psychiatrie, aux urgences, sont l'objet de demandes paradoxales qui rendent compte de la nature de la souffrance psychique mais aussi de la multi-dimensionnalité des détresses adressées aux urgences.** Ces demandes paradoxales peuvent ainsi mêler, chez un même sujet, demande d'assistance sociale, désir de lien, désir de reconnaissance, etc.
- Les tensions, propres au service d'urgence, entre les psychiatres et leurs collègues somaticiens ont peut-être une explication qui se réfère, en amont, à la logique administrative hospitalière qui imprime sa marque, en aval, dans les décisions de mutation des patients.

Obs. n°	Date	Lieu	Durée de l'observation	Interlocuteur ou informateur principal	Titre / Thèmes
21	02/10/2008	UHCD	Matinée (8h-13h)	Psychiatre	Un médecin dans le désarroi La question du débordement

Récit de l'observation :

C'est avec quelque émotion que j'arrive ce matin-là au service des urgences car je sais que c'est ma dernière observation. Il n'y a pas vraiment de raisons méthodologiques qui m'incitent à mettre fin à mon enquête de terrain à ce moment-là. En fait, je profite de n'avoir pas d'autres rendez-vous de travail avec les psychiatres après celui-là pour m'éclipser du pavillon N en ayant de toute façon l'idée d'y revenir un jour si j'en ressens le besoin. Mieux vaut s'arrêter d'enquêter sur une raison contingente comme celle-là plutôt que de rationaliser *a posteriori* (et artificiellement) ce qui a constitué le terme du travail d'observation. En effet, comme je l'ai déjà évoqué dans les lignes de ce journal, il m'a semblé que ce terrain spécifique des urgences psychiatriques contiendra toujours une part d'insondable qui tient aux manifestations quotidiennes de la singularité des patients, irréductibles l'une à l'autre, et donc difficilement cloisonnables dans le monde du concept. Si je suis persuadé que les services d'urgence sont un espace saturé de signes, de discours et de paroles, donc hautement symbolique, il est aussi traversé sans cesse par ce que Lacan nommerait le réel, c'est-à-dire ce qui échappe proprement à la symbolisation. Or, la symbolisation du réel, ou même de la réalité, est au cœur de l'activité scientifique. C'est donc avec l'idée d'avoir attrapé un morceau de réalité que je ne saisirai jamais toute que j'achève cette enquête en ayant tout de même le sentiment d'avoir récolté des informations d'une grande richesse, ou au moins d'une richesse suffisamment grande pour la mobiliser dans un travail de thèse.

C'est donc avec cette émotion nostalgique associée à un sentiment de fierté d'un certain travail accompli que je pars à la rencontre la psychiatre que j'ai accompagné depuis le début de l'été. Les travaux ne sont pas terminés et l'accès aux espaces de soin est toujours aussi difficile. Les soignants semblent s'accoutumer à cet inconfort sauf au bruit des scies et des marteaux piqueurs...

Lors de cette matinée, nous allons rencontrer deux patients, Justine et Monsieur O. dont je fournis une description détaillée aux *fragments cliniques 14 et 15*. J'invite le lecteur à être attentif au cas de Justine dont je me propose de tirer plusieurs données plus bas.

Au-delà des cas cliniques, je souhaite évoquer ici un épisode intéressant de conversation avec un médecin somaticien. Ce moment a été remarquable pour moi dans la mesure où il a été un des seuls où j'ai pu échanger un peu longuement avec cette catégorie de soignant. Alors que les internes, les psychiatres, les infirmiers et les aides-soignants m'ont été accessibles sous des modalités différentes, j'ai eu beaucoup de difficulté, lors de mon enquête, à entrer en contact avec les urgentistes généralistes. Ce fut en tous cas seulement sous la modalité du conflit, ou dans le cadre de la tension somaticiens/psychiatres, que j'ai pu mener mon enquête auprès d'eux. D'où mon effort récurrent, dans l'analyse rétrospective des observations, pour me dégager de l'impression d'hostilité des somaticiens. Basile semble être un cas à part...

Alors que nous sommes dans un bureau de l'UHCD pour prendre contact avec la famille de Justine, nous sommes interpellés par Basile qui semble bien s'entendre avec la psychiatre. Basile travaille habituellement dans le service d'hospitalisation post-urgence du pavillon. Il est donc habitué à côtoyer des patients sur une durée plus longue qu'à l'accueil des urgences. Notamment, il a appris à mieux connaître la pathologie psychiatrique dont il n'est pas spécialiste. Il a en fait une attitude qui m'étonne par rapport à ses collègues somaticiens dans la mesure où il n'est pas dans une posture de dénigrement vis-à-vis de la psychiatrie ni de ses patients... Alors que j'évoque mon sujet de thèse, Basile commence à développer un discours intéressant dans lequel il dresse une sorte de bilan de ses années de

pratique soignante aux urgences. Il soulève deux points : celui de la demande des patients et celui de la transformation de l'hôpital.

Sur le premier point, Basile, plutôt que de se plaindre, fait part d'un désarroi : les patients portent aujourd'hui des symptômes plus compliqués car ils sont multiples et inextricables les uns des autres. J'ai pu relever rapidement quelques-uns de ses propos que je retranscris le plus fidèlement possible ici : « *Quand on écoute le patient, on a envie qu'il s'arrête de parler tellement on découvre comment son symptôme est intriqué à une série de souffrances qui dépassent la simple intervention de la médecine. On en apprend trop sur sa vie familiale et sociale autour desquelles le patient rationalise son symptôme, alors qu'on aimerait qu'il nous livre une description de ses symptômes qui corresponde aux cas d'école. Tu grattes un peu et tu trouves 20 000 choses ! C'est impossible.* ». Basile poursuit ses explications et souligne qu'il rencontre aujourd'hui beaucoup de « *patients isolés* » qui ne sont plus « *étayés* » par leur entourage dont le médecin de famille devrait faire partie. « *Avant, raconte Basile, le médecin était porteur de l'histoire du patient, ce qui permettait de contextualiser le symptôme* ». Il regrette qu'aujourd'hui les patients viennent aux urgences avec des demandes mal adaptées car elles exigent du médecin urgentiste qu'il connaisse l'histoire du patient pour répondre à sa détresse le plus correctement possible. En somme, pour Basile, les urgences viendraient combler un manque de la société, des trous dans le lien social et n'assumerait donc pas leur mission première de gestion de l'imprévu médical et de l'accueil des pathologies dites « graves ».

Sur l'autre point, Basile n'a plus le ton du désarroi ni du regret, mais plutôt celui de la critique engagée. Il évoque une contradiction qui oppose, d'un côté, la volonté de l'hôpital de rentabiliser ses actes cliniques en les faisant correspondre à des catégories cliniques comptables (c'est-à-dire mono-pathologiques) et, de l'autre côté, le constat d'une demande à dimensions multiples pour chaque patient. Le médecin est alors clivé entre ses missions imposées par l'hôpital et sa déontologie d'accueil de la souffrance sous toutes ses formes.

Basile souligne que, dans l'urgence, si le travail est correctement et efficacement divisé entre des intervenants de différentes spécialités médicales, il manque cependant un maillon à la prise en charge qui résiderait dans une activité de synthèse clinique (plutôt qu'à une juxtaposition des bilans cliniques tels qu'ils apparaissent dans le DMU). Car si le patient a pu exprimer dans le temps de la prise en charge aux urgences la complexité de son symptôme auprès des différents intervenants, il reste que s'il doit être hospitalisé, il le sera dans un service d'aval qui prend en charge une pathologie spécifique, unique.

Au nom de la performance budgétaire et administrative, les patients ne sont pris en charge que pour une partie de leur demande, ce qui les amène à entrer dans le syndrome dit de la « *porte tournante* » où ils reformulent toujours la même demande, toujours partiellement satisfaite car prise en compte et accueillie la plupart du temps de façon segmentée.

Analyse rétrospective de l'expérience subjective et des perturbations/déformations du terrain

1. Analyse de l'expérience subjective

J'ai essayé, directement dans mon récit, de faire un retour sur mon expérience subjective pour ce qui concerne mon sentiment général par rapport aux aspects insondables du pavillon N (je veux me protéger de l'obsession scientifique d'enfermer les patients dans des généralités – du type « profil », notion qui renvoie pour moi à une pratique statistique trop réductrice – pour respecter ce qu'ils manifestent de leur singularité dans l'institution).

J'ai aussi rendu compte de ma vigilance quant aux possibles jugements que je pouvais produire sur les médecins somaticiens que je ne veux pas critiquer en tant que catégories de soignants, mais à partir du comportement desquels je veux tirer des conclusions sur les logiques d'accueil différenciées aux urgences.

2. Analyse des perturbations et déformations de l'environnement et du terrain

Pour tirer des données à partir des propos de Basile, il convient de s'interroger sur la valeur de la parole de cet acteur du soin sur, à la fois, les transformations institutionnelles (les attentes de l'administration hospitalière) et sur la transformation des recours. Cependant, faut-il prendre ses commentaires au pied de la lettre ? Faut-il faire une généralité de ses propos pour en déduire des résultats sur les représentations des médecins somaticiens, sur la clinique de l'urgence et sur les logiques hospitalières ? Certainement pas car, comme je l'affirme dans ma description, Basile est « *un cas à part* » : il est rare qu'il travaille à l'accueil des urgences et il marque faiblement son identité de médecin somaticien par rapport à la psychiatre (il serait même plutôt dans le registre de l'identification que dans celui, plus habituel, du conflit ou, dit de façon plus neutre, de la distinction). Encore une fois, il faut faire l'effort de décaler le regard sur les propos de Basile et de considérer son énoncé en fonction de son énonciation. A travers le désarroi de Basile, on lit une modalisation de son discours qui laisse entrevoir à la fois ses attentes singulières et des attentes plus collectives issues du corps professionnel des médecins. Autrement dit, Basile ne dit *pas une vérité* objective sur l'urgence ; il *dévoile plutôt une posture* à la fois subjective (son identité de médecin « *à part* ») et collective (son identité de médecin en institution) sur l'urgence. En procédant alors à une sommaire⁷⁹⁰ analyse de discours (notamment de l'énonciation : personne, modalisation), on remarque que le discours de Basile est ambivalent. D'une part, il se distancie de ses collègues en ce qu'il considère les patients comme des êtres qui ont un corps *mais sont aussi des sujets psychiques et sociaux* puisqu'il soutient notamment la part du lien social et du rapport à l'autre dans toute pathologie (ou au moins dans sa prise en charge). D'autre part, il se rapproche de ses collègues, en ce que le désarroi qui modalise son énonciation rend compte d'une impossibilité de la médecine somatique d'urgence à faire avec les multiples et hétérogènes aspects de la personne. En somme, ***ce que dévoile in fine le discours de Basile, et à partir de quoi il est possible de construire une donnée, c'est l'importance, aux urgences, de la question du débordement. Que les médecins somaticiens reconnaissent ou non l'importance du psychique et du social dans l'explication et la prise en charge des pathologies, tous ont cependant affaire à ce qui « déborde » des sujets de l'urgence. La demande excède souvent (toujours) les possibilités de réponse institutionnelle. Ce constat est, notamment***

⁷⁹¹
pour les somaticiens, un horizon d'impossibilité de la clinique qui les plonge dans une souffrance professionnelle et personnelle dont rend bien compte Basile quand il évoque les attentes de l'hôpital d'un côté et les carences de la médecine de ville de l'autre. Ces facteurs entraînent la clinique de l'urgence dans des impasses et des insatisfactions autant pour les médecins que pour les patients.

