

Procédés et effets du pouvoir disciplinaire aux urgences

Le cas de l'accueil des patients alcooliques

Odile Piriou, Jérôme Thomas

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ** 2018/2 Vol. 36 , PAGES 43 À 67
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

ISBN 9782742015597

DOI 10.1684/sss.2018.0111

Date de mise en ligne : 19/06/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2018-2-page-43?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Procédés et effets du pouvoir disciplinaire aux urgences Le cas de l'accueil des patients alcooliques

Odile Piriou^{*}, Jérôme Thomas^{**}

Résumé. En s'appuyant sur une enquête ethnographique, cet article vise à comprendre les modalités de mise en œuvre du pouvoir disciplinaire aux urgences de l'hôpital dans la prise en charge de patients alcoolisés. Il étudie les procédés disciplinaires qui étaient cette prise en charge. Puis il confronte ces procédés aux usages qu'en font les patients. L'analyse rend compte du fait que le pouvoir disciplinaire ne s'impose pas massivement ni unilatéralement sur les individus, mais qu'il est plutôt le résultat de rapports de forces instables qui surgissent de la rencontre entre patients et soignants.

Mots clés : urgences, alcool, discipline, clinique, psychiatrie.

* Odile Piriou, sociologue, psychologue clinicienne et psychanalyste, Centre d'études et de recherches sur les emplois et les professionnalisations (CEREP), Université de Reims Champagne-Ardenne, 23 rue Clément Ader, 51100 Reims, France ; odile.piriou@univ-reims.fr

** Jérôme Thomas, sciences de l'information et de la communication, Centre d'études et de recherches sur les emplois et les professionnalisations (CEREP), Université de Reims Champagne-Ardenne, 23 rue Clément Ader, 51100 Reims, France ; jerome.thomas@univ-reims.fr

L'article s'appuie sur une recherche financée par la MILDECA, dans le cadre de l'appel à projets 2013 « Prévention, drogues et société », Convention n° 2013-MILDT-UP13-1.

Depuis le XIX^e siècle, le traitement des alcooliques fait l'objet d'attentions sociales et de santé publique. Historiquement, la préoccupation première était sociale et morale. Il s'agissait d'éliminer l'alcoolisme considéré comme un fléau social, rattaché à la dangerosité des classes populaires (Dargelos, 2005, 2008 ; Fortané, 2014). Si la dimension sociale et morale persiste dans la compréhension et le traitement de l'alcoolisme, progressivement, au cours du XX^e siècle, le problème se médicalise. L'influence de l'Etat s'accroît à travers la constitution et la consolidation de politiques de santé publique. L'intérêt pour la santé des populations répond à une fonction positive : protéger les travailleurs pour assurer leur productivité, au service de la prospérité économique (Foucault, 2009). Cette fonction de régulation reste articulée au contrôle social de conduites dont on considère qu'elles mettent en danger la santé et qu'elles menacent l'ordre social et moral. L'intrication du social, du moral et du médical, demeure dans les évolutions des disciplines et des champs d'action qui se confrontent, aujourd'hui, à la compréhension et au traitement de l'alcoolisme. Bien que la rationalité scientifique n'ait cessé de prendre une place grandissante, notamment en empruntant des paradigmes neurocognitifs et en se focalisant sur les effets physiologiques du produit, le traitement de l'alcoolisme continue à être problématisé à travers la question des comportements (Fortané, 2010). L'addictologie est un exemple frappant de la concentration de ces tensions entre approches morales-comportementales et approches médicales-scientifiques. Aujourd'hui encore, bien que la rationalité médicale scientifique s'intensifie, cela ne suspend pas, pour autant, le recours à des catégories morales pour traiter l'alcoolisme.

Compte tenu de l'évolution de la prise en charge de l'alcoolisme, oscillant historiquement entre social et médical, diverses structures se sont instituées et se partagent l'accueil et le traitement des patients. À côté des structures médico-sociales spécialisées (CSAPA¹, centres de cure), les services d'urgence hospitaliers reçoivent fréquemment des alcooliques qui constituent jusqu'à 40 % de leur patientèle, si le critère retenu est celui d'une alcoolisation en diagnostic principal ou associé (Perrine et Develay, 2011 ; Piriou et Thomas, 2015).

