



HAL
open science

” Demandes décalées ” et ” patients-déchets ” aux urgences de l’hôpital, quelle articulation entre la clinique et le politique ?

Jérôme Thomas

► To cite this version:

Jérôme Thomas. ” Demandes décalées ” et ” patients-déchets ” aux urgences de l’hôpital, quelle articulation entre la clinique et le politique?. La santé, quel travail!? Santé et maladie, entre définitions savantes et pratiques professionnelles., Mar 2011, France. En ligne : http://www.msh.univ-nantes.fr/1308818581476/0/fiche____article/. halshs-00603157

HAL Id: halshs-00603157

<https://shs.hal.science/halshs-00603157>

Submitted on 24 Jun 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.

**« Demandes décalées » et « patients-déchets » aux urgences de l'hôpital,
quelle articulation entre la clinique et le politique ?**

Jérôme Thomas – Post-Doctorant en sciences de la communication
UMR 5206 « Triangle » (Lyon 2, CNRS, ENS Lyon)

Introduction : Fragment clinique, présentation du terrain, problématisation

Monsieur A. : l'archétype du « patient-déchet » et de la « demande décalée »

Monsieur A. est un sujet que nous avons rencontré le 22 septembre 2008 en compagnie d'une psychiatre intervenant dans le service d'urgence qui a constitué notre principal terrain d'enquête ethnographique auquel il sera ici fait référence.

Ce patient présente un certain nombre de caractéristiques de ce que certains soignants appellent une « *demande décalée* » ou d'un « *patient déchet* », assignations stigmatisantes sur lesquelles nous reviendrons pour tenter d'en expliciter *la triple logique sémiotique, psychique et sociale*.

Monsieur A. n'a pas eu recours de lui-même aux urgences puisque ce sont les pompiers qui, dans la nuit, l'y ont conduit, depuis la gare de la Part-Dieu où cet homme, âgé de trente-huit ans mais qui en paraît cinquante, errait, alcoolisé et fortement agité. Pour seuls bagages, il ne disposait que d'un grand sac plastique transparent dans lequel étaient jetés quelques vêtements en vrac. Accueilli prioritairement aux urgences, il est d'abord pris en charge, comme le veut la procédure d'accueil, par un médecin somaticien qui ne déclare aucune affection somatique, si ce ne sont les symptômes de son état d'ébriété avancé. Le patient est alors orienté vers une prise en charge psychiatrique. Le psychiatre de garde qui le rencontre ne peut s'entretenir avec lui car Monsieur A. est trop agité et semble parler une langue étrangère, peut-être de l'espagnol. Le patient est contenu dans son box, le temps du dégrisement.

Monsieur A. sera oublié durant la nuit et, après le changement d'équipe le matin, on entend des cris provenant d'un box. C'est Monsieur A. qui, en vociférant, exige qu'on le détache. La psychiatre avec qui nous travaillons ce matin-là s'en charge, et nous découvrons un patient en tenue d'hôpital – une blouse, sans pantalon –, contenu, plongé dans le noir, ayant réussi à déplacer son brancard. On a oublié Monsieur A., comme cela arrive parfois entre les relèves, pour certains patients indésirables. Il aurait dû être détaché plus tôt et recevoir son petit-déjeuner. La psychiatre remédie à la situation en ordonnant la levée de la contention et qu'on serve un café au patient.

C'est là le versant « *patient-déchet* » de Monsieur A. : oublié (refoulé) et mis à l'écart (séparé) après avoir présenté un faible intérêt médical, c'est-à-dire un aspect non interprétable, non insérable dans des catégories nosographiques pertinentes pour une prise en charge par une médecine scientifique et technique, comme les acteurs de la médecine d'urgence s'enorgueillissent parfois de la mener (somaticiens et infirmiers surtout, mais beaucoup moins les psychiatres qui ont une conception moins spectaculaire de l'urgence, plus orientée sur les dimensions subjectives de la crise dont les symptômes se manifestent dans

leur domaine parfois à bas bruit, sans effusion – idées suicidaires, était dépressif, souffrance au travail, etc.).

Mais Monsieur A. est aussi porteur d'une « *demande décalée* » qui va se déployer dans toute sa complexité lors de l'entretien avec la psychiatre. En effet, le patient présente un tableau clinique très difficile à accueillir par la médecine contemporaine et l'institution hospitalière d'aujourd'hui tant sont intriquées des problématiques diverses.

Monsieur A. présente d'abord des *signes de détresse psychique* qui justifient bien sa rencontre avec la psychiatre : il est angoissé par des pensées obsédantes depuis le récent décès de sa mère et a des idées suicidaires. Mais à cela s'ajoute une *situation sociale inquiétante car extrêmement précaire* : le patient est un gitan espagnol, rejeté de la communauté gitane catalane de Perpignan qui est son lieu de vie habituel ; on lui a volé sa caravane ; hébergé dans la caravane d'une amie de temps à autre, il en est régulièrement jeté ; il a un fils, en bas-âge, avec qui il n'a plus de contact, tout comme avec la mère de l'enfant ; il ne sait ni lire, ni écrire. Ensuite, il *témoigne d'assignations délétères* puisqu'il se désigne comme « *adulte handicapé* », signifiant directement extrait de la nomination par l'Autre social, faisant implicitement référence à l'allocation éponyme, et comme « *simple d'esprit* », où l'on comprend que pour lui l'insulte a fait nom, identité. Enfin, Monsieur A. formule une demande à la psychiatre : *il faut lui « trouver une maison »*. A cela, la psychiatre répond qu'elle n'est pas assistante sociale, mais qu'elle peut lui proposer une hospitalisation libre en psychiatrie comme solution de compromis entre le désir d'un toit et le traitement des idées suicidaires. Le patient s'y oppose, *il n'est « pas fou »*, dit-il...