Du coup, même si Basile est un « *cas à part* », il permet d'interpréter encore autrement la relation parfois tendue entre psychiatres et somaticiens. Dans la mesure où les psychiatres sont les médecins attirés pour recevoir, précisément, l'excès et de le débordement des

⁷⁹⁰ Sommaire, nécessairement, du fait des conditions de prélèvement du discours sur le terrain qui me contraignent à la simple prise de note et à la retranscription de courtes séquences de paroles qui m'ont semblé, au vue de mon expérience générale du terrain, les plus intéressantes à relever.

⁷⁹¹ Cf. dans les propos de Basile, ce segment : « *C'est impossible* » comme conclusion à ses explications.

patients, ils acquièrent une compétence spécifique au sein de l'hôpital, qui n'est pas proprement médicale selon les critères de la médecine scientifique, mais qui permet de répondre, d'une manière alternative, à la détresse des patients. Les psychiatres démontrent que des résultats thérapeutiques peuvent être obtenus alors même qu'ils mettent en œuvre des manières soignantes (parole) en manque de légitimité dans les études et l'idéologie médicales contemporaines. Ce **vacillement des certitudes médicales, propre aux urgences**, peut expliquer des tensions entre des soignants qui le revendiquent et d'autres qui le refusent.

Données, issues de l'observation, exploitables dans la thèse

- Certaines données apparaissent déjà en **gras et en italique** dans les lignes précédentes.
- **L'accueil des urgences ne peut pas se passer de contextualiser le symptôme pour assurer une prise en charge des patients qui englobe les facettes toujours multiples de leur détresse : physique, psychique, sociale.** Contextualiser veut dire mettre le symptôme en perspective ou à l'intérieur d'un autre texte pour lui donner du sens. **Ces textes sont à la fois le discours (et le savoir) du patient sur lui-même et le discours (et le savoir) médical sur le patient. La contextualisation dans le seul discours (et le savoir) médical amène à désobjectiver le symptôme, ce qui manque de pertinence dans le contexte des demandes aux urgences générales.** Certains médecins ne sont pas formés ni/ou enclins à cette exercice de contextualisation qui restitue son importance au *sens du mal* (pour rendre l'expression de Augé et Herzlich dans leur livre éponyme).
- La lecture du cas de Justine (*fragment clinique 14*) permet de confirmer certaines données et hypothèses émises dans les observations précédentes.

Justine est en effet un cas qui, à travers ses expériences diverses de l'hôpital (cancérologie et ici psychiatrie d'urgence), **vient de nouveau mettre en relief deux visages possibles de l'hôpital contemporain.** D'un côté, un **hôpital tout-puissant** qui exige la **passivité du patient** et qui est exprimé par la crainte de Justine de recevoir ses « doses » au service de cancérologie. C'est un **hôpital dépersonnalisant, désobjectivant, hyper-technicien.** De l'autre côté, **un hôpital qui accueille et donne la parole**, comme dans la prise en charge d'urgence en psychiatrie. **La parole est proprement donnée au patient qui s'en saisit pour exprimer au médecin sa souffrance, formuler une demande.** C'est ce qui s'observe dans la possibilité donnée à Justine de mettre en scène sa souffrance en « *faisant la morte* ». C'est aussi l'attention de la psychiatre à un lapsus des parents de la jeune fille qui informe sur la valeur de la parole **aux urgences où un accident de langage est retenu comme porteur de signification.**

Pour résumer, le cas de Justine vient donner du crédit à des hypothèses émises précédemment sur :

- les **phénomènes de théâtralisation dans l'urgence** (cf. *observations 1 ; 10 ; 11 ; 12 ; 16 ; 19*, par exemple)
- le **statut de la parole** aux urgences, notamment dans l'attention aux lapsus (cf. *Observations 5 et 12 ; fragments cliniques 9 et 10*)
- les **logiques d'accueil différenciées** à l'hôpital (cf. *observations 9 ; 13 ; 14 ; 20*, par exemple)

Fragments cliniques

Fragment clinique n° Date	Titre
n°1 15 janvier 2007	Madame J. : un exemple de « résidu » institutionnel

Madame J. est une patiente lourdement handicapée du fait d'une maladie congénitale orpheline. Elle se déplace en fauteuil roulant dans le service d'urgence dont elle est une pensionnaire depuis sept mois. Elle a un lit attribué à N1, le service du pavillon N qui traite les hospitalisations d'urgence à caractère mixte, c'est-à-dire : somatique seulement ou somatique et/ou psychiatrique. Ce service accueille les patients de quelques jours à un peu plus d'une semaine avant qu'ils soient orientés vers un service de spécialité de l'hôpital ou qu'ils puissent rentrer chez eux après quelques soins qui nécessitaient de rester en milieu hospitalier. Ainsi, Madame J. présente un cas particulier qui, en quelque sorte, vient en contradiction avec la mission d'orientation rapide des services d'urgences.

En réalité, Madame J., même si elle présente un handicap grave et quelques troubles psychiques, n'est pas en période de crise et ne nécessite donc pas les moyens de l'accueil d'urgence. Il est cependant impossible pour les médecins et psychiatres qui la suivent de lui trouver une orientation, un parcours de soin. En effet, Mme J. essuie des refus d'hospitalisation et d'assistance de toute part : l'hôpital psychiatrique de son secteur de résidence refuse de l'hospitaliser au motif légitime qu'elle ne présente pas de trouble psychique majeur nécessitant des soins psychiatriques lourds tels qu'ils peuvent être dispensés en hôpital spécialisé ; sa tutrice, qui se montre quasiment inexistante auprès de Mme J., se contente de gérer l'argent de celle-ci ; Mme J. a « *coupé les ponts* » avec son assistante sociale et, d'après ses dires, son entourage amical, qui compte peu de personnes, « *profite de ses faiblesses* » en lui volant de l'argent et en « *squattant son appartement* » tandis qu'elle séjourne aux urgences. Une famille d'accueil serait bien en mesure de recevoir Mme J. mais les conditions de vie seraient inadaptées aux yeux des médecins. Elle pourrait aussi bénéficier d'une aide à domicile, mais la dotation du conseil général équivaut à une assistance de six heures, ce qui est encore une fois, au vu du handicap de cette patiente, insuffisant.

D'une certaine manière, cette femme se retrouve en « dépôt » aux urgences devant l'impossibilité d'être reçue par les institutions de ville hors de l'urgence hospitalière. Sans possibilité de construire un parcours de soin et d'assistance, elle est condamnée à errer dans l'espace du service d'urgence qui est, pour elle, contrairement aux autres patients, un espace clos, au lieu d'être un lieu de passage. A l'intérieur même du service d'urgence, elle est marginalisée par l'équipe soignante qui a visiblement des difficultés à mettre du sens sur sa présence prolongée et qui a, particulièrement, d'importantes difficultés relationnelles avec la patiente. En réunion clinique, Madame J. est tantôt raillée, méprisée (« *c'est un boulet* »), ou alors est l'objet d'un discours dépité : « *Madame J., c'est Madame J* » qui rend bien compte de l'impossible à trouver une place signifiante, dans la société et à l'hôpital, à cette patiente qui cumule des difficultés sociales et de santé.

Cette semaine-là, au bout de son septième mois de présence aux urgences, Madame J. trouvera une place dans une structure d'accueil spécialisée. Mais pour un mois seulement. L'équipe soignante ne prend pas la peine des adieux avec la patiente dont ils savent qu'elle sera bientôt de retour ici, pour une nouvelle hospitalisation, au « *long cours* ». La disparition

temporaire de la patiente du service est exprimée comme un soulagement par une grande partie de l'équipe soignante qui ose formuler ce sentiment.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°2 15 janvier 2007 17 janvier 2007	Madame B. : quand l'impasse psychique rencontre les contraintes du social

Mme B. est une femme d'une soixantaine d'années qui a été hospitalisée suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire en ingérant une boîte d'anxiolytiques. Je la rencontre avec le psychiatre chef de clinique du service N1/N3. La patiente a été accueillie auparavant au service d'accueil des urgences dont le psychiatre a décidé d'une hospitalisation compte-tenu, notamment, de la menace de récurrence du geste suicidaire de la patiente.

Alors que nous nous apprêtons à rencontrer la patiente, son fils arrive dans le service et demande, très inquiet, un entretien avec le psychiatre à propos de sa mère. Placé en retrait du psychiatre, je vais suivre cet entretien puis celui de la mère. Les deux entretiens se dérouleront dans une salle d'attente, exigüe et assez sombre, car les salles réservées aux entretiens cliniques sont toutes occupées.

La rencontre avec le fils de Mme B.

Il raconte que c'est lui qui a découvert sa mère après qu'elle eut ingéré les médicaments. Il exprime un sentiment ambivalent, à la fois d'inquiétude et de rancœur vis-à-vis de sa mère. Il traduit cela en se disant « *abasourdi* » de cette situation, mais « *entre la marteau et l'enclume* » dès lors qu'il s'agit de juger de l'acte suicidaire de Mme B. Cependant, malgré cette description des sentiments conflictuels qui l'assaillent et dont visiblement la confession le soulage, ce monsieur ne rend pas compte clairement du sens possible du geste de sa mère – ce qu'attend pourtant le psychiatre de cette rencontre en espérant, a minima, un descriptif sommaire de la situation familiale de Mme B.

En fait, le fils, laissant de côté l'approfondissement de la question des relations familiales, s'enquiert très vite auprès du psychiatre de renseignements que celui-ci nomme « *une demande opératoire* », concernant le diagnostic de sa mère : « *Dites-moi, ce qu'elle a, c'est une dépression ?* », ou s'interrogeant sur une manière de construire la relation à sa mère dans une vision assez fantasmée de la clinique psychiatrique qui pourrait prescrire des comportements ou détenir un savoir normatif sur le pouvoir des mots : « *Ai-je le droit de lui dire que je lui en veux ? Y a-t-il des choses à taire absolument ? J'ai besoin de conseils pragmatiques* ». Face à cette demande renvoyant à un imaginaire de la fonction du psychiatre comme expert des relations humaines, celui-ci clôt l'entretien en laissant le fils de la patiente sans véritable réponse.

La rencontre avec Madame B.

Quand nous rencontrons la patiente, elle donne l'impression d'une femme en grande souffrance. Elle présente des difficultés à se déplacer et s'appuie sur le psychiatre pour faire le chemin entre sa chambre et le lieu d'entretien où nous venons de rencontrer son fils.

En pleurant beaucoup, Mme B. commence par parler de son geste suicidaire qu'elle dit assumer totalement, d'autant qu'il était prémédité. Elle affirme d'ailleurs avoir éprouvé un grand soulagement après la prise de la boîte de médicaments. Elle indique au psychiatre qu'elle a un comportement suicidaire – « *comme [sa] mère* », dit-elle – et des idées de mort depuis longtemps : elle date l'apparition de ces idées depuis que son mari est à la retraite.