Les urgences constituent donc un lieu d'accueil privilégié de la crise éthylique alors même qu'elles ne sont pas formellement et institutionnellement intégrées dans l'ensemble des dispositifs de prise en charge de la maladie alcoolique précédemment cités. Malgré la fréquence du recours aux urgences et bien qu'il existe des partenariats

(1) Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

informels entre urgence et structures ambulatoires ou de cure, ces patients sont considérés par les soignants de l'urgence comme indésirables. Cette difficulté à les prendre en charge n'est pas spécifique à ces services et se retrouve dans d'autres espaces et situations de soin. Les soignants, qu'ils soient médecins généralistes (Blaxter, 1978 ; Strong, 1980) ou spécialistes du psychisme (Descombey, 2004 ; MacDonald et Patel, 1975), peinent à inscrire la consommation excessive d'alcool dans le champ des pathologies parce qu'elle brouille la frontière légitime entre le normal et le pathologique (Canguilhem, 2013). La consommation d'alcool, selon les situations sociales, peut en effet être située du côté des pratiques sociales normales ou d'une pathologie du comportement (Merle et Le Beau, 2004).

Alors que la consommation excessive d'alcool a été largement accaparée par les sciences médicales (psychiatrie, sciences cognitivo-comportementales, pharmacologie) et par l'intervention dans le cadre hospitalier (Fortané, 2014), c'est surtout, comme le montre cet article, la dimension sociale et morale qui est considérée et traitée dans les services d'urgence. Cet article s'attache à décrire les pratiques concrètes qui témoignent, aux urgences, du traitement moral des situations critiques d'alcoolisation. En cela, il renforce empiriquement les travaux sociologiques et historiques portant sur la médicalisation des pratiques déviantes (Fortané, 2010).

Ainsi, notre recherche s'attache à comprendre les ressorts du traitement moral et social de l'excès d'alcoolisation aux urgences en dépit des catégories médicales disponibles (Fortané, 2014). Elle met en évidence les procédés disciplinaires sous-jacents au regard des cliniciens sur l'alcoolisation qui, visant le redressement des conduites, glissent parfois vers le punitif (Foucault, 2009). Soit ce sont ces procédés disciplinaires – comme l'enquête de comportement – qui vont fonder et justifier ce regard. Soit, à l'inverse, c'est ce regard, cette représentation soignante, négative et naturalisée, projetée d'emblée sur les alcooliques, qui déclenche la mobilisation de procédés disciplinaires. C'est, par exemple, le cas pour l'usage de la menace. Ces constats reflètent également le fait que les urgences sont, en elles-mêmes et pour tous les patients, un lieu potentiel d'exercice d'un pouvoir disciplinaire.

Dans quelle mesure un pouvoir disciplinaire s'exerce-t-il aux urgences dans sa visée de redressement des conduites ? Quelles sont les conditions d'application et la dynamique de fonctionnement de ce pouvoir ? Telles sont les questions auxquelles cet article tente de répondre.

La première partie analyse les modalités de prise en charge, emblématiques du pouvoir disciplinaire, qui permettent de donner la mesure de la réalité et de l'exercice de ce pouvoir aux urgences.

La seconde partie examine la dynamique du pouvoir disciplinaire aux urgences. Elle détaille les usages que les patients font des dispositifs disciplinaires des urgences.

En effet, le pouvoir disciplinaire n'est pas un simple instrument de coercition, confisqué par l'urgence en tant qu'institution, ou même individuellement par les soignants. Il est le produit de rapports de forces instables qui émergent entre soignants et patients sur la question du redressement des conduites. Il se structure et se modèle dans les occasions de confrontation, ainsi que dans la variété des points d'application qu'il rencontre (Foucault, 2009 : 35).

L'objet de l'article est aussi de montrer comment ces rapports de forces s'actualisent dans la relation clinique et quelles en sont les conséquences, notamment, les choix subjectifs réalisés par les patients face aux exigences de normalisation auxquelles leur passage par les urgences les ont confrontés.

L'enquête sur laquelle nous nous appuyons a consisté en des observations du quotidien de la prise en charge médicale et psychiatrique des alcoolisations aiguës, entre 2014 et 2015, dans deux services d'urgence de deux hôpitaux généraux de l'ouest parisien (128 observations, 64 semaines, 550 heures de présence). La durée d'immersion a permis de gagner en précision sur l'identification des procédés variés qui viennent étayer les pratiques de prise en charge et d'acquiescer une forme d'invisibilité.