La situation est en apparence inextricable¹ – si l'on considère le caractère composite de la souffrance en regard des attentes nosographiques rigides et des savoir-faire de la médecine contemporaine qui tendent à la segmentation du corps et du sujet en pathologies et déficiences localisées, à l'isolement diagnostic.

En fait, si Monsieur A. est un cas extrême, les patients qui lui ressemblent – *c'est-à-dire qui défient et font vaciller les possibilités d'accueil et d'interprétation du champ médical* – sont assez nombreux aux urgences. Les médecins et infirmiers, ainsi mis à mal dans leur identité de soignants, s'en défendent parfois en oubliant, en rejetant ou encore en produisant un discours dégradant à propos de ces patients. Ces discours prennent souvent la forme de métaphores excrémentielles.

Le champ sémantique du déchet et les métaphores excrémentielles pour décrire la vie du service et certains de ses patients

La vie du service d'urgence est traversée, de temps à autres, le plus souvent lors des situations redoutées d'engorgement (de « constipation » du service, pourrait-on dire...), par un discours, principalement mis en œuvre par les médecins somaticiens et les infirmiers, à connotation excrémentielle. En fait, les métaphores excrémentielles et le champ sémantique du déchet concernent tantôt l'activité du service, tantôt certains patients.

¹ Pour la solution de la prise en charge de Monsieur A., que nous ne développons pas ici, nous renvoyons au *fragment clinique 11* du journal ethnographique accompagnant de notre thèse, disponible en ligne : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/thomas_j

Pour la désignation du service, les deux métaphores² les plus récurrentes sont celles de la décharge ou de l'usine de recyclage/station d'épuration :

- « *ici c'est la poubelle* »³ ; « *la poubelle de N* »⁴ ; « *c'est le dépotoir* »
- « *tirer la chasse* », « *ventiler* », « *faire la vidange* »⁵, « *aller à la criée* »⁶
- Registre métaphorique de la dévoration/assimilation/ingestion qui s'accompagne d'une forme de dégoût, d'un inassimilable : « *il est pour les psychiatres celui-là : on n'a pas grand-chose à se mettre sous la dent* » ; « *elle m'a bien saoulée celle-là, il faut la virer à N2* »⁷ ou encore « *le somaticien n'avait pas de bifteck somatique à se mettre sous la dent* »⁸

Concernant la désignation des patients : ici les métaphores et les champs sémantiques mobilisés sont ceux de la merde, de l'excès, du déchet, du surplus :

- « *on se récupère les déchets que tout le monde refuse* » ou encore « *c'est un patient dont on ne sait plus quoi faire* »⁹
- « *patient inclassable* » ; « *patient encombrant* »
- « *Madame J. c'est Madame J.* » (la forme tautologique désigne bien le manque signifiant courant dans l'épreuve de nomination du déchet) ; « *c'est un boulet* »
- Dans sa thèse qui a porté sur la professionnalisation de la médecine d'urgence, François Danet, psychiatre qui a exercé dans le service enquêté, affirme: « *Les médecins spécialistes portent un regard très sévère sur les médecins urgentistes (...). Leur discours assimile ces médecins aux « daubes » et aux « merdes » que sont leurs patients, ce qui crée un clivage entre la médecine hospitalière de spécialité du côté de la culture et la médecine d'urgence du côté de la nature* »¹⁰.

D'une polarisation sur les patients-déchets, cas extrêmes, à une meilleure compréhension des formes différenciées de la clinique mises en œuvre aux urgences : brève présentation du terrain étudié

² On est bien ici dans le thème du colloque (duquel sont extraits ces actes) qui cherchait notamment à connaître et comprendre comment *se disent* les maladies et comment *se traduisent* les souffrances : la réponse ici apportée est : parfois, du côté des soignants, par des métaphores excrémentielles.

³ Les citations suivantes sont extraites de notre journal ethnographique.

⁴ Le service d'urgence dans lequel nous avons enquêté est le pavillon « N ».

⁵ Ces trois expressions sont régulièrement employées par les médecins pour désigner l'activité de tri et d'orientation des patients propre aux urgences qui consiste à vider régulièrement le service pour accueillir les nouvelles demandes et éviter les situations d'engorgement.

⁶ Expression utilisée par les médecins pour désigner la réunion où les médecins demandent des lits d'hospitalisation dans un service de post-urgence ou de spécialité de l'hôpital pour les patients qu'ils viennent de rencontrer. Il n'y a souvent pas de place pour toutes les prétentions d'hospitalisation, d'où l'aspect « enchère » de cette réunion, transformée en « criée » dans l'argot du service. Une sorte d'équivalence imaginaire et implicite (inconsciente ?) est ici établie entre patient et poisson *frais mais mort* (sorte d'état transitoire qui désigne spécifiquement, pour Kristeva, le déchet et l'abject – voir plus bas).

⁷ Propos de médecins somaticiens

⁸ Propos d'une psychiatre se plaignant qu'on lui donne la responsabilité (charge ?) d'un patient dont ses collègues somaticiens ne sont pas « friands » par manque de symptôme clairement identifiable.

⁹ Propos de psychiatres

¹⁰ DANET, François. *La quête de professionnalisation dans la médecine d'urgence*. Thèse de doctorat : Paris 7, 2006, p.438.

C'est parfois en observant les pratiques qui se développent et se mettent en place autour de cas extrêmes et problématiques qu'on arrive à mieux comprendre, comme à travers un effet de loupe, ce qui se passe à bas bruit, dans la banalité du quotidien des services d'urgence quant à la mise en œuvre de la clinique et aux formes d'expression et d'identification modernes de la souffrance.

Avant d'exposer avec précision les problématiques que je souhaite soulever à partir des considérations descriptives précédentes, nous proposons une brève présentation de notre terrain d'enquête.