D'ailleurs, à la suite de cette tentative de suicide, elle dit qu'elle a toujours des idées de mort et qu'elle recommencera certainement, à cause, précisément de son mari qu'elle ne supporte plus.

Celui-ci lui ferait vivre l'enfer, elle lui reproche, pêle-mêle, beaucoup de choses : fouiller et mettre de l'ordre en permanence dans ses affaires, voler de l'argent, l'avoir trompée en étant plus jeune. A ce propos, et sur un ton quelque peu désinhibé, elle confie au psychiatre que durant sa jeunesse elle était une fille très désirable, ce qui a dû poser problème à son mari. Elle ajoute qu'aujourd'hui il serait encore dans une sorte de complexe d'infériorité dans la mesure où il n'arrive plus à la satisfaire sur le plan sexuel !

Pour expliquer le caractère de son mari, elle souligne le fait qu'il était militaire de carrière : « *il aime diriger* ». Elle a l'impression de ne pas avoir de vie privée, d'intimité, elle se sent persécutée, surveillée en permanence.

Elle relate alors sa jeunesse avec son mari. Ils ont commencé par vivre chez la tante de cet homme qui, orphelin très tôt, a été élevé par cette tante. Cette vie a été très insupportable pour la patiente. Elle dit qu'elle s'est vue soulagée le jour où ils ont pris un meublé ensemble.

De manière chronologique, elle témoigne de quatre épisodes de fausses couches, puis la conception et la naissance de leur fils qu'on a rencontré avant. Au départ, celui-ci n'était pas désiré par le père avant d'en devenir le fils chéri. Mme B. dit avoir « *tout donné* » à son fils, mais celui-ci, selon elle, ne le lui rend pas.

Pour achever le tableau du mari, elle l'accuse enfin de l'avoir criblée de dettes.

Ainsi, Mme B. cherche à expliquer son geste et à lui donner du sens en invoquant des conditions de vie familiale insupportables. Sans juger ses propos devant elle, le psychiatre me confiera l'intuition d'un diagnostic de névrose hystérique grave qui s'articule, peut-être, à des conditions de vie en effet difficiles, mais aussi certainement fantasmées.

Prenant appui sur le tableau qu'elle vient de dresser, Mme B. formule une demande étonnante puisque, en quelque sorte, elle va instrumentaliser le psychiatre, en brandissant son désir de mort, afin d'obtenir une aide sociale pour trouver un appartement qui lui permette de se détacher de l'homme avec qui elle vit. Elle est prête recommencer son geste si elle ne trouve pas une solution immédiate pour fuir le domicile conjugal :

Mme B . : « Je ne veux plus vivre avec mon mari, sinon je vais recommencer et cette fois je vais pas me rater. Il faut absolument que vous me trouviez une solution, j'ai besoin de votre aide pour trouver un petit appartement, même une seule pièce. Je préfère avoir une pièce à moi, même si je mange ma patate à l'eau toute seule. Mais je n'ai aucun argent, vous croyez que je peux avoir le RMI ?

Le psychiatre . – Vous avez pris des médicaments car vous ne trouviez pas d'autres solutions ?

Mme B . – Non, je ne peux plus supporter de vivre avec lui. Si je retourne chez moi, je refais la même chose, avec des médicaments ou autre chose. »

Le psychiatre prend alors la décision d'orienter Mme B. vers le service N2 qui accueille des patients du service d'urgence relevant exclusivement d'une prise en charge psychiatrique. Il envisage un « traitement psychotrope de fond » pour les signes dépressifs et le désir de mort assumé, puis une orientation vers une clinique psychiatrique. Le psychiatre évoque à propos de Mme B. une « problématique psychosociale » dans la mesure où la solution qu'elle envisage, quitter son mari, suppose à la fois un coût psychique et social important (Mme B. est sans ressource, n'ayant quasiment pas travaillé de sa vie,

ce qui rend quasiment impossible la solution psychique qu'elle se trouve (déménager) pour s'extraire de sa souffrance en la laissant alors dans une impasse psychique : je veux partir mais je me trouve une solution impossible pour le faire).

Deux jours plus tard, le 17 janvier, j'ai des nouvelles de Mme B...

Après avoir séjourné comme prévu une nuit à N2, Mme B. est mutée vers une clinique psychiatrique de la proche banlieue de Lyon. Son entrée est refusée par le psychiatre responsable qui estime que cette dame est dans une détresse sociale avec des revendications très utilitaires : elle persiste auprès de cette autre institution de soin en menaçant de renouveler son geste suicidaire si on ne lui permet pas de repartir avec des conditions matérielles qui lui conviennent : un appartement pour elle seule, une procédure pour quitter un mari visiblement persécuteur pour elle.

L'équipe de psychiatrie de N1/N3 est en désaccord avec le psychiatre de la clinique et se résout à la faire orienter de nouveau vers N Accueil où elle avait été accueillie moins d'une semaine plus tôt suite à sa tentative de suicide. Un psychiatre du service d'accueil qui la rencontre à nouveau estime qu'il y a un risque suicidaire important indiquant une hospitalisation de la patiente... Mme B. trouvera-t-elle une institution autre que l'urgence hospitalière capable d'entendre et de prendre en charge l'articulation psycho-sociale de sa souffrance ?

Fragment clinique n° Date	Titre
n°3 19 février 2007	Monsieur D. : entre prison et hôpital, quel lieu pour exister ?

Monsieur D est un patient bien connu du pavillon N. En effet, la psychiatre avec qui je le rencontre assure que c'est au moins la troisième fois qu'elle est amenée à le prendre en charge au service d'accueil des urgences.

M. D., comme les fois précédentes, est menotté et escorté par la police qui demande, selon la procédure de réquisition à personne, à un psychiatre d'indiquer si le patient présente un danger pour lui-même ou pour les autres et s'il souffre de troubles psychiques nécessitant une prise en charge médicale. Ce qui amène précisément les policiers à recourir aujourd'hui aux urgences psychiatriques, c'est que M.D. vient d'être l'auteur de fait de violences sur des passagers des transports en commun et qu'il tient un discours bizarre.

L'observation du dossier de M.D révèle en effet que celui-ci est un habitué du service d'urgence psychiatrique mais aussi de l'hôpital psychiatrique où il est régulièrement hospitalisé pour des crises dues à ses troubles schizophréniques. Ce que montre aussi le dossier, c'est que M.D n'a pas de lieu de résidence personnelle puisque son adresse est à la prison Saint Paul à Lyon.

La psychiatre va mener un court entretien avec ce patient dont le diagnostic n'est plus à faire, d'autant qu'elle le connaît bien. Lui ne la reconnaît pas, mais elle arrive maintenant à dresser un portrait de l'homme qu'elle estime pervers au sens où son comportement l'amène à pervertir la place que lui accorde les institutions qui le prennent en charge. En effet, selon la psychiatre, ce patient est « *authentiquement malade et authentiquement délinquant* ». C'est ainsi que confronté à la psychiatrie, il vit sous le mode de la délinquance (vol de médicaments) et, en prison, il présente trop de troubles psychiques à tel point qu'il inquiète ses codétenus en rendant la détention impossible.

La résultante de cela, c'est que M.D n'a pas d'existence dans un lieu propre car il est sans cesse balloté, rejeté, entre les différentes institutions où il s'avère toujours inclassable, inadapté.

C'est ainsi qu'à la question posée par la psychiatre en début d'entretien : « *Vous savez pourquoi vous êtes ici ?* », celui-ci répond : « *C'est pour retrouver mon Vinatier*⁷⁹² ». Ensuite l'entretien avec M.D. devient très difficile car celui-ci tiendra des propos très confus et délirants, notamment sur les membres de sa famille sur lesquels il ne parviendra pas à produire un discours cohérent.

M.D., en pleine crise psychotique, nécessite d'être hospitalisé. Après la récolte de quelques informations auprès du service du Vinatier qui suit M.D., on apprend que celui-ci est en fait en fugue d'une hospitalisation d'office (qui avait fait suite à un trouble à l'ordre public mettant en danger des personnes).

M.D., désirant et exprimant « retrouver son Vinatier » aura donc adressé une demande au service d'urgence qu'il fallait prendre au pied de la lettre même si, en effet, il ne se trouvait pas initialement dans le service pour cette raison précise dans la mesure où une autre demande était formulée, à sa place, par les forces de l'ordre.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°4 20 février 2007	Madame S : l'identification d'une demande ambivalente

Mme S. est une jeune femme qui arrive dans le service d'urgence suite à une tentative de suicide pas intoxication médicamenteuse volontaire. Nous la rencontrons suite à son hospitalisation dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, ce qui signifie qu'elle a déjà été accueillie par un psychiatre qui a décidé d'une hospitalisation. Ce deuxième entretien de psychiatrie à lieu juste avant son petit déjeuner.

Ayant manifesté beaucoup d'agitation durant la nuit, nous découvrons Mme S. contenue à son lit. Elle se montre en effet très agitée quand nous arrivons.

L'entretien est à peine engagé qu'elle formule une première demande : elle souhaite être détachée pour aller fumer une cigarette. Elle affirme avoir vraiment besoin de fumer pour se calmer et commencer l'entretien.

Quand on l'interroge sur la raison de sa présence aux urgences, Mme S. est très logorrhéique et confuse quant à l'explication de son acte suicidaire : elle dit ne se souvenir de rien de ce qui s'est passé.

Mme S. commence alors à raconter sa vie en mettant en relief plusieurs éléments disparates de son existence, en passant du coq à l'âne, même si elle construit une sorte de récit où alternent expériences familiales et institutionnelles. Elle indique en effet qu'elle a fait un séjour en prison et à l'hôpital psychiatrique. Elle dit être suivie régulièrement par un psychiatre d'un hôpital psychiatrique lyonnais. Elle semble faire partie de ce que le psychiatre nomme une « *famille pathologique* » : elle se dit persécutée par sa sœur qui serait, pour une série de causes obscures, à l'origine de son geste suicidaire. Elle dit en revanche aimer sa mère qui, selon les informations récupérées par le psychiatre, semble pourtant relativement absente : en effet, tandis que sa fille est à l'hôpital, celle-là fait des courses et n'a pas souhaité se rendre disponible pour répondre au psychiatre.

⁷⁹² Le Vinatier est le plus grand hôpital psychiatrique de la région lyonnaise en termes de capacité d'accueil.

Un contact par téléphone est obtenu avec la sœur « persécutrice » de Mme S. Elle aimerait la faire hospitaliser sans son consentement mais en refusant cependant de signer une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Nous recueillons en effet un discours très ambivalent de la part de la famille dont la sœur se fait le porte-parole. La sœur raconte que Mme S. va de plus en plus mal depuis dix jours : insomnies, agitations, agressions verbales, délires. L'entourage de la patiente serait dans un état d'épuisement face au comportement de Mme S. qui est décrite alors comme une grande malade mentale. La famille semble chercher une solution d'apaisement à travers une hospitalisation contrainte sans pour autant vouloir assumer de partager la responsabilité de l'hospitalisation avec le psychiatre.

