



HAL
open science

Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique

Jérôme Thomas

► **To cite this version:**

Jérôme Thomas. Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique. Communication et santé : enjeux contemporains, Presses du septentrion, pp.195-204, 2010. halshs-00578611

HAL Id: halshs-00578611

<https://shs.hal.science/halshs-00578611>

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.

Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique

Jérôme Thomas

Une approche communicationnelle de l'urgence psychiatrique

L'urgence, autant que la psychiatrie, sont deux domaines de la médecine sujets à des représentations caricaturales et fantasmatiques souvent véhiculées par les faits-divers¹ ou par la fiction². Il ne sera pas question ici de traumatismes somatiques spectaculaires ni de déchainement de folie furieuse (qui, d'ailleurs, ne signifient rien dans la nosologie psychiatrique). Ce travail concerne une détresse plus ordinaire mais qui fait le lot quotidien des services d'urgence. Cette détresse est celle qui est accueillie par une équipe de psychiatrie d'un service d'urgences médicales d'un grand hôpital lyonnais. Ce service, qui reçoit 40 000 demandes d'accueil d'urgence de tous ordres par an, oriente environ 1/5 de cette population vers une prise en charge (ou un « avis ») par l'équipe de psychiatrie qui travaille sur place.

Notre étonnement d'observateur quasi-participant auprès de l'équipe de psychiatrie de ce service a porté principalement sur la grande hétérogénéité des demandes faites à la psychiatrie aux urgences. Car si certains patients pris en charge présentent des symptômes caractérisés dans la clinique psychiatrique de la crise (crise psychique de type suicidaire ou encore décompensation psychotique), beaucoup d'autres sont porteurs de ce que les médecins nomment des « polyopathologies » relativement inclassables pour la médecine somatique scientifique³ et la médecine de spécialité. Ces pathologies multiples, concentrées en un seul sujet et ayant du mal à se formuler cliniquement, se résument à une intrication de symptômes qui concernent le corps, le psychisme et le rapport du sujet à la société (situation de précarité, détresse psychosociale...). Il est de ce point de vue remarquable de noter que les psychiatres interviennent toujours en « 2^e ligne »⁴, c'est-à-dire après un examen somatique qui se justifie, certes, pour écarter les causes physiologiques de la souffrance, mais qui se solde parfois en une évacuation du patient vers la psychiatrie dès lors qu'il n'entre plus dans les schémas

¹ La parole des psychiatres est souvent mobilisée dans la presse pour « authentifier » la folie lors du récit d'un fait divers. « *Le raté de la société (le fait divers) est de très loin le premier motif de surgissement de la psychiatrie dans le journal* » (Tétu, 1993)

² On peut citer par exemple série américaine *Urgences*. La série donne une image des urgences hospitalières comme une scène où les médecins-héros sont confrontés à de spectaculaires blessures et traumatismes.

³ Voir la thèse de F. Danet (2006) à ce propos.

⁴ A part pour les troubles à l'ordre public où les psychiatres sont réquisitionnés pour un avis directement

d'interprétation clinique de la médecine somatique spécialisée⁵. Ainsi, certains patients pris en charge par la psychiatrie aux urgences constituent une forme de « reste » qui n'a pu être symbolisé, interprété, par les médecins somaticiens. Ce « reste » n'est rien d'autre, à notre avis, que ce qui constitue le réel et la singularité du patient que seuls semblent être en mesure d'accueillir les psychiatres et les psychologues, pour autant qu'ils fassent l'hypothèse de l'inconscient et/ou de la division du sujet⁶.

En un mot, il nous a rapidement semblé que la psychiatrie était, aux urgences, un domaine de la médecine, encore capable d'instaurer, avec les sujets accueillis, une relation thérapeutique qui prenne en compte la complexité et la part de dire de la demande des patients, en tant qu'ils sont des sujets parlants, en société et avec une histoire personnelle. Cette vision s'oppose à une pente prise par la médecine somatique à l'hôpital qui dépersonnalise la maladie, une maladie qui n'est plus « *perçue comme l'héritage de l'aventure individuelle d'un homme situé et daté, mais comme la faille anonyme d'une fonction ou d'un organe* »⁷. Autrement dit, et comme on va tenter de le montrer, la psychiatrie, aux urgences, préserve la relation thérapeutique en général de la menace de disparition de son efficacité symbolique.

