

Bernard Delguste

« Un divan aux urgences »

Matinée du samedi 13 mars 2021

SRMMB

J'ai beaucoup apprécié l'intervention précédente du Dr Godefroid et j'essaierai à mon tour de me mettre dans le fil de ce qu'il a amené.

Mais tout d'abord deux remarques : la question de la place des psychologues aux urgences et celles de cette distinction devenue inévitable aujourd'hui du présentiel et du distanciel.

Pour la première : en tant que psychologue travaillant depuis déjà quelques années dans l'unité de soins psychiatriques, ce n'était pas vraiment mon souhait de me rendre aux urgences et de faire partie du rôle de garde, cela s'est imposé du fait des circonstances et ce n'était pas sans me charger d'un poids concernant cette clinique. En réalité, j'avais l'impression que je m'inscrivais dans une tradition dans laquelle les urgences psychiatriques représentaient une clinique un peu dépréciée où il s'agissait expéditivement de réaliser un diagnostic et puis d'orienter le patient. Cette tradition méconnaissait en fait non seulement la portée clinique de ce moment singulier pour un patient mais aussi la charge pour le clinicien qu'il endosse inévitablement sur des questions comme l'engagement ou la responsabilité. Pour ma part, après quelques années d'expérience dans ce domaine, j'ai éprouvé le besoin d'en écrire quelque chose et ce besoin débouche sur ce bouquin « Un divan aux urgences psychiatriques » qui paraîtra fin mars. Je reconnais que j'y ai beaucoup appris dans cette clinique, sur moi-même d'abord mais aussi sur plusieurs points : la clinique de la psychopathologie de l'aigu, la question de la circulation des patients et de l'attention portée aux paroles et à l'articulation signifiante entre ces espaces de circulation (entre la salle d'attente et les urgences, entre les urgences et les lits d'hospitalisation provisoire etc.), et enfin sur la collaboration entre soignants et avec les médecins (je rejoins « la fonction d'interprète » de l'orateur précédent, sous la condition que cette parole de l'interprétant, qui n'est bien sûr pas de l'ordre d'une pure transmission d'un savoir, se fonde sur une confiance acquise au fil des liens professionnels tissés.

En ce qui concerne la seconde, je vous parle en « distancié » présentement, nous nous y sommes tous mis quelque peu depuis un an à ces techniques à distance et elles font certes à l'occasion preuve d'une certaine nécessité et utilité. Mais lorsqu'il s'agit de la clinique de l'urgence psychiatrique, imaginons-nous cette rencontre en distancié ? Qu'est-ce que cela signifie, du coup, de la présence ? Et de la présence dans un corps à corps habité dans l'espace de la rencontre ? La clinique de l'urgence ne se soutient que la possibilité d'une rencontre, d'une rencontre dans un moment particulier et qui contient une charge émotionnelle importante ainsi qu'une possible intensité dramatique. Accueillir cette charge n'est pas simple, car il faut dégager de la disponibilité, en temps mais aussi dans son esprit, c'est-à-dire aller « à l'encontre » des résistances qu'assurément cette clinique de l'urgence convoque à l'intérieur de soi.

Je poursuis mon propos en ouvrant trois thématiques : la parole, le social et l'institution.

### **La parole**

La place de la psychiatrie à l'hôpital général, tel est le sujet aujourd'hui. Cette place pour ce qui nous concerne à Ottignies, nous avons pu la réfléchir et la déployer en étant associé dès le début à la rénovation du service des urgences et au réaménagement et agrandissement global de ce dernier. Une pensée pour nous et autour de nous s'est avérée présente dès la planification (au sens architectural et au sens du projet collectif en pensée) du service des urgences, en réservant pour nous une pièce, appelé parloir, sise au sein du service, comportant deux portes et permettant des entrées-sorties dans divers sens. Un parloir, sans matériel technique ou particulier de soins, bien différent par conséquent des chambres médicalisées d'un service d'urgence. Un parloir, c'est bien un lieu où l'on parle. Un lieu qui vise à donner du poids à la parole, à promouvoir une expression. Il y a bien sûr dans cette clinique de l'urgence psychiatrique à tenter d'établir un diagnostic (ou à tout le moins une hypothèse), de revoir par conséquent la sémiologie, de constituer des tableaux cliniques et puis de prendre des décisions sur l'orientation du patient. Diagnostic et orientation sont bien évidemment des étapes essentielles mais simultanément il est fondamental aussi de donner un relief particulier à la parole singulière qui va s'énoncer dans ce lieu, dans ce parloir.