Les premières observations du psychiatre lui permettent de dire que Mme S. est une psychotique chronique ; elle ne lui semble pas pour autant en crise, d'autant qu'elle a des antécédents suicidaires plus graves, ce qui amène à discuter la décision d'hospitalisation voulue par la sœur, d'autant que la demande est ambivalente et semble vouloir instrumentaliser le pouvoir des psychiatres d'hospitaliser sans consentement.

Un contact est alors pris par téléphone avec la psychiatre référente de Mme S. qui la suit en ambulatoire depuis longtemps. Celle-ci dément le propos de la famille : elle a vu Mme S. la semaine précédente et « *elle allait plutôt bien* ». Selon cette psychiatre, il ne convient donc pas de l'hospitaliser, d'autant que Mme S. suit plutôt bien ses soins en ambulatoires auxquels elle commence à « *adhérer positivement* », en acquérant une certaine autonomie de vie. Une décision d'hospitalisation serait néfaste et n'aurait pour but que de soulager la famille de Mme S. en suspendant le processus de stabilisation et d'autonomie dans lequel semble s'engager la patiente après un long travail de prise en charge psychiatrique hors de l'institution.

Il est donc décidé que Mme S. se rendra le lendemain à sa consultation hebdomadaire auprès de la psychiatre référente. Il s'agit de ne pas faire du geste suicidaire un événement qui annulerait un processus de réhabilitation sociale et de stabilisation psychique de la patiente. Une hospitalisation sous contrainte viendrait de plus alimenter le sentiment de persécution de la patiente, déjà très présent dans son discours.

Le psychiatre décide de détacher Mme S. et de la laisser sortir après qu'elle aura eu son traitement médicamenteux habituel et pris son petit déjeuner. Nous revoyons tout de suite la patiente pour lui expliquer cela, ce qui provoque chez elle un retour au calme instantané. Elle exprime sa volonté de poursuivre sa relation avec sa psychiatre référente à qui elle assure porter une grande estime.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°5 19 mars 2007	Monsieur K. : une mise en scène singulière de l'abandon comme appui d'une demande de reconnaissance sociale.

M.K. est un homme d'une cinquantaine d'année qui a été amené par la police au pavillon N dans un contexte d'urgence médico-légale. Il a en effet été retrouvé au petit matin alcoolisé, seul dans sa voiture à l'arrêt sur une place d'une ville de la banlieue lyonnaise. C'est le compagnon de sa sœur, « *ancien médecin* » comme le qualifie M.K., qui a prévenu la police en sentant que M.K. présentait une menace suicidaire suite à un appel de sa part. M.K. avait en effet le projet de mettre fin à ses jours par arme à feu. On a d'ailleurs retrouvé une carabine accompagnée de deux lettres dans le coffre de son véhicule. Une lettre était destinée à son meilleur ami, l'autre donnait des numéros de téléphone de personnes à

prévenir de sa future mort. Le patient a donc mis en scène l'éventualité de sa mort, mais dans une sorte d'ambivalence puisqu'il a implicitement fait état de son projet à son beau-frère et avait pris soin de garder la carabine loin de lui, dans le coffre, ce qui, en quelque sorte, mettait le geste suicidaire en scène, mais à distance.

Cette ambivalence va se retrouver dans les échanges successifs que nous aurons avec M.K. lors de la matinée. En effet, il refuse à la fois une hospitalisation, en estimant que « *ça ne résoudra rien* », mais il ne montre aucune résistance, après chaque échange, à retourner sur son lit d'hôpital pour s'y allonger avec soulagement.

Au cours de ces échanges, M.K. tente de verbaliser son mal-être. Il le rationalise par des causes extérieures, le place, d'une certaine manière, hors de lui, en invoquant d'abord le fait qu'il croule sous les dettes. Il compare une époque faste et heureuse de sa vie à sa situation présente insoluble et insatisfaisante. Il raconte avoir gagné beaucoup d'argent pendant quinze ans grâce à son entreprise qui installait des jeux d'argent dans des débits de boissons. Il confie avoir flambé tout cet argent. C'est alors, ruiné, deux ans plus tôt, qu'il est devenu agent de sécurité dans une entreprise de télécommunications. Depuis quelque temps, il ne trouve plus les ressources psychiques pour aller travailler, ce qui lui renvoie une image dégradée de lui-même : il exprime alors une perte de reconnaissance sociale et un sentiment de perte d'estime de lui-même.

En même temps qu'il indique avoir beaucoup de contacts sociaux, il tient un discours d'homme abandonné. Il se dit célibataire, sans enfant, sans famille à part une sœur sur qui il compte beaucoup pour sa « *guérison* » et ce « *meilleur ami* » à qui il a laissé une lettre d'adieux. M.K. indique que s'il avait réussi son entreprise de mort, la lettre qu'il a laissée indiquait sa volonté d'être enterré auprès de son chien, ce qui renforce la mise en scène de sa souffrance d'homme esseulé.

Alors qu'il semble être dans une demande implicite en exprimant sa solitude, M.K. refuse pourtant tout soin : il ne fait pas confiance à l'institution hospitalière ni à la médecine (ce qui pose question, d'ailleurs, si l'on considère son besoin immédiat, au début de l'entretien, de préciser le statut de médecin de son beau-frère). « *C'est pas le soin psychiatrique qui résoudra mes problèmes* », affirme-t-il, et « *ça sert à rien d'appeler mon médecin traitant, il ne peut rien faire pour moi* ». Il fait seulement confiance à sa sœur pour l'aider, « *parce que c'est ma sœur* ». La psychiatre indique à M.K. qu'elle est dans le devoir de lui apporter un soin et négocie une hospitalisation libre. Il la refuse. La psychiatre le raccompagne dans sa chambre, pour « *le laisser penser* » dans la mesure où M.K. présente une position un peu ambivalente quant au soin.

Une hospitalisation sous contrainte est alors envisagée avec l'aide de la sœur qui semble constituer un appui thérapeutique selon les dires du patient. Mais celle-ci a une représentation très négative et imaginaire de la psychiatrie et de l'hôpital psychiatrique : elle refuse donc la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers, mais accepte de venir chercher son frère. Selon la psychiatre, cela aura au moins le mérite de mettre en scène l'importance et la gravité de l'acte pour M.K. La voie de l'HDT ne sera pas poursuivie non plus dans la mesure où c'est la première crise suicidaire de M.K.

M.K. sortira donc contre avis médical mais après avoir déposé un morceau de son histoire aux urgences et après s'être approprié, d'une manière qui lui est singulière, le soin psychiatrique, c'est-à-dire une manière particulière de demander la reconnaissance d'une parole singulière dans le champ médical.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°6 19 mars 2007	Madame F. : un recours répétitif et banalisé aux urgences.

Madame F. est bien connue du pavillon N : c'est son douzième passage depuis 2004. Elle fait des tentatives de suicide à répétition et nous la trouvons allongée sur un brancard dans le couloir, avec une perfusion, toujours pour la même raison : elle a pris des médicaments en grande quantité pour tenter de se suicider.

Elle est accompagnée, à son « chevet », de son compagnon et d'une amie à elle qui ne semblent pas s'affoler de la situation.

La lecture du dossier de Mme F. révèle que cette patiente est psychotique chronique (maniaco-dépressive) et connaît des crises à répétition liées à sa pathologie et pour lesquelles elle est régulièrement hospitalisée dans l'hôpital psychiatrique de son secteur. Elle est par ailleurs suivie de manière régulière par le Centre Médico Psychologique de son quartier, en lien avec l'hôpital psychiatrique. Mme F. raconte d'ailleurs qu'elle est sortie, sur décharge, de l'hôpital psychiatrique où elle séjournait quelques jours auparavant. En effet, explique-t-elle, elle ne parvenait plus à dormir là-bas. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle a pris, dit-elle, les cachets, non pas dans un but suicidaire, mais « *juste pour dormir* ». La psychiatre tente alors d'expliquer à la patiente la nécessité d'allier la médication à un suivi psychothérapique au long cours qui donnerait plus de sens à ses symptômes : « *Si vous ne dormez pas, c'est sûrement que cela a un sens* ». Cela éviterait, explique toujours la psychiatre, la répétition des crises et, corrélativement, un recours répétitif aux urgences.

Un contact par téléphone sera pris avec le psychiatre référent de Mme F. pour un rendez-vous rapide en CMP – ce qui est rare, vu l'état d'engorgement chronique de ces structures d'accueil – le surlendemain. Cela a permis d'envisager une sortie simple, sans hospitalisation grâce, aussi, à l'appui du compagnon de Mme F. qui promet, par procuration, de se charger de la surveillance de sa compagne en cachant et distribuant avec parcimonie les médicaments dont Mme F. a besoin...

Fragment clinique n° Date	Titre
n°7 26 mars 2007	Monsieur P. : quelles limites pour l'accueil du discours du fou ?

Monsieur P. est un homme de 34 ans, comptable, qui est amené au service d'urgence par son patron qui trouve que M.P. tient des propos bizarres et montre quelque agitation depuis son retour, le jour même, d'un arrêt maladie.

Quand nous rencontrons M.P., nous nous apercevons vite qu'il tient des propos en effet délirants : il nous raconte notamment sa grande angoisse concernant l'élection présidentielle qui se rapproche et pour laquelle il a la certitude, associée à une grande responsabilité, que son bulletin de vote fera basculer le scrutin. De plus, il confie qu'il a une mission d'amour à accomplir, liée de façon assez obscure au contexte politique, notamment pour son entourage proche, ce qui lui donne beaucoup de travail et le surmène. Cette activité le fatigue beaucoup et il dit avoir l'intention de prendre des vacances pour se reposer. Il engagera d'ailleurs, précise-t-il, « *une femme de ménage* » qu'il paiera « *en chèque emploi-service* » pour son ménage qu'il n'a plus le temps de faire. Il passe du coq-à-l'âne dans son récit et il raconte alors qu'il se fait insulter depuis toujours, notamment dans le métro, qui est un endroit où il se sent particulièrement exclu et isolé.

La psychiatre conseille à M.P. de réaliser sa période de repos en milieu hospitalier, ce que le patient accepte dans un premier temps, si l'hospitalisation est libre. Il semble que M.P. connaît bien les conditions d'hospitalisation en milieu psychiatrique, ce que nous révélera son dossier médical, indiquant qu'il est suivi par un psychiatre d'un hôpital psychiatrique lyonnais pour une psychose. Contacté par téléphone, le psychiatre référent de M.P. confirme l'indication d'hospitalisation au vu de la situation de « décompensation » (c'est-à-dire de crise psychique intense) du patient.

De retour au box du patient, celui-ci nous apprend qu'il refuse maintenant l'hospitalisation. M.P. est alors très agité, violent et insultant. Alors qu'il met en danger le service d'urgence, il est décidé de procéder à la contention du patient qui se fait dans des conditions précipitées et chaotiques. Le patient, violent et délirant, invoque l'injustice de la contrainte physique et du non-respect de sa décision qui n'est pas concordante avec l'avis médical.

M.P. sera finalement hospitalisé en psychiatrie sous contrainte (HDT) avec l'aide de la mère de celui-ci qui signera, conjointement avec la psychiatre, la procédure d'hospitalisation sous contrainte en urgence.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°8 26 mars 2007	Madame Z. : les urgences, une prise en charge intermédiaire entre ville et hôpital

Madame Z. est une jeune femme de 26 ans qui a recours au service d'urgence suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Elle a été retrouvée inconsciente par son compagnon qui, avec l'aide de la cousine de Mme Z., a appelé les pompiers.