Pour approfondir ces analyses, nous avons conduit 14 entretiens auprès des professionnels dont les pratiques ont été observées dans les services enquêtés. Par ailleurs, des entretiens ont été menés avec des patients pendant leur séjour aux urgences et avec certains d'entre eux à l'issue de ce séjour (40 entretiens au chevet, des entretiens de suivi avec 13 patients à raison de 1 à 8 entretiens post-urgence par patient). Ces entretiens de suivi, non directifs, visaient à recueillir la parole des patients à partir d'un intérêt de recherche préalablement énoncé sur leur expérience du recours aux urgences. L'aspect librement associatif de la technique non directive a permis aux sujets d'élaborer des récits de vie grâce auxquels nous avons pu percevoir la complexité de la « dépendance » et de ses rencontres avec la discipline. Ainsi, ces entretiens ont permis d'analyser la manière dont les patients et les soignants se représentent les normes et les pratiques de prise en charge aux urgences. Nous avons aussi pu comprendre la fonction de l'alcool pour ces patients. Ce n'est que par la mise en perspective du discours des patients avec l'observation des pratiques, que les rapports de forces constituant le pouvoir disciplinaire peuvent être saisis.

Enfin, notre compréhension des modalités de prise en charge de l'alcoolisme aux urgences est informée par une analyse statistique

portant sur le recueil des données issues de 594 dossiers médicaux de patients des services d'urgence enquêtés.

Le pouvoir disciplinaire aux urgences : analyse des modalités de prise en charge

Aux urgences, la prise en charge des patients alcooliques témoigne bien du caractère interstitiel de ces patients, à la frontière du médical, du social et du psychique. Parce qu'ils introduisent un trouble dans le savoir en jeu aux urgences, leur prise en charge prend défensivement une dimension disciplinaire éloignée de la clinique (responsabilisation, culpabilisation, enquête de comportement, menace) par laquelle les soignants se donnent aussi les moyens de juger et de redresser la conduite déviante. Ainsi, les patients ne sont pas seulement soumis à des opérations de catégorisation clinique (diagnostic), mais ils sont aussi appréhendés à travers des catégories morales.

Nous aborderons les trois modalités les plus fréquentes de prise en charge : médicale, psychiatrique et sociale. La prise en charge psychiatrique est la plus riche d'enseignements sur la mise en œuvre du pouvoir disciplinaire aux urgences. En effet, ce sont essentiellement les psychiatres des urgences qui s'entretiennent avec les patients alcooliques, alors que, sauf exception², les médecins somaticiens interviennent brièvement auprès d'eux. Cependant, les prises en charge psychiatrique et médicale sont toutes deux marquées par un cadrage policier, préalable au recours, qui influence les représentations des soignants à l'égard des patients alcooliques.

La prise en charge médicale

L'examen médical intervient toujours en première ligne avant une éventuelle orientation vers un spécialiste. Ainsi, quand l'examen clinique du patient alcoolique fait apparaître un problème somatique majeur, qui engage sa vie, son orientation se fait exclusivement vers un service intra-hospitalier où sera traitée la pathologie somatique identifiée. Ascite, cirrhose, paralysie des membres, cancer, Pré-DT³, engagent ce type

(2) C'est-à-dire quand l'ivresse qui les conduit aux urgences s'accompagne de troubles somatiques importants (pre-delirium tremens, fractures ouvertes, traumatisme crânien, etc.).

(3) Conséquences somatiques courantes de l'alcoolisme chronique.

d'orientation. Parmi tous les recours pour intoxication à l'alcool, 22 % des patients des services de notre enquête statistique ont été accueillis pour un problème somatique repéré comme cause principale. Pour ces patients, les conséquences somatiques des alcoolisations répétées s'avèrent suffisamment saillantes pour qu'elles prévalent dans le repérage pathologique que les médecins appliquent⁴.

Sauf pour ces patients chroniques, les problèmes somatiques liés à l'alcoolisation font l'objet d'un intérêt médical minimal. D'autres rationalités s'imposent et privilégient le traitement des aspects comportementaux et déviant renforçant la déconsidération des patients qui, au lieu d'être appréhendés comme malades, le sont sous l'angle du désordre qu'ils créent dans l'organisation des urgences (Foucault, 2009 : 110) : « *L'UHCD⁵ c'est une priorité. À l'UHCD on ne veut pas de patients agités car ici c'est de l'hospitalisation et il y a des baies vitrées et ça la fout mal. Ce n'est pas un service pour cuver !* » (Senior, responsable d'UHCD, hôpital X). « *On les garde [les patients venus pour intoxication à l'alcool] dans des box des urgences, mais on préfère réserver les lits d'UHCD pour des cancéreux multi-métastasiques.* » (Responsable service d'urgence, hôpital Y). Un infirmier monte la voix face à une patiente qui appelle avec insistance : « *Oh, ça suffit, vous êtes à l'hôpital : fallait pas boire, faut pas faire des bêtises si vous voulez dormir chez vous ! Si vous êtes ici c'est que vous avez bu. Fallait pas boire.* » (Infirmier, hôpital Y).