Cette parole, en réalité, est bien souvent une parole inhabituelle, qui jaillit, qui survient, qui s'autorise d'un état décompensé pour venir à la surface, qui « profite » d'un affaiblissement voire d'une abolition des défenses ou des retenues

coutumières pour venir se dire. C'est l'idée que l'on pourrait se figurer d'un service des urgences, à l'occasion, comme une espèce de scène où viendrait se déployer l'inconscient à ciel ouvert des patients. Du coup, elle ouvre des espaces psychiques nouveaux en venant mettre à jour parfois un pan inattendu de la dynamique psychique d'un patient. Le clinicien se retrouve dès lors presque malgré lui non seulement le témoin de cette parole mais aussi surtout chargé d'essayer d'en faire un certain usage... ou pas, cela dépend des situations singulières. Cet usage... ou pas ou en partie, est à réfléchir mais sous la condition que l'institution hospitalière se donne les moyens de réinvestir cette parole dans un second temps, sous la condition que le clinicien entrevoit dans cette parole une portée psychique pour un patient et qu'il se propose d'une façon ou d'une autre d'éventuellement la reprendre.

Le clinicien à qui cette parole a été adressée deviendra désormais pour le patient un être un peu à part, ce clinicien pourrait être investi d'une place particulière pour le patient. Cette place peut prendre des proportions variables, elle peut prendre la forme de conjonctures « transférentielles » chargées à certains moments. C'est pourquoi il est important d'être attentif à relayer cette charge, à la distribuer possiblement sur les collègues, à la répartir sur des portions différenciées de l'institution. En effet, le clinicien ne fait pas acte de présence aux urgences simplement de par lui-même, il est en fait délégué par l'institution hospitalière. Et de la parole qui lui est adressée, il n'en est finalement que le passeur. A travers lui, c'est l'institution qui est visée et qui décide.

### **Le social**

Nous reprenons les choses d'un angle de vue plus général : au fond, est-ce que ce à quoi nous avons affaire aux urgences ne nous donne-t-il pas un point de vue sur notre modernité ? La clinique des urgences psychiatriques peut-elle constituer une sorte de focus sur notre présent et de la sorte nous faire percevoir quelques traits de notre monde contemporain ?

Bien évidemment, il s'y présente, dans cette clinique, toutes sortes de pathologies, certaines constituent sans doute des invariants psychopathologiques comme les décompensations mélancoliques par exemple. Encore que certainement les mises en forme de ces décompensations s'appuient sur ou empruntent des éléments contextuels. Mais si, à l'instar des pathologies psychiatriques comme miroir anthropologique, un service d'urgence peut servir d'observatoire du monde contemporain, alors cela nous donne à réfléchir sur toutes ces productions symptomatiques qui viennent s'y échouer : regardons toutes les formes d'addiction, en particulier chez les jeunes, pensons au burnout

en général, à tous ces tableaux qui mettent en avant cette dénomination ou une déclinaison de cette appellation, pensons aux douleurs chroniques qui ont fait le tour de toutes les prises en charges imaginables, ou encore aux états multiples d'épuisement que l'on peut rassembler sous la qualification de mélancolisation de l'existence et qui viennent se dire sous le joug de phrases d'une grande banalité comme « je ne sais plus où j'en suis » ou « je n'en peux plus ».

Ces mises en forme moderne du symptôme, brossées ici très rapidement, comment les interpréter ? Que disent-elles, en creux, ou de façon oblique, de notre monde ?

### **L'institution**

La clinique de l'urgence est pour nous une clinique à plusieurs, toutes les décisions concernant l'orientation du patient sont concertées avec le psychiatre. Lorsque la décision débouche par exemple sur une hospitalisation, cela nécessite de porter une attention à la circulation du patient en portant une parole dans le lieu où il va se retrouver, dans l'unité de soins dans laquelle il va aboutir, de façon à y préparer son arrivée. C'est un travail subtil, pas toujours réalisable comme on le voudrait, de faciliter les articulations, d'huiler les déplacements tant du patient que de la parole. Ce sont ces espaces « entre » dans lesquelles une nécessaire clinique de l'interstice et de la coordination est primordiale.

Traiter de « l'entre » est une forme d'hospitalité sous la condition encore une fois que l'institution hospitalière puisse faire un certain accueil à l'inouï de la parole venue du fait d'un surgissement imprévu (qui « presse » comme l'établi l'étymologie du mot « urgence »).

Enfin, il est à penser pour l'intervenant, pour le soignant, qui se rend au-devant de toutes ces situations cliniques qu'il est -comme on le dit de façon psychologisante- « exposé émotionnellement ». Cette exposition à la longue n'est pas sans effets, certes formateurs, mais aussi possiblement déformateurs. Quel usage l'institution pourra-t-elle faire de ces effets ?