Mme Z. a déjà eu recours au service d'urgence pour un motif similaire en février de l'année précédente. Elle avait alors été orientée vers le service d'accueil des urgences psychiatriques de l'hôpital psychiatrique du Vinatier avant d'être à nouveau réorientée vers une prise en charge longue, de cinq semaines, vers une clinique psychiatrique. La patiente dit garder un bon souvenir de son séjour en clinique mais elle refuse maintenant une hospitalisation de courte durée dans le service de psychiatrie du pavillon d'accueil des urgences car elle est en charge de deux enfants en bas-âge. Elle est en effet seule avec eux, sans emploi.

L'allusion aux enfants pour refuser l'hospitalisation permet à Mme Z. de relater un peu de son histoire de vie que la psychiatre accueille en l'écoutant. Elle raconte qu'elle est malheureuse depuis la naissance de son deuxième enfant. Elle date, depuis cette naissance, une dégradation de ses relations avec son compagnon : elle voudrait se séparer de lui, mais celui-ci refuse. Elle est même battue par son mari, qu'elle nomme le « *père de mes enfants* », mais elle refuse de porter plainte. Le récit de cette situation l'emmène alors vers le récit de sa propre enfance où elle affirme avoir été battue par sa mère. Ses parents ne s'entendaient pas et « *ont détruit [sa] vie car ils étaient violents entre eux* ». La psychiatre essaie de faire entendre à la patiente les échos entre sa vie présente et sa vie passée.

Pour continuer à justifier son refus d'hospitalisation, elle raconte que, suite à sa première hospitalisation, elle a connu des difficultés dans son orientation en ambulatoire (c'est-à-dire dans son parcours de soin hors de l'institution hospitalière). Elle dit en effet ne pas réussir à trouver le psychiatre ou le psychologue qui lui « *convient* ». Elle témoigne

cependant de beaucoup de confiance en son médecin traitant et dans la psychiatre qu'elle rencontre ce jour à l'accueil d'urgence.

Devant son refus d'hospitalisation, la psychiatre convient avec Mme Z. d'une autre solution : elle lui propose un rendez-vous dans ce lieu intermédiaire des urgences, entre ville et hôpital, pour rencontrer une psychologue qui y fait des consultations. La patiente se dit satisfaite de cette orientation, elle viendra au rendez-vous.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°9 1 ^{er} juillet 2008	Monsieur L. : un attachement ambivalent au soin et le statut de la parole aux urgences à partir de la valeur d'un lapsus.

Monsieur. L. est un jeune homme de 27 ans arrivé à 2 heures du matin au pavillon N, accompagné par son beau-frère. Monsieur. L. a tenté de se couper les veines du bras avec un couteau. Il arrive au service des urgences fortement alcoolisé, avec des maux de ventre et des vomissements.

Il a été vu une heure après son arrivé par un médecin urgentiste pour ses problèmes somatiques. Nous le voyons à 9h30, c'est-à-dire plus de 7 heures après son recours, pour l'entretien de psychiatrie. Nous le rencontrons dans un box sur un brancard ; on lui a posé une perfusion.

L'entretien se fera au chevet du jeune homme, lui couché, la psychiatre assise de façon à ce que les visages soient à la même hauteur. Je suis assis derrière la psychiatre et je suis désigné par elle comme son « *stagiaire* ».

Ce n'est pas le premier passage de Monsieur. L. au service des urgences. Il y a déjà été hospitalisé il y a un an dans le même contexte de rupture amoureuse. Il montrait alors des signes dépressifs et d'angoisse (crise d'angoisse qui l'avait décidé à venir spontanément) mais n'était pas passé à l'acte, même si l'on avait remarqué des marques de scarification sur son corps. Il explique qu'il se sent complètement dépressif suite au divorce d'avec sa femme qui vient juste d'être prononcé. Il est resté enfermé chez lui depuis une semaine, dit-il, et il est tellement mal qu'il ne s'alimente plus depuis quatre jours.

Monsieur. L. indique qu'il s'alcoolise très facilement quand il se sent angoissé, ce qu'il a fait la veille. Il raconte que l'alcool lui sert à « *diluer ses soucis* », mais le son de sa voix est si peu audible et il articule si mal le mot que nous entendons, la psychiatre et moi-même, le signifiant « *suicide* », à la place de souci. A partir de ce lapsus, la psychiatre explique que M. L. utilise l'alcool pour se désinhiber vis-à-vis de son désir de mort duquel il s'est approché la veille en passant à l'acte, ce qui indique la nécessité d'une hospitalisation.

Le patient est très laconique, il s'exprime peu spontanément, ce qui pousse la psychiatre à lui poser des questions assez directes pour évaluer la nécessité de lui proposer une hospitalisation. M. L., en plus de s'exprimer en peu de mots, parle bas, ce qui pousse la psychiatre à se rapprocher pour mieux l'entendre. Selon son interprétation qu'elle me confiera plus tard, Monsieur L. exprime là de manière implicite un désir de lien. Dans la recherche de l'attention du médecin, il montre que quelque chose de l'expérience du soin psychique a fonctionné lors de son dernier passage dans le service d'urgence où il avait été hospitalisé un moment.

Quand on questionne M. L. sur ses parents, il répond de façon évasive en indiquant qu'il peut compter sur son beau-frère. En fait, ce patient est assez ambivalent car il désigne clairement une situation d'abandon (le divorce d'avec sa femme, le fait qu'il reste cloîtré

chez lui, qu'il ne mange plus), il donne très peu d'informations sur ses liens familiaux (il n'a rien à dire sur ses parents, sur le fait qu'ils ne soient pas là, par exemple) mais il indique en revanche qu'il a du travail de temps en temps, ce qui signifie qu'il répond à des formes de sollicitations de la part de l'environnement social.

Pour corroborer ces hypothèses, on voit que le patient rejoue une position ambivalente, à la fois de demande de lien et d'isolement quand nous retournons le voir pour lui confirmer, après qu'il l'a acceptée lors de la première rencontre, son hospitalisation à N2. Alors qu'il a investi avec confiance l'entretien précédent et accepté son hospitalisation, il fait l'étonné quand on lui confirme son hospitalisation, comme s'il ne la désirait plus ou comme s'il voulait nous montrer que, pour lui, la parole donnée à son égard n'était souvent pas accomplie.

Monsieur L. montre d'autres signes qui témoignent de son attachement ambivalent au soin. Alors qu'il parle peu en restant très laconique sur son état, évoquant dans des termes très généraux son impression de « *refaire une dépression* » et de ne pas supporter le divorce et l'infidélité de sa femme, il montre pourtant ostensiblement les marques de ses blessures antérieures qui ont été à l'origine du premier contact avec le service des urgences (cicatrices d'entailles sur le bras). Par ailleurs, il se rappelle du nom du psychiatre qui s'était occupé de lui lors de sa première hospitalisation...

Fragment clinique n° Date	Titre
n°10 8 juillet 2008	Monsieur C : une hospitalisation difficile mais négociée

Monsieur C., un jeune homme de 22 ans, a été amené au pavillon N par les pompiers suite à une agression sur son père. A travers cet épisode violent, M.C. a franchi, pour sa famille, le seuil de l'insupportable qui a justifié, pour eux, le recours aux urgences. En effet, les parents du patient s'inquiètent depuis plusieurs jours du comportement leur fils qui montre de grandes désinhibitions sur plusieurs plans : il fait de grandes dépenses d'argent au-delà de ses moyens et, selon sa famille, il a un comportement dangereux avec les femmes qui font craindre, si toutefois M.C. n'est pas déjà passé à l'acte, une possibilité d'agression sexuelle.

M.C. est arrivé dans le service au début de la nuit en état de grande agitation. D'après la trace laissée sur le dossier médical d'urgence, le psychiatre de garde qui l'a rencontré a vite conclu à un état maniaque : M.C. a donc été contenu et on lui a donné un traitement neuroleptique pour calmer son agressivité et les symptômes maniaques. Au cours du premier entretien mené avec le patient dans la nuit, celui-ci a refusé de se faire hospitaliser. La famille, consultée ensuite, a montré le même refus arguant d'un passage traumatisant et d'un mauvais accueil de leur enfant en hôpital psychiatrique quelques années plus tôt. Ce contexte difficile a poussé le psychiatre de garde à renvoyer au matin la négociation de l'hospitalisation, quand l'agitation serait retombée et que chacun aurait pu reprendre calme et distance vis-à-vis des événements de la nuit.

Le problème, auquel la psychiatre avec qui je travaille ce matin-là est confrontée, est donc complexe. En effet, M.C. présente des signes clairs d'agitation maniaque qui nécessitent une hospitalisation en psychiatrie, mais le patient refuse. Il faudrait donc envisager une hospitalisation sous contrainte à la demande d'un tiers. Ce tiers devrait logiquement être la famille qui a recouru aux urgences. Cependant, les parents s'opposent eux aussi à une hospitalisation. La seule solution restante, sur le plan administratif, pour garantir une prise en charge à M.C., serait une hospitalisation d'office, prononcée par le préfet, mais qui correspond mal à la situation du patient qui, pour le moment, n'a pas porté

gravement atteinte à l'ordre public. Cette dernière solution ne satisfait pas la psychiatre qui y voit un effet non-thérapeutique à long terme car cette décision s'avèrerait persécutante pour le patient qui, déjà, trouve sa présence aux urgences injustifiée.

Première rencontre avec Monsieur C.

Nous rencontrons donc Monsieur C. dans la chambre d'isolement du service, le « box 13 ». Il est allongé sur son lit et contenu aux deux membres inférieurs. Dès notre arrivée il se redresse et, avant toute question de la psychiatre, il formule deux demandes : qu'on le détache et qu'on l'autorise à aller fumer une cigarette dehors. Il dit que si l'on fait cela, il sera d'accord pour discuter, « *même avec des menottes* », dit-il, dans une sorte de confusion des rôles entre psychiatrie et police.

La psychiatre refuse et commence l'entretien en lui demandant qu'il raconte ce qui lui arrive. Selon celle-ci, M.C. présente une symptomatologie maniaque assez typique. Il est en effet logorrhéique. Pour justifier son besoin de sortir de l'hôpital, il annonce un grand nombre de projets qui impliquent de grandes dépenses d'argent. Il raconte aussi qu'il avait rendez-vous chez son psychologue l'après-midi et qu'il serait bien qu'on le laisse y aller. Il reste très agité malgré l'important traitement neuroleptique de la nuit. Il est très désinhibé car il se permet, à un moment de l'entretien, de toucher le ventre de la psychiatre, qui se recule.

Il évoque un épisode, trois semaines plus tôt, où il a été rendre visite à sa tante dans les îles Canaries. Dans des propos un peu délirants, il confie, lors de ce voyage, avoir « *tout compris de ses origines* ». Il semble être dans un sentiment de toute puissance qui, pour la psychiatre, peut être dangereux pour lui ou pour les autres. Il rend compte d'un rapport très désinhibé vis-à-vis de l'argent, qu'il dépense en grande quantité, et des femmes qu'il décrit comme des objets sexuels. Il décrit par quelques détails, exprimés assez crûment, ses prouesses sexuelles dont il cherche la reconnaissance chez la psychiatre.