Comme le montre ce dernier extrait, le patient est tenu pour responsable de son état. Le redressement ne concerne pas uniquement le corps, mais l'attitude générale du patient au sein des urgences.

Nos statistiques montrent que dans 48 % des cas, la moralisation des patients alcooliques trouve en partie son origine dans le fait qu'ils échouent aux urgences encadrés par la police⁶. La prise en

(4) Ainsi, le diagnostic « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool » est de moins en moins souvent noté en diagnostic principal au fur et à mesure des passages répétés aux urgences de ces patients chroniques, tandis que les diagnostics somatiques liés à ce même comportement (cirrhose, ascite, pancréatique aiguë) augmentent (Piriou et Thomas, 2015, Paille et Reynaud, 2015).

(5) Unité d'Hospitalisation de Courte Durée qui sert de sas entre les services portes des urgences et les diverses orientations possibles.

(6) Cette réalité, résultat de l'exploitation statistique des fiches « patients » récoltées lors de la recherche, n'a pu être finement observée car ce type de procédure entraîne un départ rapide, le plus souvent de nuit des urgences, restreignant l'accès des chercheurs aux patients qui en sont l'objet.

charge médicale se concentre alors sur l'établissement routinier de « certificats de non hospitalisation »⁷ (CNH), qui visent à établir l'absence de contre-indication médicale à la poursuite de la procédure policière, et elle se limite à un examen physique rapide. Parmi les patients arrivant encadrés par la police, 98,6 % repartent avec ce certificat.

En soutenant l'action policière et en agissant ainsi de manière décalée par rapport à leur mandat et leurs idéaux professionnels, les médecins se forgent des représentations négatives des patients alcooliques. Comme le soulignent d'autres enquêtes (Poncet et Feral, 2002), cela favorise les attitudes de rejet des soignants à l'encontre des patients alcoolisés car la perception du trouble à l'ordre public l'emporte progressivement sur la prise en compte du trouble médical ou psychique que pourrait cacher l'épisode d'alcoolisation aiguë. Par capillarité, ces représentations finissent par concerner l'ensemble des patients alcooliques.

Le cadrage policier, qui met en évidence l'aspect déviant du comportement d'alcoolisation, influence aussi le jugement des médecins psychiatres qui, comme leurs collègues, privilégient le registre de l'explication sociale et morale du comportement à la mobilisation de critères psychologiques.

La prise en charge psychiatrique

La prise en charge psychiatrique est déclenchée par un médecin senior lorsque celui-ci soupçonne un problème psychiatrique. En dépit de cette orientation, les psychiatres ne voient les patients alcooliques qu'avec réticence. Ces prises en charge leur semblent constituer une obligation dégradante de leur activité professionnelle, un « sale boulot » (Lhuillier, 2005). Cette réticence aboutit à une forme de délaissement qui peut aller jusqu'à déléguer aux chercheurs présents la charge de s'entretenir avec le patient. Au cours d'une observation, un psychiatre témoigne ouvertement de sa réticence :

Chercheur : *Et est-ce qu'il y a des patients qui se sont alcoolisés ?*

Psychiatre B : *Oui, un, et j'espère qu'on ne le verra pas.*

Un autre jour, on repère à nouveau la posture de réticence chez un autre psychiatre :

(7) Circulaires du 16 juillet 1973 et du 9 octobre 1975 du ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

Psychiatre C : *Il y a deux alcooliques-là, mais nous on ne les voit pas. C'est pas pour nous.*

Chercheur : *Pourtant, ils devraient vous intéresser*

Psychiatre C : *Je ne sais pas, mais je ferai rien pour les voir, hein, je vous le dis franchement, je préfère que ce soit vous.*

Les raisons de cet évitement se précisent lors d'un entretien que nous sollicitons auprès de l'équipe de psychiatrie dans les derniers mois de l'enquête de terrain. Les psychiatres font alors valoir une série d'obstacles à une prise en charge psychiatrique, alors même que les caractéristiques prêtées aux patients alcooliques peuvent largement se retrouver chez les patients chroniques de la psychiatrie : « incurabilité », « sévérité des troubles », « déni », « répétition », « agressivité ».