Il faut commencer par dire quelles sont les caractéristiques de l'accueil de la détresse aux urgences médicales et psychiatriques de l'hôpital général. Dans l'hôpital où nous avons mené notre enquête, *les urgences chirurgicales et médicales sont séparées* en deux pavillons distincts. Ainsi, les urgences accueillies dans le pavillon que nous avons fréquenté sont en quelque sorte des urgences par « défaut », soit toutes celles qui ne nécessitent pas une intervention chirurgicale immédiate. Cela a son importance car ces urgences se présentent ainsi comme le « *reste* » d'une médecine technique et, *en même temps*, comme un lieu où l'on accueille des demandes, soit une formulation des symptômes qui ne sont pas aussi immédiatement lisibles qu'une blessure, qu'une fracture. Autrement dit, ces urgences dites « médicales et psychiatriques » *exigent une médecine relationnelle*, soit qui passe un minimum par une clinique de la parole, de la rencontre, de l'entretien médical, même si des actes techniques peuvent éventuellement être nécessaires¹¹. Les médecins ne peuvent travailler sans que la souffrance ait été dite, sans que la parole du patient et l'écoute du médecin aient été mises en œuvre. C'est précisément sur ces points, du dire et de l'interprétation la souffrance, et de leurs différentes modulations, que porte notre travail.

Du fait de ce cette *médecine du reste*, les urgences accueillent une population à la fois bigarrée et spécifique dans le composite original qu'elle forme. A côté des patients qui nécessitent une intervention somatique rapide (réanimation, examens biologiques, pansements, etc.), il existe une foule de sujets qui présentent une souffrance souvent peu localisée, multiforme, témoignant d'un mal-être généralisé qui a des répercussions dans le corps et dans la vie psychique. Il s'agit d'une population précaire dont Monsieur A. en est un exemple. Mais il n'y pas que des clochards : dans la salle d'attente, se côtoient et se rencontrent des personnes âgées démentes, isolées, des sujets suicidaires, dépressifs, abîmés par le travail, des handicapés, etc., qui poussent régulièrement la presse locale et les soignants du service à caractériser le pavillon de « *Cour des Miracles* »¹². L'image a un caractère de vraisemblance, mais elle est trop forte car elle masque des recours plus classiques pour des consultations simples, de patients peu fortunés ou inquiets qui amènent ce que les soignants appellent de la « *bobologie* », relevant plutôt de la médecine générale en cabinet. Notons tout de même combien ce terme, « *bobologie* », fait fi, en le dénigrant, de l'effet de perte du sens

¹¹ Il n'est ainsi pas toujours facile de distinguer, dans l'expression des symptômes par le patient un infarctus d'une crise d'angoisse, à partir d'une sensation de serrement dans la poitrine.

¹² THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMEYER H. (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010. Coll. « Communication, santé, social ». Pages 117-132.

que le symptôme opère chez tout sujet qui est aussi, aux urgences, en attente de signification sur le malheur, petit ou grand, qui l'étreint.

Dans cet univers de la médecine de la précarité (somatique, psychique, sociale), des psychiatres interviennent et prennent en charge, quand il ne s'agit pas d'une pathologie psychiatrique caractérisée, le « *reste du reste* » ; nous le verrons. C'est sans doute à partir de ce sentiment de l'accueil du résidu (social, de la médecine) que s'enracine la représentation de ces patients comme « *patients-déchets* ».

Problématisation : dire, traduire, se faire entendre dans le champ médical : des dimensions éthiques et politiques de la clinique face à des symptômes et souffrances innommables

Que nous enseignent les « *patients-déchets* » et les « *demandes décalées* » de la manière dont se *disent* et se *traduisent* les maladies et les symptômes dans la société contemporaine ? Selon une perspective de sémiotique politique qui est la nôtre, il faut sans doute se questionner sur la nature du symptôme et de la maladie qui, même s'ils sont physiologiques, sont aussi toujours porteurs d'une signification, à la fois singulière et politique. Qu'est-ce que le sujet souffrant (ou le « malade ») d'une part, et qu'est-ce que le médecin (ou le soignant) d'autre part, font de cette dimension signifiante du symptôme ? Il s'agit là d'une question proprement sémiotique puisqu'elle concerne les notions de signification et d'interprétation (que veut dire *ce* symptôme, *mon* symptôme ?) et d'énonciation (comment dire, traduire ce symptôme, *dans la langue de la médecine, dans ma langue* ?). Les « *patients-déchets* » interrogent de manière cruciale et brûlante ces dimensions puisqu'ils présentent une souffrance proprement innommable : c'est-à-dire qui n'a pas de signifiant disponible dans la langue médicale contemporaine et qui fait trou dans le sens, qui prend le statut d'événement réel (comme dirait B. Lamizet¹³), pour le patient.

La question posée est celle de l'*énonciation* de la maladie mais aussi celle du statut *de la parole, de la communication et de la vérité* à l'hôpital aujourd'hui. Nous proposons d'éclairer cela à partir de l'effet de sidération et de mutisme provoqué chez certains soignants par la rencontre avec des « *patients-déchets* ». Il faut jouer sur l'équivoque des termes : *dire et traduire la maladie est autant la tâche et l'œuvre du patient que celles du médecin*. Cette *épreuve de l'énonciation du symptôme* (pour le subjectiver du côté du patient, lui trouver une vérité singulière ; pour le catégoriser et mettre en œuvre le soin du côté du soignant, lui trouver une vérité scientifique médicale ; pour l'interpréter, en tous cas, des deux côtés) interroge la place de la communication et de la parole dans la clinique contemporaine.