Quand on le questionne sur la raison pour laquelle il est, selon lui, à l'hôpital, il répond qu'il va très bien (ce qui correspond, selon la psychiatre, au sentiment de toute puissance de la pathologie maniaque), à part qu'il s'est senti « *désabusé* »⁷⁹³ en arrivant à l'hôpital. Il indique que ses parents mériteraient beaucoup plus d'être à sa place, « *d'être internés* », car il y a des problèmes dans sa famille : sa mère est « *en arrêt maladie* » et son père « *essaye d'arrêter de fumer* ». M.C. répète alors à ce moment qu'il aimerait bien « *aller fumer pour diminuer [son] angoisse* ».

La psychiatre n'hésite pas, devant ce tableau clinique, à envisager, comme son collègue de la nuit, une hospitalisation en psychiatrie. C'est pourquoi elle décide de s'entretenir à ce propos avec les parents du patient.

La rencontre avec les parents

La psychiatre invite le père et la mère de Monsieur C. à son bureau. L'entretien commence sur fond des cris du patient dont le box est en face du bureau du psychiatre... Les parents semblent dans une très grande souffrance : la mère commence à parler et les larmes coulent immédiatement sur ses joues, mais elle ne se saisit pas du mouchoir offert par la psychiatre. Commence alors un récit à deux voix où interviennent à tour de rôle le père et la mère.

L'enjeu pour la psychiatre est d'articuler la réalité médico-légale, c'est-à-dire la nécessité de l'hospitalisation sous contrainte, avec la nécessaire mise en sens que cela implique pour ceux qui signeront cette hospitalisation forcée. La psychiatre décide de ne pas

⁷⁹³ La psychiatre relèvera cette expression comme un lapsus à remettre dans le contexte du discours à thématique sexuelle du patient et dans celui qui a justifié le recours des parents aux urgences invoquant que leur fils ait pu être l'auteur « *d'abus sexuels* ».

aborder le problème directement et frontalement. Elle annonce son intention d'hospitaliser M. C. mais, en ayant l'intuition, me confiera-t-elle, que le fils semble être le « *porte-symptôme* » de la famille, elle trouve judicieux de faire évoquer l'histoire familiale devant elle, sur « *la scène de l'urgence* ». Il s'agit de responsabiliser les parents en leur faisant prendre conscience de la construction familiale de la souffrance et de la nécessité d'une hospitalisation qui fasse tiers entre la famille et le patient.

La mère raconte que son fils croit son père malade. Celui-ci acquiesce en ajoutant qu'il boit et fume trop, et qu'il est victime d'une agoraphobie très handicapante pour son métier. Tout un discours de culpabilité se déploie chez les parents, qui s'accusent eux-mêmes, en culpabilisant d'être à l'origine de la maladie de leur fils. Ils indiquent aussi 25 ans de présence de la grand-mère maternelle à la maison qui a souffert et est morte de la maladie d'Alzheimer. M. C. était très attaché à cette grand-mère selon eux.

Les parents essaient de décrire, selon eux, les signes déclencheurs de la maladie chez leur fils : jeune facteur, il a été muté dans un quartier de Lyon qu'il ne désirait pas, et il aurait reçu à plusieurs reprises des insultes dans son quartier de résidence. Les parents n'imaginent pas que ce qu'ils estiment être des déclencheurs de la maladie étaient déjà peut-être des symptômes de psychose (paranoïa, repli sur soi). Le voyage chez la tante (sœur du père que celui-ci n'a pas vue depuis 35 ans) est décrit par les parents comme un moment de bonheur et de bien-être pour leur fils alors que celui-ci l'a mentionné dans son délire comme d'une importance structurante dans ce qui se passe pour lui (la révélation de ses origines).

Le père relate ensuite son inquiétude quant aux projets à thématique sexuelle de son fils vis-à-vis desquels il semble très impliqué et informé : « *il a ramené une traînée* », « *je comprends qu'il veut vivre sa vie d'homme* », « *il est renfermé habituellement et veut se prouver qu'il est capable* », « *je sais qu'il s'est fait faire une fellation* ». Selon le père, le fils chercherait actuellement à travers ses aventures sexuelles, mais en étant insatisfait et maladroit, « *une femme aussi parfaite que sa mère* » qu'il qualifie de la façon suivante, en interpellant la psychiatre : « *vous voyez bien, c'est une sainte* ». On lit ici une référence quelque peu fantasmée au complexe œdipien dans lequel le père est un peu absent et sur lequel jouera la psychiatre.

Peu à peu, l'entretien aboutit à une prise de conscience par les parents qu'ils forment avec leur fils une famille qui souffre sous de multiples formes. Ils reconnaissent la bizarrerie du fonctionnement psychique de leur fils : soit il est esseulé, renfermé et mutique, soit il est complètement désinhibé, maniaque et logorrhéique. La psychiatre indique que les hospitalisations peuvent être évitées si on ne se voile pas la face sur le fonctionnement de cette pathologie et si l'on offre la possibilité à Monsieur C. de savoir faire avec cette pathologie courante. L'hospitalisation peut être le moment, et l'hôpital le lieu, de cette prise de conscience.

Les parents acceptent finalement l'idée d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, mais personne ne se décide à signer. Le père se démet en invitant sa femme à le faire. Mais la psychiatre intervient ici en conseillant que ce soit le père qui signe pour supporter son rôle de tiers symbolique qu'il ne semble pas vraiment tenir dans l'organisation familiale puisqu'il a reconnu, quelques instants plus tôt, l'existence d'un rapport amoureux entre la mère et l'enfant rejoué dans les relations sexuelles de son fils avec d'autres femmes. Il accepte et la mère éclate alors en sanglots puis se retire du bureau pour ne pas assister à la procédure d'hospitalisation.

Elle laissera tout de même un mot, griffonné sur un papier, à son fils, par l'intermédiaire de la psychiatre, en lui déclarant qu'elle l'aime. Le père ajoutera, sur le morceau de papier, un « *je t'adore* ».

La deuxième rencontre avec M.C.

Il s'agit d'aller indiquer à Monsieur C. qu'il va être hospitalisé et donc transféré à l'hôpital psychiatrique.

Nous entrons dans la chambre d'isolement et nous remarquons que le patient a construit une barricade avec une chaise, un drap et un oreiller devant la porte. Cela est très étonnant et inquiétant puisqu'il est attaché.

Le patient est très agité car il n'accepte pas l'hospitalisation. Il insulte la psychiatre et se montre menaçant à son égard, ce qui décide la psychiatre à procéder de suite à une contention aux quatre membres (ce qui est aussi obligatoire, d'un point de vue légal, pour le transfert en ambulance). Une équipe d'internes et d'infirmiers, tous des hommes car la psychiatre a compris le rapport actuellement problématique de M.C. aux femmes, viennent procéder à la contention qui se déroule calmement car le patient a confiance en l'interne à qui, tandis qu'il se fait contenir, il raconte en pleurant que sa grand-mère, elle, a pu vivre à la maison sans jamais se faire hospitaliser...

Le patient entrera à l'hôpital psychiatrique à quatorze heures.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°11 22 septembre 2008	Monsieur A : un cas d'errance et de vagabondage médical

M. A. est un homme de 38 ans qui est arrivé au service d'urgence dans la nuit en état d'ébriété, accompagné par les pompiers. Au moment où le psychiatre de garde le rencontre pour la première fois, M. A. parle en espagnol. Ses papiers d'identité indiquent qu'il est pourtant de nationalité française.

Il fait plus vieux que son âge. Il possède quelques vêtements et un sac plastique qui semblent constituer ses seuls biens. Il ne fait pas trop de doute que M.A. est un homme errant. Il affirme pourtant venir de Perpignan et être arrivé dans la région lyonnaise à l'occasion des récentes obsèques de sa mère. Il a voulu reprendre le train pour Perpignan dans la nuit, mais trop alcoolisé et agité, le départ lui aurait été refusé à la gare et c'est à ce moment-là qu'on aurait appelé les pompiers pour le prendre en charge. L'examen somatique fait à l'arrivée aux urgences n'a révélé aucune affection somatique : le psychiatre de garde a alors décidé de le contenir à son brancard pour qu'il dégrise en sécurité dans la nuit avant que la psychiatre du matin ne le rencontre pour un entretien.

La recherche de membres supposés de la famille de M.A. résidant, selon lui, à Perpignan et à Feyzin est restée infructueuse, ce qui commence à confirmer la problématique d'errance de M.A.

Nous le rencontrons dans ce contexte.

Quand je rejoins à 8 heures la psychiatre dans le service d'urgence, M.A. est très agité, il crie très fort et tape sur le mur de son box, mitoyen au bureau du psychiatre. Il réclame qu'on le détache. La psychiatre décide de commencer par une succincte évaluation clinique de ce patient qui s'agite et perturbe le calme nécessaire aux entretiens de psychiatrie qui se dérouleront ensuite, toute la matinée, à côté de son box.

Nous rentrons dans le box de M.A., plongé dans le noir, où nous le découvrons contenu aux quatre membres. Un slip est posé sur le sol. La psychiatre se présente et le patient se calme immédiatement en arguant qu'il n'est pas fou ni violent et qu'on doit le détacher. La psychiatre lui explique la raison de sa contention durant la nuit (agitation et alcoolisation massive). Visiblement, l'explication médicale lui convient. M.A. ne tarde pas, d'ailleurs, à reconnaître son acte. Il jure qu'il boit très peu souvent et qu'il s'est alcoolisé la veille du fait de la tristesse générée par le deuil de sa mère. Il dit se rappeler sans cesse le moment de la messe et il explique aller rendre souvent visite à sa mère au cimetière.

Ses propos ne sont pas délirants ni agressifs et la psychiatre promet, sur la demande du patient, qu'elle lèvera la contention et qu'elle aura un entretien avec lui une fois qu'il sera détaché et aura pris son petit-déjeuner. M.A. souffle précipitamment à la psychiatre qu'il a besoin de lui parler pour « *trouver une maison* ». L'alliance thérapeutique se noue autour d'une demande opératoire qui n'est pour le moment pas rejetée par la psychiatre.

La psychiatre donne alors l'ordre aux infirmiers de lever la contention.

Quand, une demi-heure plus tard, nous retournons voir M.A., il a pris son petit déjeuner et s'est douché, en volant au passage du savon. Il nous accueille à sa manière, très cordiale, en nous offrant des bonbons « Tictac » et en nous proposant de nous asseoir confortablement sur son matelas. Nous refusons ses propositions pour instaurer, cette fois, ainsi que me l'expliquera la psychiatre, le cadre de l'entretien médical. M.A. approche cependant son visage très près du nôtre et commence à raconter son histoire.

Il dit que le décès de sa mère l'a rendu très triste et qu'il s'en remet mal. La date des obsèques reste très floue. Il raconte qu'il se retrouve seul, à la rue, ne sachant ni lire ni écrire. Il a donc pour cela besoin qu'on l'aide à « *trouver une maison* ».