Cela nous semble s'expliquer simplement par le fait qu'aux urgences, la psychiatrie est le domaine de la médecine où la communication constitue proprement la médiation du soin puisque, dans ses lieux, on y écoute et on y parle, c'est-à-dire qu'on laisse au sujet en détresse la possibilité de dire son symptôme à la fois à l'Autre institutionnel (l'hôpital incarné dans les divers acteurs du service et à travers les signes qui y circulent) et à l'Autre de la relation intersubjective (le psychiatre ou le psychologue à qui on raconte son histoire et ce qui y fait événement). Autrement dit encore, la prise en charge psychiatrique aux urgences ne fait rien d'autre que de permettre de faire passer à l'ordre du symbolique la part de réel du symptôme du patient, quel que soit ce symptôme, à travers divers processus de communication que nous voudrions détailler.

Il s'agit donc d'envisager l'urgence psychiatrique comme une structure de communication et de médiation, c'est-à-dire comme un espace composé de lieux dans lesquels se restaure, via l'échange langagier et/ou la production de discours, une forme de contrat social, c'est-à-dire une (ré)articulation entre les désirs de la subjectivité (représentés par la détresse et la

⁵ F. Danet (2006) montre qu'un patient porteur de polyopathologies ou d'une demande de soin confuse est peu « rentable » du point de vue de son orientation vers les services de médecine spécialisés d'aval de l'hôpital

⁶ Pour avoir assisté à des réunions de travail clinique, on sait que les psychiatres et psychologues du service se réfèrent à la psychanalyse.

⁷ Le Breton (1990, 2003)

demande⁸) et la nécessité de la reconnaissance sociale (pouvoir dire son symptôme, le traiter dans le symbolique).

Pour arriver à étayer cette hypothèse, ce travail va donc suivre deux parcours. D'une part, d'un point de vue théorique, il s'agit de rendre compte de la spécificité d'une approche de l'urgence psychiatrique en termes de communication. En d'autres termes, que nous apprend une telle analyse sur la psychiatrie d'urgence ? D'autre part, du point de vue des résultats de l'analyse, il s'agit de rendre compte des processus communicationnels à l'œuvre dans un espace spécifique de la société où s'interrogent en permanence la pratique médicale contemporaine et, plus largement, certaines dimensions du contrat social. En d'autres termes, que nous apprend l'urgence psychiatrique sur la place de la subjectivité dans la médecine et les institutions sanitaires ?

On aura peut-être compris notre orientation vers une conception sémiotique et psychanalytique du sujet de la communication. Ce choix n'est pas arbitraire et se justifie épistémologiquement et, en quelque sorte, politiquement.

La plupart des études de type ethnographique portant sur le milieu hospitalier se trouvent dans le champ de la microsociologie interactionniste. Ces études, tout en problématisant des phénomènes de communication, proposent une vision du sujet qui ne nous semble recouvrir que partiellement la réalité que nous voulons observer, à savoir la rencontre entre une *subjectivité* en crise et l'institution hospitalière. En effet, tout en gardant une grande pertinence pour l'analyse des jeux de rôles sociaux entre patients et soignants à l'hôpital, la sociologie interactionniste d'inspiration goffmanienne ne nous satisfait pas pleinement, en ce qu'elle décrit des sujets réduits à leur rôle d'acteurs sociaux en éludant la dimension psychique de leur existence. En d'autres termes, si nous voulons nous intéresser à une médiation singularité/sociabilité, nous ne pouvons nous contenter d'une théorie qui définit des acteurs au *moi épars, conjoncturel et fluctuant* au gré des situations d'interaction.