Dans ce contexte, on peut formuler et articuler plusieurs problématiques :

- Que penser de l'hétérogénéité et de la divergence croissantes entre les systèmes symboliques visant à exprimer le symptôme (patients et leur parole) et ceux visant à l'interpréter (médecins, « attentes nosographiques ») ? Cette hétérogénéité, qui nous paraît aujourd'hui évidente dans le cadre d'une médecine de plus en plus scientifique, ne l'a pas toujours été et ne l'est pas partout : c'est ce que nous apprennent les

¹³ LAMIZET, Bernard. *Sémiotique de l'événement*. Hermès sciences Lavoisier, 2006. Coll. « Formes et sens ».

anthropologues (Laplantine, Le Breton, Lévi-Strauss) avec la notion d'efficacité symbolique, notamment.

- Dans quelle mesure les « *patients-déchets* » nous apprennent-ils que la désignation du symptôme et de la maladie appartient plus aujourd'hui aux acteurs de l'institution médicale qu'aux sujets concernés par ces symptômes ? Que penser du clivage de la sémiologie médicale aux urgences qui tantôt est hyper-techniciste quand il s'agit de décrire les affections somatiques et qui tantôt a recours à des désignations triviales (« *il décartonne* », « *il est barjo* »¹⁴) pour désigner des patients en souffrance psychique ou psycho-sociale ? Comment se situe la psychiatrie (ses discours, sa clinique et ses acteurs) dans ce contexte ?
- Plus globalement, les transformations de la clinique ne nous interpellent-elles pas sur le fait que l'hôpital présenterait le danger de perdre sa dimension de médiation sociale et politique qui se traduit, quand elle est assurée, à la fois dans l'accueil de souffrances quelles qu'elles soient et dans sa fonction de socialisation du symptôme et de reconstruction de la médiation perdue entre le patient et son symptôme ?

Notre réflexion suivra un parcours en quatre points qui, à partir de la question des « *patients-déchets* », tentera de comprendre quelles sont les différentes manières d'entrevoir la médiation entre la clinique et le politique dans les faits qui se déroulent aux urgences de l'hôpital.

La dialectique entre la clinique et le politique aux urgences de l'hôpital

1. Demandes sociales et réponses médicales : une articulation possible ?

Ce qui est nommé par les soignants « *demandes décalées* » présente plusieurs caractéristiques, qui peuvent se manifester seules ou s'accumuler chez un même patient. Le critère principal qui détermine la désignation d'un recours comme « *demande décalée* » concerne un patient dans la précarité qui amène une formulation de sa souffrance incongrue et qui nourrit des attentes vis-à-vis de l'institution hospitalière inimaginables par les soignants. Pensons à Monsieur A. qui exige qu'on lui trouve un toit, ou encore à ce patient qui amena ses fiches de paie pour qu'on l'aide à trouver un logement, ou encore à cette jeune fille qui, après s'être à peine entaillée le poignet, sans gravité, prétexta une tentative de suicide pour être reçue quelques jours aux urgences, le temps que son père, en court séjour dans le foyer familial, « *retourne au bled* »¹⁵.

Les « *demandes décalées* » peuvent aussi revêtir une autre forme. Ce sont toutes ces demandes qui sont considérées sans gravité par les soignants et agents administratifs d'accueil et qui pourtant sont marqués du sceau de l'urgence par les patients. Ici, la demande est « *décalée* » dans le sens où une distance, un décalage s'introduit entre la signification de l'urgence par le corps médical et cette même signification par chaque sujet singulier qui fait

¹⁴ Propos de médecins somaticiens, extraits du journal ethnographique.

¹⁵ Situations extraites de l'enquête ethnographique.

une expérience réelle, dans un premier temps impartageable, de la douleur et du malheur. En ce sens, et nous développerons cela plus bas, l'urgence est un signifiant flottant (Saussure, Lévi-Strauss) : les acteurs du soin, en fonction de leur métier, mettent plus ou moins en œuvre la flottance de ce signifiant.

Ce que ces situations et demandes particulières révèlent, c'est que, pour les patients, il y a toujours, dans le recours aux urgences, bien sûr un recours à la médecine, en même temps qu'il y a un recours à une *institution*, à une représentation, voire une incarnation, du collectif. Les médecins, à parfois trop se concentrer sur les aspects techniques de leur activité, en oublient qu'ils mènent leur pratique dans un environnement institutionnel traversé de signes et d'imaginaire, installant l'hôpital comme un agent de médiation politique et sociale.

Ainsi, témoigner de fortes angoisses, d'idées suicidaires et amener ses fiches de paye aux urgences, c'est seulement une demande décalée pour les soignants. Pour le patient, elle a tout son sens, et d'abord, avant la demande de soin, celui de demande de reconnaissance par le collectif, quand la médiation entre identité singulière et identité collective s'est rompue au gré d'un événement malheureux qui donne le sentiment d'un isolement radical. D'une certaine manière, les « *patients-déchets* » réveillent l'institution hospitalière en la rappelant à son rôle institutionnel de garante de la pérennité du contrat social, de la possibilité d'exister dans le collectif malgré une singularité qui se manifeste dans la crise psychique et met soudainement hors du lien à l'autre.

Avant toute promesse de guérison, le patient, aux urgences, se situe dans un temps suspendu, imaginaire, dans une attente de signification. Marc Augé et Claudine Herzlich ont bien détaillé ce point dans leurs contributions à l'ouvrage *Le sens du mal*¹⁶.