Le jugement d'incurabilité peut avoir trois significations. Il peut s'agir soit d'un jugement moral (le sujet comme cause perdue par nature, non rachetable), soit d'un constat médical, soit de l'aveu d'une forme d'épuisement professionnel. Si ces explications valent dans le cas de patients chroniques, le fait que les psychiatres tendent aussi à appliquer ces jugements à des patients qui se présentent pour la première fois est suggestif de la dimension morale attachée à l'alcoolisme.

Le contre-exemple d'une femme médecin alcoolique qui aurait reconnu et « critiqué » sa pathologie lors de son passage aux urgences, est éclairant à cet égard. L'équipe aurait alors pu l'aider et l'orienter vers un centre ambulatoire situé en dehors de l'arrondissement où elle exerce et habite. Nous avons très rarement observé pareille facilitation de l'accès aux soins et de préservation de l'anonymat. Le cas de cette femme médecin a visiblement marqué l'équipe puisqu'un autre psychiatre se donne la peine d'en donner une vignette clinique quand nous l'interrogeons. Cette attitude est encore une fois exceptionnelle, au regard des procédés de relégation explicités plus haut et elle prend un relief tout particulier si l'on pense aux qualificatifs triviaux le plus souvent mobilisés pour caractériser ces patients (« agressifs », « foutent le souk », « ils sont comme nous ») :

Psychiatre A : *C'est pas toujours vrai ce déni, il y a des patients qui reconnaissent et qu'on peut aider, par exemple, j'ai vu une médecin qui s'était écroulée devant un patient qu'elle recevait dans son cabinet. C'est une femme qui a une forte névrose d'angoisse et de culpabilité, elle culpabilise de ne pas être une assez bonne mère, de travailler trop, de ne pas assez s'occuper de son enfant et de son mari et elle boit et a même commencé à boire au travail et là elle est arrivée aux urgences, et on l'a beaucoup aidée. En tout cas, en fait, il ne fallait pas la culpabiliser. Il fallait la renarcissiser et ça a été bénéfique, on a réussi à lui trouver un rendez-vous dans un centre mais qui ne devait pas se trouver proche de son*

domicile ni de son travail, ce qui se comprend parce qu'elle avait honte de ce qui lui était arrivée.

Psychiatre B : *bah ouais, à juste raison elle pouvait avoir honte !*

L'aveu constitue le repérage de la maladie et le déclencheur possible du soin. Pour autant, le ressort moral, à travers la figure de la honte, persiste à qualifier le rapport à l'alcoolisation. Cette catégorie morale, appliquée à la patiente est ici tempérée par une bienveillance redevable, sans doute, à l'identification et l'entre-soi professionnel et social⁸ qui, associés à la critique de son comportement par la patiente elle-même, permet de la réintégrer dans le champ des patients légitimes. Elle bénéficie, en conséquence, d'une description dans le registre sémantique de la psychiatrie et même de la psychologie clinique (« névrose d'angoisse », « culpabilité », « re-narcissiser »).

Le psychiatre C relance le débat en reprenant les propos de ses collègues sur le plus gros contingent des patients venus pour intoxication alcoolique aiguë (IAA) :

Psychiatre C : *Le plus souvent les IAA c'est une prise en charge qui nous bouffe la vie. Ils sont agités, il faut leur mettre les contentions, le lendemain c'est le déni total. Alors que nous on est habitué à imposer des soins à des patients qui continuent à être des patients. Nous on est habitué à des patients qui ont une vraie demande, une vraie souffrance, sinon on soigne quoi ? En plus on a un mauvais accueil par les psychiatres hospitaliers. Voyez ! Ils n'en veulent pas et donc l'hospitalisation sous contrainte ne marche pas. En plus même quand on y réussit le juge ne garde jamais le patient sous contrainte.* (Extrait d'entretien auprès de l'équipe de psychiatrie de l'hôpital Y)

Aux chercheurs, ces psychiatres font entendre l'impossibilité de reconnaître la personne alcoolique comme un patient à part entière de la psychiatrie. Cette exclusion du champ légitime du traitable se fait soit à partir de la prétendue « incurabilité » du patient qui rendrait toute tentative soignante vaine *a priori*, soit à partir de sa résistance à se « soumettre » à l'imposition des soins, recherchée par la clinique psychiatrique. Parce qu'ils ne parviennent pas à aborder les sujets alcooliques comme des patients légitimes, les psychiatres ne se concentrent pas sur leur pathologie, mais sur leur comportement « agressif » ou « pénible ».

