



HAL
open science

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

Jérôme Thomas

► To cite this version:

Jérôme Thomas. Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital.. Sciences de l'information et de la communication. Université Lumière - Lyon II, 2010. Français. NNT : 2010LYO20076 . tel-00578586

HAL Id: tel-00578586

<https://theses.hal.science/tel-00578586v1>

Submitted on 21 Mar 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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
 - o Analyse de l'expérience subjective
 - o 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'indiquons 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 où 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 HDT¹.

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 une 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*»

¹ 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.

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'interroger 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.

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 » médecin².

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.

² Nous consacrerons un récit d'observation à part entière pour cet épisode très riche d'enseignement qui s'est poursuivi de manière chaotique.

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 :

➤ **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 détresse**³. 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 momentanément⁴).

³ Cette notion de mise en voix est empruntée à Guillaume Le Blanc, nous faisons ici s'interpénétrer, dans une démarche d'intertextualité, récit d'observation et lecture théorique pour dégager des données.

⁴ Cette parenthèse est déjà interprétative et mériterait plutôt de figurer dans la thèse et pas dans ce journal car elle articule le cas de l'observation à des lectures et d'autres observations. D'un point de vue méthodologique, il s'agit là d'un exemple d'intertextualité propre à toute récit ethnographique, ainsi que l'indique Laplantine.

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 médicamenteuse⁵. 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.

⁵ 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).

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 box⁶, 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 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.

⁶ 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.

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 acceptent librement leur orientation⁷.

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 *résumé 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* ».

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 pètes 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

⁷ Voir le tableau récapitulatif des patients rencontrés le 01/12/2006 à la colonne « orientation »

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 locale⁸ 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-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 pètes un plomb* » ou encore les « *attends !* » répétés sont révélateurs à la fois de la temporalité de l'urgence vécue

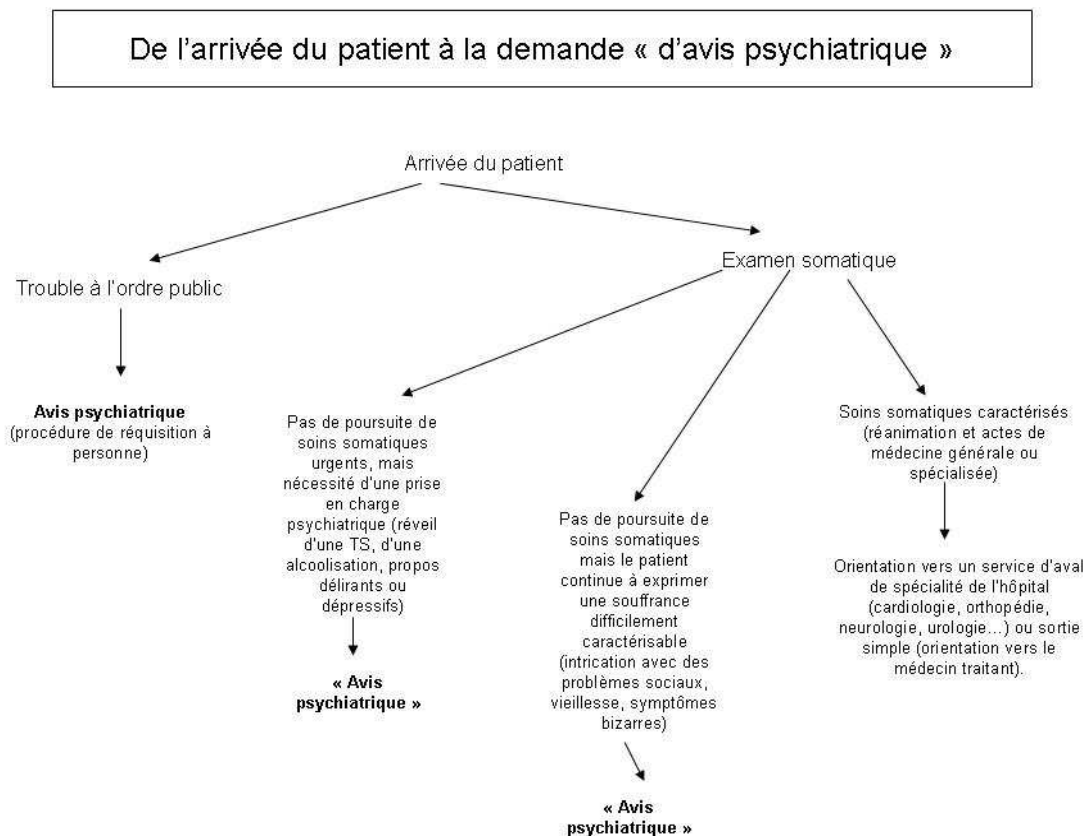
⁸ Voir annexes de la thèse

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 pètes 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 immaitrisable).