Marc Augé parle de la maladie comme « *forme élémentaire de l'événement* ». Il signale par là combien l'irruption d'un symptôme, d'une blessure, d'un malaise, constitue pour le sujet un trou dans le sens de son existence. C'est toujours un événement réel, parce qu'il se produit dans le corps (même quand il s'agit de l'angoisse, qui est un affect) et que le sujet ne peut le mettre immédiatement dans une série signifiante des événements et sensations déjà vécues antérieurement. Dans l'urgence, c'est cette absence de médiation symbolique entre un fait passé et le surgissement d'un fait au présent qui est amenée, c'est donc une attente d'interprétation que le malade, le sujet souffrant, n'est pas en mesure de produire seul. Il a besoin d'un autre, qui dispose de significations sur la maladie, pour socialiser son trouble, lui proposer une interprétation dont il se saisira, contribuant ainsi à l'allègement du sentiment de l'urgence. On voit ici que l'urgence est toujours relative au sujet qui la porte et à la société qui la considère, puisqu'elle se manifeste quand une absence de signification subjective ou collective apparaît, quand un signifiant manque au sujet pour faire entrer *cahin-caha* la manifestation somatique ou l'affect dans le champ du symbolique, du partageable, de l'identifiable. En se logeant sous le signifiant de l'urgence, par métonymie, le patient peut se déplacer sous celui de « malade » qui lui donne une place parmi les autres malgré l'étrangeté inaugurale de son symptôme innommable.

¹⁶ AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine (dir.). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* [1984]. Edition des archives contemporaines, 1986. Coll. « Ordres sociaux ».

Claudine Herzlich parle quant à elle de maladie comme « *signifiant social* ». Elle explique par cette expression combien la maladie est toujours un support d'expression du sujet vers le collectif (une demande au collectif) et, en même temps, comment le symptôme est souvent entrevu et rationalisé par le sujet souffrant comme ayant une cause sociale, ce qui correspond à sa façon de le mettre en sens dans un premier temps. C'est bien cela que viennent montrer aux urgences les « *patients-déchets* » avec leurs « *demandes décalées* » : ils esquissent, afin qu'elle soit reconnue et consolidée, la possibilité d'une continuité symbolique (et non causale) entre expérience subjective et/ou corporelle de la souffrance, symptôme comme moyen d'expression (*métaphore*, selon Lacan et Sontag), et institution et société (demande de reconnaissance dans un lieu particulier de l'espace public).

On voit ici comment se noue le rapport entre clinique et politique aux urgences puisque l'institution est en demeure de faire un choix en décidant, dans l'accueil de patients, de la place qu'elle veut faire à la dimension de signification sociale, de demande de reconnaissance et de désir de lien contenus dans toute présentation d'un symptôme (équivalent du transfert en psychanalyse, ici diffracté en deux direction : vers le psychiatre comme petit autre et vers l'institution comme grand Autre¹⁷).

2. *D'une clinique contrainte par le politique à une clinique résistante*

Une autre façon d'interpréter les interférences et les articulations entre la clinique et le politique aux urgences se situe dans la manière dont les soignants subissent, de manière différenciée, les contraintes des mutations contemporaines des politiques de santé publique.

Nous avons observé que la médecine somatique se rendait plutôt docile à ces contraintes tandis que la psychiatrie tentait d'y résister. On pourrait expliquer cette divergence d'attitude selon un grand nombre de critères (logiques de légitimité et de distinction dans le champ hospitalo-universitaire, tentative actuelle de faire de la médecine d'urgence somatique une spécialité médicale et de la pousser vers davantage de technicité, impact des nécessités économiques de redresser les comptes de l'assurance maladie, etc.).

On retiendra que les nouvelles politiques de santé publique, qui exigent des hôpitaux qu'ils soient rentables, ont eu pour conséquence de rigidifier l'accueil du patient en produisant des fortes exigences, notamment aux urgences, en termes de sémiologie médicale. L'idée est qu'on rendra l'hôpital plus performant en termes d'efficacité des soins et d'équilibre des finances publiques en segmentant au maximum le corps du patient pour optimiser son orientation vers des services de spécialité d'aval de l'hôpital qui traitent non pas d'une souffrance globale d'un sujet, mais du dysfonctionnement d'un organe en particulier. Cette méthode de la segmentation permet, en même temps, de fragmenter les actes médicaux, de les tarifier et d'envisager, de manière presque automatique, des durées-types d'hospitalisation.

Si cela a sans doute son efficacité pour l'accueil de souffrances localisées et caractérisées, cela est cependant fort problématique dans l'accueil d'urgence où, comme on l'a vu, la souffrance exprimée répond rarement à un seul dysfonctionnement organique immédiatement identifiable, mais à une série de problèmes « psycho-socio-somatiques ».

¹⁷ Ces distinctions des figures de l'altérité sont empruntées à Lacan.

Même plus, et comme le montre Monsieur A., les sujets précarisés des urgences qui se trouvent dans des situations d'aliénation et d'assignation, exigent qu'un peu de flottement soit introduit dans ce qui les identifie et les fait souffrir. Le patient, assigné au signifiant « *d'adulte handicapé* », comme Monsieur A. qui se nomme ainsi, n'attend pas de la médecine, de l'institution hospitalière, qu'elle remplace ce signifiant seul et rigide qui le désigne par un autre de la médecine scientifique, tout aussi univoque et rigide, même s'il est d'un autre registre. On voit bien d'ailleurs, comment Monsieur A. s'en défend en refusant d'être « *alcoolique* », « *dépressif* » ou « *fou* ».

En fait, le patient met en place une sorte de jeu car il produit une demande impossible à l'hôpital (« *je veux une maison* ») pour dire, de manière latente, qu'il refuse l'assignation, la langue trop rigide de la médecine. Il interpelle l'hôpital sur ses difficultés actuelles à produire du sens sur la souffrance, à accueillir la parole souffrante, il le rappelle à sa fonction de médiation (sociale, politique). Face à l'hôpital, le patient formule l'attente d'un échange qui puisse se produire dans une langue commune ou qui puisse prendre en charge la complexité d'une énonciation qui cherche à produire un discours sur une souffrance innommable, multiforme.