Pour tout de même traiter ces patients, les psychiatres recourent une série d'informations à leur sujet, glanées auprès de diverses sources (famille, entourage médical, entourage social). Les informations

(8) Seul le cas d'un patient étudiant en médecine observé pendant notre terrain nous paraît comparable.

recueillies ont trois fonctions : armer la pratique psychiatrique ; déstabiliser la parole du patient ; redresser sa conduite.

La première fonction est d'armer une clinique difficile à conduire auprès de ces patients, jugés tantôt « *malades* », tantôt « *normaux* ». C'est encore une fois le caractère interstitiel et labile de la pathologie alcoolique⁹ qui entre en contradiction avec les conceptions traditionnelles des pathologies psychiatriques répondant au schéma du déclenchement et de l'installation dans la maladie¹⁰. Ainsi, les psychiatres des urgences reconnaissent comme plus légitimes et traitables un déclenchement psychotique ou des symptômes chroniques de psychose ou encore un acte suicidaire révélateur pour eux de l'ancrage du patient dans un syndrome dépressif que la crise alcoolique aiguë qui, pourtant, pourrait être aussi le signe d'une entrée dans la maladie ou de sa réactivation. Cette perception de l'alcoolisme comme pathologie instable, située sur une frontière confuse entre le normal et le pathologique, pousse les psychiatres à recourir à des informations externes, qui ne proviennent pas seulement de la sémiologie récupérable directement au chevet du patient. Armés de ces informations recueillies auprès de l'entourage, l'interrogatoire clinique est plus facile à conduire pour eux.

La seconde fonction est de déstabiliser la version des patients, pour faire advenir la vérité d'un alcoolisme dénié et ainsi établir leur état pathologique, sans pour autant le traiter ensuite de manière strictement médicale.

Infirmier en psychiatrie : *En fait les urgences c'est une enquête qui se fait par téléphone mais aussi par le dossier informatisé des urgences, mais aussi celui de F [grand hôpital psychiatrique parisien], qu'on peut demander à consulter à distance. Tout cela nous permet de savoir si le patient dit la vérité. C'est le problème avec les patients manipulateurs ou qui mésestiment leur pathologie.*

Chercheur : *Mais alors, comment on fait quand on connaît la vérité avant d'aller parler avec le patient ?*

(9) Après leur épisode d'alcoolisation aiguë, les patients redeviennent « comme nous », selon les psychiatres, c'est-à-dire, sans signe manifeste de la pathologie.

(10) Cette conception traverse la psychiatrie, y compris, quand elle intervient dans les services d'addictologie, comme l'énonce une psychiatre exerçant dans un centre de cure : « Il n'y a pas de personnalité typique de la dépendance. Je fais vraiment l'hypothèse que l'alcool c'est un bon psychotrope. » (Extrait d'entretien du 13 février 2014)

Infirmier en psychiatrie : *Du coup, on l'amène à dire les choses. Et alors c'est un peu nous les manipulateurs. Mais c'est important que le patient soit acteur de son propre soin, c'est pour ça qu'on cherche à ce qu'il dise les choses pour qu'il s'engage dans le soin. Il faut qu'il fasse sa demande de prise en charge, surtout pour les patients alcooliques.* (Extrait du journal de terrain, hôpital Y)

De fait, l'observation montre le déséquilibre entre le temps passé auprès du patient et celui passé au téléphone : 3 à 10 minutes contre au moins une heure. La consultation des collègues par téléphone ou celle du dossier informatisé s'apparente à une enquête de comportement emblématique de la société disciplinaire dans laquelle « les procédures d'examen ont été tout de suite accompagnées d'un système d'enregistrement intense et de cliniques documentaires (...) pièce essentielle dans les rouages de la discipline (...) problème des hôpitaux où il fallait reconnaître les malades, chasser les simulateurs » (Foucault, 2009 : 222).

Enfin, le recouplement des informations recueillies sur le patient, auxquelles on le confronte, vise à redresser sa conduite. Cette stratégie peut s'accompagner d'une menace d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, déclinaison « punitive » possible du disciplinaire (Foucault, 2009 : 17, 23, 33).