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.
- Étudier 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 »⁹ 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.

⁹ Au sens d'être insaisissable et d'insister pour être reconnue au-delà des catégories de la médecine scientifique.

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 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, multifformes 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 restructeur 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 impromptues 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 abimé, 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 infirmière¹⁰ 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

¹⁰ 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.

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 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 enclorre 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 point 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 désubjectivation 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

préférée, 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 limite¹¹ (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.**

¹¹ Le petit Robert indique que le seuil est dans un premier sens un commencement et, dans un autre sens, plus figuré, une limite, un « point critique » (la question de la crise n'est en effet pas étrangère à celle de l'urgence).

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 psychiatre 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 psychologiquement 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 univoque¹², 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 **rédiger** 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

¹² 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.

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 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 psychothérapeutique 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'apprête 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 scientiste, 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 même¹³, 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**

¹³ Bernard Lamizet indique en effet que l'identité, dans l'intersubjectivité, se construit dans la spécularité.

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).

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 de 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 à 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 psychiatrique¹⁴). 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 éparées 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

¹⁴ Voir à ce propos mon étude de corpus sur les représentations de la psychiatrie dans la PQR (voir annexes)

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.

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 abîmés. 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 la 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, la 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 la 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. La psychiatre, qui doit aller chercher des documents administratifs, me confie les clefs 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 détresses 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 maladresses, 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 permit 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 (« *vidanger* », « *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 patient¹⁵ 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 la fois. C'est précisément sur la dimension de sens de la relation thérapeutique qu'interviennent les psychiatres**.

¹⁵Je 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.

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*¹⁶ 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

¹⁶ *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.*

mettre en relation directe avec l'usage détourné 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/somatiens 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 enfuit 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.

2. 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 connaître¹⁷. Ainsi est rappelée la nécessité de penser chaque observation

¹⁷ 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 ».

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 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.

2. 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 déni¹⁸ de l'opportunité (ou de la nécessité) d'une aide médicale. Ainsi, l'hôpital est 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 discontinuée 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

¹⁸ Il faudrait ici se reporter à ce que dit Freud sur la déniation : la déniation 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.

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 subjectif¹⁹, 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,

¹⁹ Sur lequel je reviens plus bas, en suivant la trame méthodologique habituelle de mon journal.

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 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 tard²⁰, 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.*

2. 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.

²⁰ 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.

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, 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 contention²¹, je mène, durant trois mois et à intervalles irréguliers, des entretiens avec les infirmiers grâce auxquels je fais deux grands constats²².

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 sens

²¹ 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.

²² Voir le détail des résultats dans le corps de la thèse et en annexe.

l'énervement 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 :***
 - o 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.
 - o 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
 - o 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 décide 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 déféstration 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 presse²³. 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, stratège) **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 »²⁴, 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 diagnostic, mais il est considéré comme appartenant à la parole du patient²⁵ qui tente de faire reconnaître sa souffrance.

²³ Où, dans les deux cas, journalistes comme infirmiers dressent une échelle de légitimité des souffrances où certains patients de la psychiatrie n'apparaissent pas en bonne place voir analyse détaillée en annexe)

²⁴ « Psy » sert ici à tronquer à la fois les mots psychologie et psychiatrie

²⁵ Puisqu'il ne vaut pas dans l'absolu comme un signe avec un signifié univoque, mais bien pour le sujet qui, dans son lapsus, a fait jouer deux signifiants entre eux, de manière singulière.

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 exiguë. 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 patient²⁶ : 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

²⁶ Ce qu'elle aurait pu faire, étant donné le danger, présenté manifestement par le patient, de commettre des agressions sexuelles.

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 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 patient²⁷.

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

²⁷ 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.

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

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 psychiatre 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, *certaines 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 **conforte 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'angoisse 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 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 construise 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 le 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 sommaire²⁸ 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 pour les somaticiens, un horizon***

²⁸ 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.

d'impossibilité²⁹ 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 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 désubjectiver 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, désubjectivant, 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.**

²⁹ Cf. dans les propos de Basile, ce segment : « *C'est impossible* » comme conclusion à ses explications.

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 ne 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 ballotté, 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 Vinatier³⁰* ». 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.

³⁰ Le Vinatier est le plus grand hôpital psychiatrique de la région lyonnaise en termes de capacité d'accueil.

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.

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* »³¹ 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 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 essayent 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

³¹ 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* ».

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 « *déclat* » 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 accompagnée 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.