Face à cette demande spécifique aux urgences, médecins somaticiens et psychiatres ne réagissent pas de la même manière.

Les premiers, absorbés par l'obsession du tri des patients et pétris de représentations imaginaires sur la médecine technicienne et scientifique sont interrogés dans leur identité par ces demandes décalées. La réaction la plus courante¹⁸, quand une demande n'est pas traductible dans la nouvelle langue de l'hôpital, c'est de renvoyer le patient au psychiatre, considéré comme le spécialiste du non-sens et de la bizarrerie. Or, ces demandes ne sont du non-sens que du point de vue des attentes nosographiques tarifables parce que segmentées. En quelque sorte, les patients interrogent le statut de la vérité dans le champ de la médecine. En faisant vaciller la vérité médicale, ils sont orientés vers les psychiatres.

Les psychiatres ont une autre attitude clinique que nous avons nommée dans nos travaux *la mise en œuvre de la flottance*. Nous avons forgé cette notion de flottance à partir de la notion de flottement du signifiant sur le signifié chez Saussure¹⁹ et de celle de « *signifiant zéro* » ou « *flottant* » chez Lévi-Strauss²⁰. Les signifiants flottants sont ceux qui, dans chaque langue et donc dans chaque société, viennent prendre en charge la limite du symbolique à pouvoir tout dire. Ils en sont le révélateur et la solution à la fois. Ce sont des signifiants reconnus par et à l'usage du collectif pour dire ce qui manque de signification, ce qui fait trou dans le sens pour le sujet singulier et/ou pour le collectif. La science moderne, nous dit Lévi-Strauss, se refuse à accepter qu'il y ait des défauts de péréquation du signifiant et du signifié, ce qu'acceptent pourtant d'autres sociétés moins pénétrées par l'idéologie positiviste. Les

¹⁸ L'autre réaction étant de renvoyer ces patients au statut de déchets par les procédés sémantiques que nous avons plus haut évoqués.

¹⁹ DE SAUSSURE, Ferdinand. *Cours de linguistique générale* [1916]. Paris : Payot, 1982. Dans le chapitre sur la « valeur du signe linguistique », Saussure représente cela par deux séries de vagues représentant la surface phonique, d'une part, et la pensée, d'autre part qui « attendent » le système de différence de la langue pour se découper et se déterminer l'un l'autre.

²⁰ In LÉVI-STRAUSS, Claude. « Introduction à l'œuvre de Marcel Mauss ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige ». IX-LII.

« *patients-déchets* » indiquent à la médecine scientifique que les signifiants rigides qu'elle a constitués ne suffisent pas à enserrer les manifestations symptomatiques diverses et confuses de ce qui sera alors nommé « *demandes-décalées* ».

Notre idée est que les psychiatres, dans la mise en œuvre de la clinique, *acceptent de faire de l'urgence un signifiant flottant*. La clinique psychiatrique laisse flotter le signifiant de l'urgence²¹ pour que le patient le charge d'un signifié qui lui appartienne et mette alors fin à la logique de l'assignation aliénante, en remettant en route la dynamique du rapport du sujet au langage voulant que, selon Lacan « *le signifiant représente le sujet pour un autre signifiant* »²². En n'attendant pas que le patient exprime son symptôme dans la langue de l'hôpital, mais qu'il qualifie, dans une parole singulière, ce qui justifie sa présence aux urgences, les psychiatres introduisent une forme de souplesse dans l'accueil de la détresse et donc la possibilité de satisfaire à l'attente de reconnaissance sociale contenue dans le recours / la forme d'expression « *défiante* » du symptôme.

En procédant ainsi, et en usant d'un signifiant assez flottant en même temps qu'il a une forte valeur collective, le sujet se retrouve dans la possibilité d'exprimer son trouble et de lui donner du sens pour lui-même et pour un autre – le psychiatre – qui représente à la fois un interlocuteur intersubjectif et le collectif (à la manière du coryphée dans la tragédie antique). Les psychiatres sont alors dans une pratique *clinique « résistante »* par rapport aux attentes de cotations et d'identification économique-administratives des symptômes. Il ne s'agit en effet pas d'identifier des symptômes pour les mettre au service d'une orientation ou d'une prise en charge efficace, mais de permettre au patient de reconstruire une médiation entre son symptôme et lui-même, lui autoriser qu'il se l'approprie singulièrement. Cet usage de la flottance illustre bien ce que doit être l'enjeu de la traduction de la souffrance car comme nous le dit le Petit Robert, traduire consiste à « *tendre à l'équivalence sémantique et expressive de deux énoncés* ». Tendre à l'équivalence est en effet différent d'identifier deux termes et ce qui est encore plus inquiétant le mot (diagnostic) et la chose (l'affect).

Il faut accepter une forme de flottement dans l'expression du symptôme pour qu'elle ait *une traductibilité dans le système symbolique du patient et dans celui du médecin qui sont aujourd'hui de plus en plus hétérogènes* : c'est ce qui est au principe de l'efficacité symbolique bien décrite par C. Lévi-Strauss et D. Le Breton²³. Dans le cas bien connu, évoquée par Lévi-Strauss, de la parturiente et du chaman, le chaman énonce un mythe *qui vaut pour la communauté* et qui, *en même temps*, s'adapte, parce que *le chaman assouplit le mythe*, dans une série d'équivalences symboliques, aux difficultés et souffrances de la patiente.

Avec Hector, on a un exemple d'une lecture flottante de ce qui aurait pu être, sans cette lecture, un « *patient-déchet* » ou une « *demande décalée* ». Hector arrive aux urgences

²¹ Selon une logique récurrente dans l'accueil du patient où le psychiatre inaugure son entretien en posant toujours la même question, ouverte : « alors, qu'est-ce qui vous amène aux urgences ». Le psychiatre s'ouvre à la surprise de ce que peut signifier l'urgence pour tel patient, sans en surimposer le sens comme peuvent le faire somaticiens ou infirmiers en qualifiant de « *bobologie* » des recours pour eux trop distants de la médecine de crise.