Durant un entretien avec les psychiatres, auquel le chercheur assiste, Madame A, une patiente de 32 ans, dit avoir bu deux bouteilles de vin, seule, et pris six comprimés de Baclofène, puis s'être endormie, mise au lit et avoir fait un malaise, avec des vomissements. L'ami avec qui elle vit l'a conduite aux urgences de l'hôpital Y. À la question des psychiatres sur son entourage, Madame A répond qu'elle vit en concubinage depuis huit ans et affirme que son couple va bien. Madame A répond volontiers aux questions des psychiatres sur sa famille, sans agitation et d'une voix douce, mais sûre. Ce sont ses problèmes professionnels (son médecin l'a arrêtée pour une dépression) et le procès aux Prud'hommes dans lequel elle est engagée contre son employeur, qui, selon elle, auraient relancé sa consommation excessive. Elle décrit une consommation ancienne, qualifiée de « festive » par les psychiatres, qui remonte à ses années étudiantes et qui serait devenue, selon Madame A, « malade », depuis qu'elle travaille dans un milieu professionnel où la consommation d'alcool est fréquente et excessive. Depuis qu'elle boit seule et quotidiennement, Madame A ne supporte plus son rapport à l'alcool qu'elle associe par ailleurs à des prises de cocaïne. Madame A précise qu'elle a téléphoné à l'hôpital S pour entrer en cure de désintoxication.

L'entretien psychiatrique qui permet de recueillir ces éléments biographiques est bref, une dizaine de minutes. Il s'achève sur l'exclamation de Madame A adressée aux psychiatres : « *Je ne veux pas rester ici !* ». La psychiatre qui conduit l'entretien lui expose qu'elle va pouvoir repartir mais qu'ils vont d'abord s'entretenir avec son ami. Le chercheur reste alors seul avec la patiente et assiste, au retour des psychiatres, à la menace de punition qu'ils lui adressent : « *Bon, là c'est retour à domicile, mais si vous revenez aux urgences, c'est direct à F [grand hôpital psychiatrique parisien], on vous hospitalise en psychiatrie. Ici ou ailleurs, si vous revenez on le saura, tout est en réseau informatisé. Vous avez intérêt à aller à ce rendez-vous [en cure, à S]. Déjà vous êtes passée il y a 4 jours. Si on vous voit une troisième fois, nous ou nos collègues, c'est l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie ! Attention on a le dossier et on l'a à vie. Allez, bonne continuation* » (Extrait d'entretien du psychiatre C avec la patiente, précédent celui avec le chercheur, hôpital Y)

Lors d'un entretien de suivi, Madame A fait ainsi part au chercheur de son entretien avec les psychiatres des urgences : « *Très mauvaise, la grosse Bertha [parlant de la psychiatre qui a conduit l'entretien avec deux de ses collègues présents, mais silencieux]. Elle m'a fait penser à mon ancienne prof d'allemand. Avec son regard bleu, en me menaçant d'internement d'office. Je préfère me laisser crever à petit feu. Ils sont arrivés, elle en me posant des questions. Ils ne se sont même pas présentés ! C'est choquant parce que je ne savais pas qui ils étaient. Ils ne me connaissaient même pas. J'ai pas envie d'être internée d'office. Elle ne m'a pas donné confiance. Cinq ou six heures que je suis là. J'ai juste demandé quelque chose à grignoter. On m'a dit « attendez ! », ça fait deux heures ! Ça ne me met pas en confiance. C'est une expérience difficile ! Si un autre jour il m'arrive un problème avec l'alcool elle m'a bien fait comprendre que si je revenais, je serais internée d'office. Qu'elle pouvait voir mon dossier. J'essaie de me soigner, là je vois un psy, je préfère parler, c'est ça qui m'aide. Elle [la psychiatre des urgences], elle ne connaissait pas mon passé.* »

Les psychiatres, qui se prévalent d'une connaissance panoptique des différents recours de la patiente pour intoxication à l'alcool, témoignent qu'ils adhèrent aux « conditions fondamentales d'une bonne discipline médicale », faisant « en sorte qu'à partir de n'importe quel registre général, on puisse retrouver un individu » (Foucault, 2009 : 223).