La psychiatre questionne cette rationalisation rapide de sa situation, tout en indiquant qu'elle est « *psychiatre aux urgences et pas assistante sociale* ». Il confie alors qu'il est un gitan espagnol rejeté de la communauté gitane catalane de Perpignan. Il raconte qu'on lui a volé sa caravane et que c'est depuis cet instant qu'il est à la rue, ne bénéficiant pas de la solidarité de la communauté gitane. Il est bien hébergé, de temps à autre, dans la caravane d'une amie mais elle le met dehors régulièrement. Il est fâché avec son père et voit peu son enfant dont il estime qu'il est plus « *en sécurité* » avec sa mère. M.A. se dévalorise en se décrivant comme « *adulte handicapé* » et comme une personne « *simple d'esprit* », ce qui, selon lui, lui a souvent valu d'être rejeté. M.A. dit qu'il a parfois envie de mourir, mais pas au moment où il nous parle.

Alors qu'il s'engage dans la description d'une souffrance due à une situation d'exclusion sociale et d'errance visiblement chronique et ancienne, il ne manque pas de demander à nouveau à ce qu'on l'aide à trouver un logement, dans une forme « *de pensée magique et opératoire* » - ainsi que la décrit la psychiatre. Elle explique alors au patient qu'on répond ici à la détresse psychologique, pas à la détresse matérielle.

Cependant, pour accéder à une partie de la demande du patient, la psychiatre propose à M.A. une hospitalisation en psychiatrie. Le patient, qui semble bien connaître les institutions sanitaires, bondit face à cette proposition en répétant qu'il désire un toit mais qu'il ne souhaite en revanche pas être enfermé car, dit-il, il n'est pas « *fou* ». La psychiatre indique que sa proposition concernait une hospitalisation libre qui permettrait à la fois de prendre en charge les idées suicidaires et d'entrer en contact avec les agents sociaux de réinsertion sociale. Après hésitation et réflexion, M.A. accepte qu'on lui donne l'adresse de l'hôpital psychiatrique auquel il ira, dit-il, s'adresser seul.

Nous retrouvons M.A. sur le seuil du service d'urgence avec un épais blouson sur son pyjama d'hôpital. Il a son baluchon : un grand sac en plastique transparent avec quelques vêtements. L'infirmier qui s'est occupé de lui a décidé de lui laisser le savon. Il fume une cigarette. La psychiatre lui remet un morceau de papier avec l'adresse de l'hôpital psychiatrique en lui indiquant que si les idées suicidaires reviennent, il peut de nouveau s'adresser ici, aux urgences...

Fragment clinique n° Date	Titre
n°12 22 septembre 2008	Monsieur N : un cas de recours aux urgences comme tiers

M. N. est un homme de 53 qui est arrivé au service d'urgence dans un état d'alcoolisation massive. Il a été adressé par SOS médecin qui a fourni un certificat médical indiquant l'état d'ébriété de M.N. et une anorexie, déclarée par le patient, de 3 jours.

M. N. est en curatelle. Sa curatrice est sa mère, chez qui il vit, ce qu'il formulera dans l'entretien en disant : « *nous vivons sous le même toit* ». C'est la mère de M.N. qui a fait appel à SOS médecin.

M.N. a deux enfants et va bientôt devenir grand-père. Il est suivi par un service de psychiatrie d'un grand hôpital psychiatrique lyonnais, depuis longtemps, pour un problème d'alcoolisme chronique. Sa dernière cure de désintoxication remonte à deux mois mais elle s'est achevée par une « *sortie disciplinaire* » car M.N. buvait pendant sa prise en charge, ce qui est formellement interdit dans ce genre d'institutions dédiées au sevrage alcoolique. M.N. est aussi suivi en ambulatoire, au Centre Médico-psychologique (CMP) de son secteur, et dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Autrement dit, il dispose, objectivement, de la mise en œuvre d'un dispositif de soin étoffé pour prendre en charge sa pathologie.

Lors de l'entretien, M.N. indique qu'il a repris l'alcool de façon massive depuis trois semaines, moment dont on entend, au cours de l'entretien, qu'il correspond à l'annonce qu'on lui a faite de la future naissance de son petit-fils. Il dénie complètement le rapport entre les deux événements qui est pourtant souligné par la psychiatre.

Il tient cependant à raconter qu'il est héritier d'une famille où l'alcool détruit et « *fait mourir les hommes* ». Il parle de ses grands-pères qui buvaient beaucoup et de son père qui est mort d'une cirrhose. Il dit en revanche que ses deux fils sont exemplaires, « *ils ne boivent pas et ne fument pas* ». Il confie aussi que son petit-fils sera un garçon, revenant alors implicitement sur le rapport entre l'alcool et la filiation. Il est clair que M.N. n'arrive pas à se formuler ce rapport malgré l'insistance de la psychiatre qui lui fait entrevoir l'étrange coïncidence temporelle entre la reprise de l'alcool et l'annonce de la naissance de son petit-fils... Il réagit même en donnant une réponse qui semble vouloir contredire la version de la psychiatre : la naissance de son petit-fils constituera, non pas une nouvelle plongée dans l'alcoolisme, mais un « *décliv* » positif pour qu'il soigne « *cette maladie qui [le] poursuit* ». Malheureusement, dit-il, « *personne ne voudra de [lui]* » dans les services de soins à Lyon où il s'est mal comporté, où il a acquis une réputation de mauvais patient et où il ne trouve pas son compte (il se plaint du manque d'activité, des gens laissés à eux-mêmes)...

M.N. est dans une demande pour le moins paradoxale : il saisit le moment de la crise pour rationaliser les origines de sa pathologie (en effet, il ajoutera à son récit des origines de l'alcoolisme des épisodes de stress au travail du temps où il était parfumeur en Suisse)

et formuler une demande de prise en charge dont, *en même temps*, il exprime les échecs à répétition.

La psychiatre m'indique que « *la scène de l'urgence* » est souvent le lieu de ces demandes ambivalentes ou, plus précisément, de ces demandes où l'on attend du psychiatre des urgences qu'il fasse tiers entre le patient et une « *institution ressentie comme hostile* ».

Un contact est alors pris avec le psychiatre référent du patient à l'hôpital psychiatrique au sein duquel celui-ci est régulièrement suivi. Il explique que M.N. reconnaît bien son alcoolisme mais qu'il met en permanence en échec les parcours de soin qu'on lui propose. Ce psychiatre propose lors que M.N. ne réintègre pas directement son service mais qu'il mette du sens sur cette nouvelle crise et sur la demande ambivalente qui y est associée ce jour-là aux urgences pour ensuite reprendre de lui-même un rendez-vous pour un sevrage en institution spécialisée. Cela amènera, selon l'avis et l'espoir du psychiatre référent, à rompre la position de mise en échec récurrente du patient. L'urgence sera alors utilisée comme lieu d'élaboration de la demande et du désir de soin de M.N. et lieu de mise en scène du conflit qui l'oppose au milieu institutionnel. Il sera donc hospitalisé dans le service de psychiatrie de courte durée du service d'urgence.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°13 22 septembre 2008	Madame V. : une impossible hospitalisation

Mme V. a 34 ans. C'est son septième passage aux urgences entre avril et septembre de cette année. Elle est adressée aux urgences suite à une nouvelle tentative de suicide par intoxication médicamenteuse : c'est sa quatrième tentative en quinze jours. Elle avait été admise aux urgences la semaine précédente pour ce motif-là aussi. Elle a été hospitalisée quelques jours dans le service. Sortie de l'hôpital le samedi, elle devait, d'une part, prendre contact dès le lundi suivant avec une structure médico-sociale pour sa prise en charge et, d'autre part, signer, dans la foulée, le licenciement de son emploi actuel.

A peine sortie de l'hôpital, Mme V. s'est procurée son traitement en pharmacie et, dès le dimanche, ingère une importante quantité de somnifères, anxiolytiques et antidépresseurs. Un ami, inquiet qu'elle ne réponde pas au téléphone, a prévenu les secours. Découverte inconsciente, elle est alors transportée d'urgence à l'hôpital et prise en charge dans une situation critique sur le plan somatique où sa vie a été sérieusement mise en danger. Nous la rencontrons, à son réveil, le lendemain matin de ces événements.

La psychiatre connaît déjà l'histoire de Mme V. car elle l'a vue la semaine précédente. Elle produit exactement le même discours que la fois précédente. De plus, pendant l'entretien, la patiente reste allongée, dans son lit, sur le côté, en distillant ses mots, à voix basse, entre de grands silences. Elle présente, selon la psychiatre, les caractéristiques d'une sévère dépression. Elle dit que depuis sa tentative de suicide du mois d'avril, elle « *ne remonte pas la pente* », elle sent « *la mort en elle* » et « *une sensation de vide* ». Parallèlement, elle dénie cependant quelque peu la gravité de son acte en affirmant qu'elle savait qu'elle n'allait pas mourir, mais juste, selon elle, « *dormir pendant trois jours pour oublier le quotidien où il n'y a rien à faire* ».

Le déni de l'acte se lit aussi dans le refus de la patiente de rester à l'hôpital pour se reposer et parler, comme le lui conseille la psychiatre. Elle répond qu'elle doit absolument sortir pour signer sa lettre de licenciement dans son entreprise, ce qui était déjà le motif

invoqué par la patiente pour sa sortie la dernière fois et qui n'a pas pu être accompli du fait de la récurrence suicidaire.

Mme V. garde une mauvaise expérience d'une hospitalisation précédente en hôpital psychiatrique. Cela avait conduit à la décision, lors du dernier recours, de l'hospitaliser dans le service d'urgence, sans poursuivre l'orientation vers une institution psychiatrique. Selon la psychiatre, la menace de récurrence du geste suicidaire est très importante. En outre, Mme V. présente des troubles du comportement dysmorphophobiques (hallucination sur ses cheveux quand elle se voit dans un miroir) et paranoïaques qui indiquent d'autant plus une hospitalisation.

Il va donc falloir envisager une hospitalisation sous contrainte (HDT) qui nécessite le recours à la famille. Or, la famille est en désaccord sur ce point entre un père qui souhaite l'hospitalisation pour sa fille mais aussi pour se soulager lui-même et une mère qui refuse catégoriquement et promet une entrée rapide de sa fille dans une clinique à Montpellier où elle aurait des contacts privilégiés. Cette dernière solution proposée par la mère a cependant déjà échoué une fois.

Il est alors envisagé une nouvelle hospitalisation temporaire de Mme V. dans le service d'urgence en attendant de construire une médiation pour convaincre les parents de l'hospitalisation sous contrainte.

En cas de désaccord persistant, la psychiatre pense à une hospitalisation d'office, sous l'autorité du préfet, mais cela rendrait ultérieurement la clinique plus difficile du fait d'une demande de soin qui serait uniquement formulée par l'institution (hôpital et police).

Les urgences sont un lieu de la médecine où les acteurs sont confrontés à des sujets qui expriment un désir de mort parfois absolu. Cela vient fatalement interroger la position du psychiatre qui doit arbitrer entre, d'un côté, la liberté et le désir du patient et, de l'autre, la protection de sa vie.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°14 2 octobre 2008	Justine : « l'hôpital, ça la pèse » ou la valeur d'un lapsus dans l'urgence

Justine est une jeune fille de 16 ans qui est à l'hôpital depuis la veille au matin pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse – elle a pris 15 cachets d'anxiolytique qui appartenaient à sa mère. Elle a prévenu sa meilleure amie de son geste avant de devenir inconsciente.