²² LACAN, Jacques. *Ecrits* [1966]. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien », p.840.

²³ LE BRETON, David. « Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique ». In *Diogène*. 1991, n°153. Paris : Gallimard. Pages 92-107.

en se plaignant de maux d'estomac suite à l'absorption d'une petite quantité de produit ménager. L'examen rapide de l'infirmier d'accueil minimise la gravité de l'intoxication et on annonce au patient qu'il sera pris en charge dans plus de cinq heures. Hector est embêté car il voudrait qu'on le reçoive vite parce qu'il souffre et qu'il ne voudrait pas manquer un match de football qui doit avoir lieu dans le temps de l'attente annoncée... Il décide de s'inscrire administrativement mais de retourner chez lui voir le match et de revenir si les douleurs persistent. Il reviendra et sera reçu après le délai qu'on lui avait effectivement indiqué. Rencontré par un somaticien, il aura un léger traitement pour son estomac. Cependant, comme le médecin lui trouve un comportement bizarre, il est orienté vers un psychiatre. Le psychiatre le reçoit et suscite sa parole autour de la plainte somatique initiale. *Par association et métonymie – la flottance autorisée –*, Hector dévoilera qu'il ne se sent pas bien en ce moment, traversé par des angoisses et un sentiment de persécution. Le psychiatre perçoit qu'il s'agit d'un patient psychotique en crise. La solution classique serait l'hospitalisation, mais elle choisit de réorienter le patient vers son CMP, *assouplissant le protocole d'urgence* en ayant pris en considération *l'usage qu'Hector avait fait du service d'urgence* (de sa temporalité notamment), en pointillé et aller-retour, *signes et métaphore* d'un rapport spécifique et singulier à l'institution, à respecter. Le CMP est en effet la structure institutionnelle qui permet d'avoir un pied dans l'institution et un autre « au-dehors ». D'une demande décalée (un mal d'estomac « prétexte ») la psychiatre a autorisé la traduction et la reconnaissance de l'expression singulière d'une souffrance.

3. *Cohabitation de la médecine relationnelle et de la médecine scientifique aux urgences : les urgences comme laboratoire politique*

Les urgences se comportent comme un observatoire précieux des enjeux qui traversent l'hôpital contemporain : ce qui s'uniformise dans d'autres lieux de l'hôpital est réactualisé sous forme de conflits ou de compromis dans l'espace des urgences. Le cas des « *patients-déchets* » éclaire bien cela.

On pourrait dire que les « *demandes décalées* » mettent l'hôpital contemporain face à un véritable choix politique sur le type d'institution qu'il souhaite être.

Soit l'hôpital se considère comme une *institution* équivalente dans ses missions générales à toutes celles qui construisent l'espace public et garantissent la pérennité du contrat social.

Soit, l'hôpital suit le *modèle entrepreneurial* et poursuit des objectifs de rentabilité économique et de recherche scientifique et il est ainsi contraint de promouvoir une clinique plus rigide qui évacue les dimensions relationnelles, sociales et communicationnelles de la médecine, par essence non quantifiables ni mesurables, c'est-à-dire non convertissable en quelque forme de rentabilité. Ce serait alors paradoxalement à la médecine générale de ville, privée, de recevoir le résidu de la médecine scientifique et technique qui se déploie dans les C.H.U.

Bon nombre de services hospitaliers ont réussi à évacuer les patients résiduels : dans une certaine mesure, même l'hôpital psychiatrique, en s'appuyant sur les découvertes

neurobiologiques et cognitivistes, parvient à s'affranchir d'une clinique par la parole et de l'exercice d'une médecine sociale qu'il a pourtant longtemps toujours assumé, avec les conséquences aliénante qu'il a pu aussi connaître (Foucault).

Aux urgences, parce que la médecine somatique et la psychiatrie interviennent conjointement et parce qu'on ne peut refuser l'accueil d'aucun patient *a priori* à partir du moment où il dit souffrir, ces transformations ont du mal à s'installer. On peut l'observer dans les conflits récurrents qui opposent somaticiens et psychiatres, sur le statut de la vérité médicale (vérité scientifique pour le somaticien ; vérité subjective pour le psychiatre). Les moments où les somaticiens demandent aux psychiatres de dire si un patient « *simule* » sont souvent l'occasion de scènes de conflits qui montrent que médecine scientifique et relationnelle cherchent à trouver leur place respective aux urgences. *En cela l'espace du service d'urgence forme un laboratoire politique dans le sens où se cherchent en permanence un ajustement entre les deux types de rapport à la souffrance et au symptôme.*

Le « *dossier médical d'urgence* »²⁴ rempli par tous les soignants rend bien compte de cette lutte et de cette recherche de compromis permanent où les uns, en se laissant guider par la logique informatique appuyée sur les nécessités administratives, *comptent des actes et cochent des cases diagnostiques*, tandis que les autres s'en plaignent et font *le récit des entretiens* avec les patients dans l'item « *observations complémentaires* ». D'un côté, donc, l'identification de la souffrance à un signifiant univoque sans reste (case), de l'autre le récit qui tente de symboliser, de manière plus ou moins flottante, une forme de reste (complément, surplus, qui sont des formes d'incarnation irréductible de la singularité d'un sujet qui n'est pas qu'objet d'étude de médecine).

4. Les « patients-déchets » : une question d'éthique de la médecine et l'interrogation du rôle social et politique de l'hôpital incarné aux urgences

Les « *demandes décalées* » deviennent des « *patients-déchets* » à partir du moment où ce qui est considéré comme *résidu de la médecine* – dans une logique scientifique – prend la dimension ou le *statut de mauvais objet* – dans un logique psychosociale défensive cette fois.