D'une manière générale, nous considérons l'identité du sujet comme divisée entre deux dimensions, singulière et collective, qui se réfèrent aux deux dimensions de la communication, intersubjective et sociale⁹. Bien plus que de servir à une hypothétique

⁸ Le terme pourrait paraître trivial, mais il a affaire pour nous avec la question du désir. Lacan indique que la demande est une métonymie du désir, c'est-à-dire un dire adressé (dans l'ordre symbolique) à l'autre mais qui concerne la singularité du sujet et qui nécessite donc d'être déchiffré, interprété, du fait de la perte générée par l'hétérogénéité entre l'ordre symbolique et celui du désir.

⁹ Lamizet (1992)

(inter)action, la communication permet au sujet – *a minima*, mais c'est déjà beaucoup car c'est un petit drame ou une gageure – de se *représenter* pour l'autre et pour les autres.

Ainsi, le sujet est pour nous, et en référence à la psychanalyse lacanienne, divisé *originellement* (il n'est plus question de conjoncture) par le langage, entre sujet de l'énoncé (le moi, sujet qui se représente dans la sociabilité) et sujet de l'énonciation (sujet de l'inconscient et du désir). Du coup, on considère la communication comme ce qui, paradoxalement, constitue le premier lien social (entrer en contact avec l'autre par le code) mais contient en même temps le désarroi du sujet face à ce qui ne peut se dire et constitue la singularité du sujet (le réel, le désir et au fond, l'inconscient qui est ce reste ressenti qui ne passe pas à l'ordre du symbolique). La souffrance présentée aux psychiatres des urgences n'est rien d'autre que l'image de la précarité de cette médiation entre *désir de lien*¹⁰ et irréductibilité de la singularité psychique.

On pourra reprocher à cette vision de la communication de se rabattre sur une problématique du rapport du sujet au langage. Mais, quand il s'agit de psychisme, le langage n'est-il pas le mode de rationalité et d'intelligibilité de la communication ? En outre, une telle vision n'exclut pas une prise en compte du discours et des signes collectifs, pleinement constitutifs des dimensions symboliques et imaginaires de la communication.

Au-delà, il y a une forme d'engagement politique à intégrer la question de la subjectivité dans la réflexion théorique sur les pratiques de santé, à l'heure où la médecine hospitalière cherche rentabilité et productivité, buts dont les moyens passent souvent par une économie de la prise en compte de la singularité des sujets, réduits à des actes médicaux, c'est-à-dire à des objets comptables.

La réflexion qui suit s'inscrit donc dans le champ des SIC¹¹ dans la mesure où elle tente « d'observer théoriquement » des faits et des processus de communication en s'armant d'un cadre théorique construit *ad hoc*, mais dont les éléments, tirés de diverses disciplines, sont cohérents entre eux¹² pour étudier la médiation subjectivité/sociabilité particulièrement donnée à voir dans la psychiatrie d'urgence.

¹⁰ Dans *Sémiotique de l'événement*, B. Lamizet indique que « la crise » (qui est un des motifs de recours aux urgences parmi d'autres) « révèle aux sujets de la sociabilité une forme de manque de sociabilité, c'est-à-dire l'expression d'un désir de lien », pp.231-232.

¹¹ Sciences de l'Information et de la Communication

¹² cf. Ollivier Bruno (2000). La cohérence tient ici au fait qu'il fallait combiner théorie de la communication fondée sur l'analyse du sens et théorie du sujet fondée sur une certaine conception du langage. Bernard Lamizet propose cette vision dans les SIC, mais, plus généralement, un croisement entre psychanalyse, sémiotique et anthropologie la constitue.

L'analyse des situations de communications dans l'urgence psychiatrique permet de distinguer des lieux de communication spécifiques dans l'espace du service (I). Une réflexion sur *l'articulation* de ces différents lieux amène à s'interroger sur la particularité de la relation thérapeutique entre patients de l'urgence et psychiatres ou psychologues (II).

I. Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique : éléments d'analyse

Nos observations quasi-participantes en milieu hospitalier, divers entretiens avec les personnels médicaux, l'étude des représentations associées à l'urgence psychiatrique à travers un corpus de presse locale, la rédaction de vignettes cliniques et d'un journal de bord nous ont permis d'analyser le service d'urgence comme un espace de communication composé de différents lieux. Pour distinguer les différents lieux de communication, nous avons séparé trois niveaux d'analyse.

1^{er} niveau : un espace fondamentalement structuré par des phénomènes d'information et de communication

Ce qui frappe le chercheur en SIC, c'est l'abondance d'objets analysables en termes de communication dans l'espace d'un service d'urgence médical d'abord, mais encore plus particulièrement quand la psychiatrie est amenée à intervenir. En effet, ce qui nous a poussé à distinguer des lieux de communication, c'est que l'activité de la psychiatrie d'urgence s'organise principalement autour d'une activité de circulation d'information, de discours et de signes, **autrement dit**, dans une activité de communication permanente.

Bien sûr, les gestes viennent parfois à la place de la parole, mais ils viennent surtout souligner un impossible ou un échec de la communication. Le geste est fonction négative de la communication. C'est ainsi, par exemple, que du côté des patients, le geste est venu à la place de la parole dans l'acte suicidaire. Du côté des soignants, la contention¹³ (mécanique ou chimique) peut faire suite à une impossibilité d'entrer en communication avec un patient en crise psychotique. Divers entretiens avec les infirmiers du service ont pu montrer que la parole et la communication, quand il s'agit de contention, sont toujours là en creux ou, *a minima*, comme horizon clinique qui guide la pratique.

¹³ Il faut prendre garde aux jugements hâtifs qu'on peut porter sur la contention. Elle signe certes une forme d'échec et d'impossible de la parole et de la médiation que ne peut plus apporter l'institution ; cependant, la contention est aussi un protocole clinique à mettre en rapport avec certaines pathologies psychotiques qui se traduisent par une sensation de morcellement du corps et dont la clinique consiste à apporter un cadre contenant, réel et symbolique (quand le relais est alors pris par la parole)

De manière plus positive, l'étude de la prise en charge psychiatrique aux urgences nécessite d'interroger la façon dont une certaine information circule en permanence autour du patient, notamment à travers les annotations des divers acteurs du soin sur le dossier médical. Ceux-ci détaillent, condensent et retranscrivent sur un même support leur propre discours, le discours du patient et les informations glanées dans l'entourage du patient (famille, pompiers, institutions qu'il fréquente).

Ensuite, à travers différents lieux (voir *infra*), des formes particulières de communication sont mises en œuvre, entre les soignants, entre les patients, entre les patients et les soignants, entre les soignants et l'institution.

Des représentations sociales de l'urgence psychiatrique, lisibles dans la presse, circulent aussi d'une certaine manière dans le service. Soignants et patients sont porteurs de ces représentations : elles concernent la légitimité de la souffrance aux urgences notamment et la façon, plus générale, dont l'institution et la société lisent la souffrance (la presse décrit par exemple les patients relevant de la psychiatrie ou en détresse sociale comme de « *faux malades* »).

Enfin, les impossibilités de la communication évoquées plus haut peuvent relever d'une analyse communicationnelle de l'urgence.

2^e niveau : *distinction des lieux en fonction du type de communication et du degré d'élaboration du sens qui s'y joue*

L'urgence psychiatrique se comporte donc comme une structure, comme un espace de communication, d'information et de représentation. Les processus de communication se jouent dans des lieux spécifiques caractérisés par le type d'énonciation qui s'y déroule. Dans le service d'urgence, le patient est invité à parler de lui et/ou on parle de lui. Ce sont deux modalités énonciatives de mise en discours du symptôme et de la détresse.

En effet, tantôt le patient est amené à parler de lui, à élaborer son histoire en récit, avec les autres patients¹⁴, avec les infirmiers dans la première formulation de sa demande, dans l'entretien avec le psychiatre. Ce sont *des lieux de communication intersubjective*. De l'arrivée du sujet dans le service à l'entretien avec le psychiatre, le sens s'est élaboré peu à peu, dans une trajectoire allant du premier mot posé sur l'angoisse et échangé avec l'infirmier d'accueil, à l'entretien avec le psychiatre où le patient se raconte, en passant par l'épreuve

¹⁴ Dans la salle d'attente, autour de la machine à café, autour d'une cigarette. Cf. Danet (2007)

spéculaire de l'échange avec les autres patients, déjà hospitalisés ou en attente de prise en charge, qui déambulent dans le service.