Justine est habituée de l'hôpital puisqu'elle est atteinte, depuis le début de son adolescence, d'un cancer atypique de la thyroïde. Elle est ainsi amenée, une ou deux fois par an, à subir un traitement chimiothérapique en milieu hospitalier. Elle nous dira dans l'entretien appréhender beaucoup ce qu'elle nomme ses « doses ».

Alors qu'elle fréquente souvent l'hôpital pour cette pathologie, c'est la première fois qu'elle est hospitalisée pour un problème psychiatrique.

Justine refuse de s'alimenter depuis son arrivée à l'hôpital.

Lorsque nous la rencontrons, Justine tient un discours très dépressif avec des idées suicidaires persistantes. Elle indique que son geste ne l'a pas soulagée. Alors que Justine semble faire confiance à la psychiatre, elle distille ses paroles en s'exprimant lentement, en prenant du temps pour répondre aux questions.

Elle explique ce qui l'a poussée à son geste suicidaire comme une conjonction de plusieurs facteurs : une récente rupture sentimentale (avec une histoire de tromperie) qui semble faire écho à un contexte conjugal difficile entre ses parents qui, sans cesse et de manière indécise, annoncent leur divorce avant de revenir aussitôt sur leur décision.

Par ailleurs, Justine raconte qu'elle attend depuis un mois avec appréhension un rendez-vous de l'hôpital pour aller suivre une nouvelle séance de chimiothérapie. Or, cette chimiothérapie est à chaque fois une source de souffrance intense car elle l'affecte sur le plan somatique (elle évoque des vomissements) et aussi sur le plan psychique. Justine confie en effet qu'elle est très angoissée à chaque fois qu'elle doit se rendre au service de cancérologie car elle anticipe la douleur des effets secondaires du soin. De plus, elle relie cette angoisse à un avenir qui lui est inconnu sur la perspective d'évolution de la maladie.

En fait, Justine ne formule pas clairement la demande de se faire aider. Sa demande de prise en charge passe par des chemins un peu sinueux : elle raconte qu'elle se sent mal chez elle, qu'elle est spectatrice des difficultés sentimentales de ses parents et qu'elle ressent le besoin de s'en écarter.

La psychiatre entend l'aspect paradoxal de la parole de Justine car celle-ci a un rapport forcément ambigu à l'hôpital : selon la psychiatre, l'hôpital est à la fois le lieu de sa souffrance (où l'on a révélé et où l'on soigne, dans un vécu de souffrance, sa maladie) et le lieu où elle peut être sauvée. Habituellement, Justine est dans une position passive face à l'hôpital qui, dans un paradoxe un peu insoluble pour elle, la sauve et la fait souffrir en même temps. Parallèlement, sa tentative de suicide redonne à Justine une mainmise sur sa vie en lui donnant l'impression qu'elle peut maîtriser sa propre mort et qu'elle a, dès lors, ses raisons personnelles d'être à l'hôpital et d'y exprimer sa souffrance telle qu'elle la conçoit et pas telle qu'elle est diagnostiquée par les médecins.

On retrouvera toute cette ambivalence du rapport à l'hôpital dans un lapsus de la mère de Justine, relevé comme significatif par la psychiatre, qui dira que « *Justine, l'hôpital ça la pèse* », pour dire un mixte, si on suit le raisonnement précédent, de *ça lui pèse* et *ça l'apaise* en même temps.

La psychiatre a en effet décidé de rencontrer les parents car il faut envisager une hospitalisation et la jeune fille est mineure. Pour la psychiatre, il ne fait pas de doute que la jeune fille va accepter l'hospitalisation. Il faut cependant engager un travail en parallèle avec les parents pour débloquer ce qui constitue une crise qui a des dimensions familiales.

Alors que la psychiatre pensait organiser l'entretien suivant avec Justine et ses parents, Justine fait *un coup de théâtre*. Cela fait en effet à peine trois quart d'heure que nous l'avons raccompagnée à sa chambre et au moment où nous la retrouvons, tandis que nous sommes en compagnie de ses parents, nous la découvrons endormie, à poings fermés, impossible à réveiller malgré les sollicitations de la psychiatre et des parents à son chevet...

Pour la psychiatre, Justine utilise clairement la « *scène dramatique* » de l'urgence en « *faisant la morte* » face à ses parents et en répétant donc, d'une autre manière, l'acte suicidaire. Justine met aussi en scène le silence autour de la mort dans sa famille. L'épisode constituera le début de l'entretien avec les parents.

Les parents montrent, dans la façon dont ils rationalisent le geste de leur fille, une forme de déni autour de son cancer. Ils éprouvent une grande culpabilité en évoquant leurs problèmes de couple et le fait que la mère, infirmière (ce qui n'est pas anodin dans le contexte présent), ait choisi de travailler de nuit et ne peut donc donner assez d'attention, selon elle, à sa fille.

La psychiatre induit auprès des parents une problématisation des derniers événements autour du cancer de Justine, ce qui les amène à envisager différemment l'acte de leur enfant dans lequel la mise en scène de la mort a peut-être plusieurs dimensions métaphoriques qu'ils n'avaient pas perçues.

La psychiatre explique alors que Justine a certainement besoin d'un temps de soin hors du cadre familial pour verbaliser ce qui est tu et dénié dans la famille. Dans cette prise en charge, l'hôpital va donc encore s'instituer en tiers médiateur.

Fragment clinique n° Date	Titre
n°15 2 octobre 2008	Monsieur O. : un homme abandonné et déraciné

M.O. est amené à l'hôpital suite à une alcoolisation massive. Nous le rencontrons le matin après son dégrisement. Il a une trentaine d'années. Il est malgache.

Dans la mesure où nous avons pris beaucoup de temps pour le patient précédent, nous devons voir M.O. plus rapidement. Mais les vingt minutes que nous passons avec lui sont tout de même l'occasion de situer ses problèmes et d'envisager une prise en charge.

Il vit dans un foyer pour SDF suite à la séparation relativement récente d'avec sa femme avec qui il vivait depuis 8 ans.

M.O. explique qu'il n'a plus le goût de vivre et qu'il tente d'oublier les soucis de la vie dans l'alcool qu'il consomme tôt le matin. Il confie aussi avoir une consommation importante de cannabis. Il raconte qu'il a arrêté son traitement contre le diabète dans un projet suicidaire.

Il dit qu'il se sent abandonné et qu'il éprouve de grandes difficultés à entrer en contact avec les autres. C'est pourquoi il se terre chez lui et ne veut plus en bouger. Le seul contact sérieux qu'il semble avoir est le frère de son ex-femme.

Par ailleurs, M.O raconte qu'il se sent oppressé dans la rue : il a l'impression qu'on le regarde et que « *des gens en groupe disent des choses sur [lui]* ». Il dit se sentir honteux suite à ces propos dont il ne sait pas bien s'ils sont véritables ou si « *ça parle dans sa tête* ». Tandis qu'il raconte cela, M.O. est très angoissé : il cligne des paupières avec force, il manipule ses doigts comme pour les dénouer.

M.O. aurait un peu de famille à Madagascar dont il dit des choses très confuses : il est question de parents, de grands-parents, et d'un frère mort jeune. Il est visiblement très difficile pour lui de parler clairement de ses origines.

Il accepte une hospitalisation libre en prévenant la psychiatre qu'il peut partir à tout moment s'il se met à avoir peur des autres comme cela lui arrive dans la rue. Devant ce constat, la psychiatre lui propose des anxiolytiques s'il en ressent le besoin.

Il sera hospitalisé dans l'unité N3 (qui dispense des soins somatiques et psychiques) de post-urgence où sera évaluée sa problématique dépressive et la possibilité d'articuler le soin psychique avec la reprise de son traitement contre le diabète.

GLOSSAIRE

Certaines abréviations ou termes spéciaux ont été employés dans le journal d'observation, en voici la définition.

Box 0 : Box de contention, situé à N Accueil, qui reçoit les patients agités et/ou qui nécessitent une expertise psychiatrique sur demande de la police en cas de trouble à l'ordre public

DMU : Dossier Médical d'Urgence. C'est l'interface informatique sur laquelle les soignants du service rendent compte des actes médicaux ou infirmiers dispensés au patient. Le DMU donne ainsi en temps réel la situation du patient sur sa prise en charge et son état de santé. Le DMU sert aussi à la comptabilisation des actes médicaux pour la gestion financière des soins. Il exige des soignants qu'ils donnent des renseignements obligatoires (acte effectué, date, heure, type de soin,...) sous forme de cases à cocher ou de menus déroulants dans lesquels sélectionner des items. Il propose aussi des espaces de rédaction d'observations libres.

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers. C'est une modalité d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie qui nécessite la signature d'un proche du patient concerné en plus d'un certificat médical rédigé et signé par le psychiatre.

HO : Hospitalisation d'Office. C'est une modalité d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. Elle est prononcée par le préfet en cas de trouble à l'ordre public avec l'appui d'un certificat médical du psychiatre.

HL : Hospitalisation Libre. Le patient donne son consentement pour être hospitalisé en psychiatrie.

N Accueil : Zone du pavillon N où les patients reçoivent les premiers soins. Cette zone dispose d'une salle d'attente, de bureaux de consultation et de chambres (appelés box). Les patients sont reçus en réanimation, pour des soins somatiques en hospitalisation, ou pour de simples consultations. Les patients séjournent peu dans cette zone, ils ont ici en attente d'une orientation décidée après les premiers soins et examens médicaux soit dans les autres services d'hospitalisation du pavillon, soit dans un service de spécialité de l'hôpital Edouard Herriot (cardiologie, orthopédie, etc.), soit dans un service d'une autre institution (clinique, hôpital psychiatrique, etc.).

N1/N3 : Unité d'hospitalisation mixte du pavillon N. Elle accueille, pour une durée de deux jours à une semaine ou un peu plus, des patients atteints de troubles somatiques uniquement ou somatiques et psychiatriques intriqués.

N2 : Unité d'hospitalisation de psychiatrie au pavillon N. Cette unité d'hospitalisation reçoit exclusivement des patients nécessitant des soins en psychiatrie. Ceux-ci peuvent y séjourner de 2 à 15 jours environ, en attendant une sortie ou une autre orientation.

Réquisition à personne : Procédure dans laquelle les forces de l'ordre peuvent demander à un psychiatre de statuer sur l'état de santé psychique d'une personne et sur les dangers qu'il présente pour l'ordre public. C'est le seul cas dans lequel, au pavillon N, les psychiatres interviennent « en première ligne », c'est-à-dire avant l'examen somatique du patient.

Réunion de bibliographie : réunion de l'équipe de psychiatrie du pavillon N dans laquelle les internes présentent un texte et des cas cliniques.

Sortie simple : Cela signifie que le patient qui a eu recours aux urgences a bénéficié d'une consultation médicale sans hospitalisation.

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Unité d'hospitalisation moderne et très équipée du pavillon N qui sert à désengorger N Accueil pour des durées d'hospitalisation courte (48 heures) avant une sortie ou une autre orientation.