On pourrait dire que le résidu est ce qui résiste à l'interprétation, mais qui a quand même permis *en partie* l'opération de traduction de l'expression du symptôme en une possibilité d'action et de décision médicale. C'est ce qui se passe en fait pour la plupart des patients dans un service comme celui où nous avons enquêté.

Désigner le patient dans des métaphores du déchet, c'est adopter une posture défensive vis-à-vis d'un patient qui fait vaciller, *dans son ensemble*, le système symbolique employé par les médecins pour interpréter la souffrance et soigner la maladie. C'est le patient inclassable qui vient interroger le médecin dans son identité dès lors qu'il s'attache trop à une définition

²⁴ Il s'agit d'une interface informatique complétée par tous les soignants (médecins, infirmiers) à chaque rencontre du patient identifié par un numéro d'entrée (correspondant à un code barre reporté sur un bracelet qu'il porte au poignet tout le long de sa prise en charge).

de son métier comme nomenclateur²⁵. Comme l'ont bien montré Julia Kristeva²⁶ et Dominique Lhuilier²⁷, le déchet est proprement ce qui vient interroger le sujet sur son identité, sur les limites de son identité, précisément parce que le déchet, du fait de son *statut transitoire* – non assignable immédiatement donc –, brouille la notion-même de limite. Le propre du déchet ou de la merde, nous dit Kristeva, c'est d'être l'extrait d'une manifestation de vie tout en étant déjà mort. Les « *patients-déchets* », s'inscrivant dans un lieu transitoire, frontière (à la limite du social, à la limite des possibilités d'accueil de la médecine) qui caractérise bien les urgences, s'introduisent bien dans un tel imaginaire défensif chez certains soignants désarçonnés par l'énigme de telle ou telle demande.

Même si l'on peut expliquer ces désignations, ça ne les excuse pas et cela doit interroger sur l'enjeu éthique et politique que cela soulève, notamment quand le patient identifié comme déchet est relégué à la psychiatrie, la renvoyant alors implicitement à son rôle historique, bien décrit par Foucault²⁸, de prise en charge des indigents, fous et marginaux.

Face à ce spectre toujours présent de médicalisation et de psychiatisation de la précarité et de la marginalité sociales, mais, en même temps face à la nécessité de ne pas se démettre de son rôle de médiation politique et sociale, l'hôpital contemporain est devant une sorte de dilemme dont il est aujourd'hui difficile de s'extraire. C'est sans doute que depuis les dérives totalitaires de la psychiatrie, la notion d'asile, qu'il faudrait ici sans doute convoquer à nouveau²⁹, a perdu sa dimension noble alors qu'elle pourrait éviter de faire de certains lieux de l'hôpital une décharge, dont il est lui-même en partie responsable.

On mesure combien les urgences constituent un lieu brûlant d'interrogation de notre contrat social. En cela, la médecine et la clinique ne sont jamais dénuées de dimension politique.

²⁵ Or, c'est bien ce qu'on attend du médecin urgentiste, de repérer au mieux les pathologies pour optimiser « l'orientation » ou le « tri diagnostique », pour reprendre le vocabulaire des urgences.

²⁶ KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel ».

²⁷ LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique ».

²⁸ FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Gallimard, 2005. Coll. « Tel ».

²⁹ Voir à ce sujet DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche ».

BIBLIOGRAPHIE

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

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

DECLERCK, Patrick. *Les naufragés, avec les clochards de Paris* [2001]. Pocket, 2006. Coll. « Terre Humaine Poche ».

DE SAUSSURE, Ferdinand. *Cours de linguistique générale* [1916]. Paris : Payot, 1982.

FOUCAULT, Michel. *Histoire de la folie à l'âge classique* [1961]. Gallimard, 2005. Coll. « Tel ». 584 pages.

KRISTEVA, Julia. *Pouvoir de l'horreur. Essai sur l'abjection*. Seuil, 1980. Coll. « Tel Quel ».

LACAN, Jacques. *Ecrits* [1966]. Paris : Seuil, 1966. Coll. « Le champ freudien ». 923 pages.

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

LE BRETON, David. « Corps et anthropologie : de l'efficacité symbolique ». In *Diogène*. 1991, n°153. Paris : Gallimard. Pages 92-107.

LÉVI-STRAUSS, Claude. « Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss ». In MAUSS, Marcel. *Sociologie et anthropologie* [1950]. PUF, 1999. Coll. « Quadrige ». IX-LII.

LÉVI-STRAUSS, Claude. « L'efficacité symbolique » [1949]. In LÉVI-STRAUSS, Claude. *Anthropologie structurale* [1958]. Presses Pocket, 1990. Coll. « Agora ». Pages 213-234. Chapitre X.

LHUILIER Dominique et COCHIN Yann. *Des déchets et des hommes*. Paris : Desclée de Brouwer, 1999. Coll. « Sociologie clinique ».

THOMAS, Jérôme. « La Cour des Miracles de l'hôpital. Les urgences médicales et psychiatriques vues à travers la presse locale lyonnaise ». In ROMEYER HÉLÈNE (dir.). *La santé dans l'espace public*. Rennes : Presse de l'école des hautes études en santé publique (EHSP), 2010. Coll. « Communication, santé, social ». 216 p. Pages 117-132.

THOMAS, Jérôme. « Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique ». In D'ARRIPE Agnès et ROUTIER Cédric (dir.). *Communication et santé : enjeux contemporains*. Lille : Presses du Septentrion, 2010. 278 pages. Pages 195-204.

THOMAS, Jérôme. *Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital*. Thèse de doctorat : Université Lyon 2, 2010. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2010/thomas_j