Tantôt on parle du patient. Le patient est entouré par un discours qui se construit autour de lui : dans le discours de presse (la presse régionale fait état de patients accueillis dans le service) ; dans le dossier médical (où infirmiers et médecins construisent, écrivent l'identité du patient selon les critères institutionnels) ; enfin, le psychiatre mène toujours une sorte d'enquête autour du patient par des coups de téléphones donnés vers les institutions de l'espace public (police, autres hôpitaux, services sociaux, familles...). C'est la mise en œuvre *d'une communication sociale, plurielle, collective*. C'est dans cette activité où les acteurs institutionnels construisent un discours sur le patient que celui-ci retrouve une identité et un statut dans l'espace de la sociabilité, reconnu comme malade ou souffrant. C'est là aussi que se construit une « trajectoire de soin » pour le patient.

L'urgence psychiatrique, faite de rencontre, de trajectoire, d'instauration de lieux où se déploient diverses formes de communication est, à notre avis, fondamentalement, une problématique de l'espace.

3^e niveau : la tripartition : réel, symbolique et imaginaire

Parce que la tripartition lacanienne peut définir toute structure de communication et de médiation, nous voyons un intérêt tout particulier à l'appliquer à l'urgence, d'autant qu'elle permet d'intégrer la question du psychisme. Il est intéressant de s'apercevoir, pour la suite, que les dimensions symboliques et imaginaires de l'urgence sont prégnantes par rapport au réel de l'urgence.

Le réel de l'urgence consisterait dans les conséquences de l'impossible de la communication, autrement dit la contention et l'agir médical. C'est le symptôme irréductible même à un *trognon de parole*¹⁵. Nos observations nous ont amené à constater la faible proportion de ces situations.

Il n'est sans doute plus nécessaire de détailler ici la dimension symbolique de l'urgence, c'est ce qu'on a évoqué plus haut concernant la mise en œuvre de la communication sur différents plans.

Enfin, l'urgence présente une dimension imaginaire importante. En effet, patients et soignants inscrivent parfois leur rapport dans une modalité imaginaire. Les acteurs de l'urgence n'hésitent pas à mobiliser l'*image* de l'hôpital pour une première mise en sens de l'événement

¹⁵ L'expression est de Lacan (1975, 2005). *Séminaire*, 23, *Le sinthome*.

qui amène le patient à l'hôpital. D'autre part, les patients, dans la difficulté d'exprimer leur symptôme, qu'il s'agisse d'une situation critique ou pas, « théâtralissent » leur souffrance. Cette forme de mise en scène¹⁶, qui peut parfois s'apparenter à une scène de tragédie antique, qui caractérise l'urgence est d'importance pour saisir l'efficacité symbolique mise en œuvre dans cette relation thérapeutique spécifique.

Alors qu'on distingue tous ces lieux de manière analytique en appliquant plusieurs grilles de lecture à l'espace du service, il est évident que cela n'apparaît pas comme tel pour les patients ni pour les acteurs du soin. Les patients et les soignants, dans une proximité permanente plus ou moins distendue (qui va du simple croisement qui « fait signe » dans le ballet de l'urgence à l'entretien clinique qui « fait événement »), construisent une médiation entre les différentes dimensions¹⁷ des lieux que nous avons évoqués. Il y a pourtant une constante : l'urgence articule une subjectivité et une institution¹⁸. Il semble qu'on retrouve là une forme de définition anthropologique de la relation thérapeutique qui noue, grâce à l'efficacité symbolique¹⁹ (la communication, le langage, le signifiant offert au patient), symptôme et place sociale.

II. La préservation des dimensions proprement anthropologique et communicationnelle de la relation thérapeutique

Les développements précédents ont décrit *analytiquement* les éléments communicationnels et psychologiques qui constituent l'urgence psychiatrique. Mais interpréter le fonctionnement de la psychiatrie d'urgence, c'est tenter d'*articuler* ces éléments entre eux.

C'est ici qu'intervient une autre dimension de l'urgence, qui peut paraître à première vue paradoxale. Il s'agit de l'attente. Si l'urgence psychiatrique se définit en termes de communication, elle se définit aussi par l'attente qui nous semble être le temps de l'élaboration symbolique et celui de l'amorçage des médiations que le sujet en détresse doit reconstruire.

Bernard Lamizet (2006) indique à ce propos que « *l'attente est la temporalité propre à la crise* », car elle est à la fois « *attente de la résolution de la crise* » et « *attente d'une*

¹⁶ Notons qu'on est encore dans une problématique de l'espace avec la *scène*.

¹⁷ Entre subjectivité et sociabilité ; entre réel et symbolique/imaginaire.

¹⁸ Concernant la crise suicidaire, Danet (2008, p.29) indique que « *tout l'enjeu de l'accueil de la crise suicidaire aux urgences est de faire bénéficier de soins comprenant un étayage institutionnel et des entretiens cliniques* ».

¹⁹ C. Lévi-Strauss (1958, 1990)

interprétation ou d'une signification nouvelle des événements qui la constituent ». Il nous semble bien en effet que le sujet orienté vers le psychiatre aux urgences est celui qui ne se satisfait pas des interprétations causales organiques des somaticiens et qui se plaint au-delà du symptôme visible et calibrable. Or, se plaindre au-delà de ce qui est réductible à la cause, c'est être *en attente* (en demande²⁰) d'une interprétation, d'une symbolisation de ce qui affecte le corps ou le psychisme. Il est remarquable de constater de ce point de vue que les patients sont patients, tout simplement parce qu'ils attendent une possibilité de dire et de mettre du sens, plus que de comprendre immédiatement par un diagnostic donné comme signifiant brut (c'est-à-dire non « croché » à un désir singulier). Au fond, ce qui est le plus attendu, c'est ce que permet la *relation* thérapeutique – une relation de communication, la reconnaissance d'une souffrance mise en récit – plus que le contenu du diagnostic. C'est ce que l'accueil de psychiatrie permet, nous semble-t-il, par les allers-retours entre rappel du symbolique et ouverture d'espaces d'expression de la subjectivité (les lieux détaillés précédemment).

En fait, l'urgence psychiatrique donne à voir des sujets en recherche du sens. Elle donne à voir des praticiens (représentants du collectif mais acceptant d'accueillir une singularité) qui tentent de restituer à la relation thérapeutique son efficacité symbolique (Lévi-Strauss, 1958). La psychiatrie, aux urgences, en permettant au sujet de raconter son histoire, rend à la médecine ce qu'elle néglige aujourd'hui dans ses dérives scientistes, à savoir « *le sujet et son histoire, son milieu social, son rapport au désir, à l'angoisse, à la mort, le sens et la maladie, pour ne considérer que le mécanisme corporel* » (Le Breton, 2003).

Comme l'a montré Lévi-Strauss (1958), une part non négligeable de l'efficacité d'une cure réside dans le fait que le malade ait la possibilité, par le récit (fait par le médecin, à la fois sujet et représentant institutionnel, ou le patient lui-même²¹), d'articuler dans l'ordre symbolique ce qui ne l'est pas et ne pourra pas l'être dans le réel²². Il s'agit de donner, grâce à des processus de communication et d'échange langagier, un équivalent symbolique de processus psychiques ou organiques « *informulés et informulables autrement* » et qui sont à la source de la souffrance.

²⁰ On joue sur l'équivoque du mot attente, mais il nous semble que le jeu de mot met bien en rapport la temporalité nécessaire à la (re)formulation symbolique et un désir (désir de reconnaissance, de lien).

²¹ Et on retrouve là nos deux dimensions de la communication et les lieux qui en découlent

²² « *L'efficacité symbolique consisterait précisément dans cette propriété inductrice que posséderaient, les uns par rapport aux autres, des structures formellement homologues pouvant s'édifier, avec des matériaux différents aux différents étages du vivant : processus organiques, psychisme inconscient, pensée réfléchie* » (Lévi-Strauss, 1958)

Au fond, la psychiatrie aux urgences préserve, dans l'espace de l'hôpital, ce qui fait le cœur anthropologique de la médecine. Sans modifier le réel, elle retisse des médiations entre des subjectivités et l'institution, représentante de la sociabilité. En invitant le patient à raconter son histoire – c'est l'essentiel des entretiens cliniques, les psychiatres se refusant souvent à établir un diagnostic ou à rédiger une ordonnance – elle rappelle que l'homme est un être de relations et de symboles. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les psychiatres des urgences ont aussi souvent une fonction que l'hôpital nomme de « *psychiatres de liaison* », c'est-à-dire intervenant ponctuellement dans des services de médecine somatique de spécialité (grands brûlés, traumatologie orthopédique...) auprès de sujets qui ont perdu, au fond, le sens de leur place à l'hôpital.

Conclusion : hôpital « entreprise » et hôpital « territoire de la communication ».

Au fond, la psychiatrie d'urgence dévoile, en creux, deux visions contradictoires mais coexistantes de l'hôpital.

D'un côté, ce qu'on peut nommer « l'hôpital entreprise » qui est né au gré de différentes réformes hospitalières et qui surfe sur une forme d'idéologie de la performance et de la rationalisation des tâches médicales. Ce modèle hospitalier, qui cherche à rendre les soins à la fois les moins coûteux et les plus performants possibles, implique une forme de productivité dans le soin qui exclut de manière presque automatique les patients qui ne correspondent pas aux critères de la rentabilité médicale²³ : pathologie unique pouvant être prise en charge dans un service de spécialité, possibilité de réduction et de traduction de la pathologie et de la demande du patient à un acte médical tarifé.

A l'intérieur de ce modèle, persiste (résiste, vient se loger) un hôpital dont une forme est donnée à voir dans l'urgence psychiatrique, un hôpital dont on pourrait dire qu'il est territoire du soin, certes, mais aussi territoire de la communication. Il s'agirait d'un hôpital médiateur, dont les acteurs parlent et écoutent pour entendre la nature du symptôme au-delà de sa réduction à un dysfonctionnement organique. Un hôpital qui entend, donc, un au-delà du symptôme dont l'expression vers l'institution cherche à condenser une représentation de soi (le symptôme est métaphore²⁴) et une quête de reconnaissance de sa propre souffrance. Dans

²³ Cf. Danet (2006).

²⁴ « *Le symptôme se résout tout entier dans une analyse du langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée. [...] Le symptôme est le signifiant d'un signifié refoulé par la conscience du sujet* » (Lacan, 1953)

cette articulation du symptôme au social, l'hôpital remplit pleinement sa fonction de médiation politique, de garant de la pérennité du contrat social.

Références

Danet, F. (2006). *La quête de professionnalisation de la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat en sociologie et psychologie, non publiée, Paris 7.

Danet, F. (2007). Fumer n'est pas jouer. Chronique d'une zone fumeur dans un service d'urgence. *Travailler*, 18.

Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. *Ecrits*. Paris : Seuil (éd. 1966).

Lamizet, B. (2006). *Sémiotique de l'événement*. Paris : Lavoisier.

Lamizet, B. (1992). *Les lieux de la communication*. Liège : Mardaga.

Le Breton, D. (1990). Médecine et médecins : d'une conception du corps à des conceptions de l'homme. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF (éd. 2003).

Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie structurale*. Paris : Presses Pocket (éd. 1990).

Ollivier, B. (2000). *Observer la communication. Naissance d'une interdiscipline*. Paris : CNRS éditions.

Tétu, J-F. (1993). Le psychiatre dans la presse : savant ou soignant ? *Psychiatrie Française*, 3, 54-68.