Pour une autre patiente, Madame L, les psychiatres adoptent un registre disciplinaire à partir du moment où elle prétend que son alcoolisation a un caractère « *accidentel* », ce qui est d'emblée interprété comme du déni par les psychiatres : « *Mais de toute façon*

ça ne sert à rien d'approfondir l'entretien, elle dénie. Il faut appeler un tiers pour qu'il vienne et mette la patiente devant son comportement. On ne va pas l'hospitaliser mais on va lui faire passer un boulet de canon tout près derrière les oreilles, ça va siffler du côté de Madame L. » (Extrait d'une conversation entre deux psychiatres au sujet de Madame L., journal de terrain).

La déclinaison « punitive » du disciplinaire, repérable à travers l'acte de « faire passer un boulet de canon derrière les oreilles » est certes métaphorique, mais ici il s'agit toujours de susciter « docilité » et « soumission », en s'adressant au corps (Foucault, 2009 : 33) et ce, afin de redresser le comportement en tant qu'il est une conduite incontrôlée.

L'alcool est bien l'élément qui justifie ce « supplément punitif » (Foucault, 2009 : 23). En effet, les données recueillies auprès de l'entourage (fils et mari de Madame L), s'ils confirment des alcoolisations épisodiques (« *de temps en temps* »), corroborent, par ailleurs, le contexte dépressif évoqué par le mari et retenu temporairement par les psychiatres¹¹. Or, aucune élaboration ne sera produite à partir de cette symptomatologie toute aussi manifeste pour les psychiatres et l'entourage que la question de l'alcool.

Bien que la psychiatre concède au chercheur : « *Elle ne doit pas boire beaucoup ou depuis pas longtemps, car à 82 ans, elle n'est pas marquée, elle fait même jeune pour son âge* », la consommation d'alcool est bien ce qui est jugé. Elle est jugée pour être normalisée en tant que

(11) Extrait de l'échange entre les psychiatres et l'entourage auquel nous faisons référence :

Conversation (téléphonique) avec le mari (haut-parleur) :

Psy : Comment elle allait ces derniers temps ?

Mari : Elle était un peu dépressive

Psy : Elle boit ?

Mari : Ça lui arrive de temps en temps, mais pas tous les jours

Conversation téléphonique avec le fils (haut-parleur) :

Psy : Votre mère a été amenée au décours d'un malaise et d'une alcoolisation aiguë. Elle banalise et a tendance à dire que tout va bien même si elle a manifestation des signes dépressifs.

Fils : Ça fait un certain nombre de mois qu'elle est là-dedans.

Psy : Nous, il faut qu'on sache si on peut la faire sortir.

Fils : Ça risque de se renouveler. Ma sœur l'a trouvée une fois comme ça.

Psy : Il faut la confronter à la réalité, elle a ce problème, elle le nie, mais il existe. Est-ce que vous pouvez venir à l'hôpital ?

conduite d'excès « pulsionnelle » (Foucault, 2009 : 25), sans que le contexte dépressif intervienne pour constituer le critère principal de la prise en charge psychiatrique.

La prise en charge sociale

Un dernier type de prise en charge, à dimension sociale, s'adresse principalement aux patients précaires. Dans ce cas, le processus de normalisation ne vise pas l'excès d'alcoolisation, mais leur situation d'errance et d'exclusion. C'est, en conséquence, quasi-exclusivement aux assistants sociaux qu'est déléguée la prise en charge, mettant dès lors les psychiatres hors-jeu et neutralisant les visées de redressement des comportements d'alcoolisation. La raison tient à la façon dont les interventions des professionnels s'étaient sur l'environnement pour garantir leur décision¹². La présence d'un lien social avéré constitue pour les soignants à la fois la garantie et la condition d'un suivi ambulatoire possible, mais surtout efficient. Les patients précarisés qui n'ont pas d'entourage ne satisfont pas à ces conditions et ne sont donc pas pris en charge pour leurs problèmes d'alcool. Après un soin minimal du corps, ils sont renvoyés dans les circuits sociaux.

Ce procédé apparaît particulièrement pour les sujets très précarisés : « *Le problème de l'orientation vers un soin addictologique c'est que les SDF n'ont pas d'entourage et pas de demande, alors c'est compliqué d'organiser des soins et d'être assuré qu'ils les suivent. Donc ils sont renvoyés à leur foyer, à leur hôtel, au 115.* » (Extrait d'entretien avec une assistante sociale, service d'urgence, hôpital X). « *Les SDF nous sont généralement adressés pour qu'on les aide à faire le point sur l'accompagnement social, savoir s'ils ont un foyer, s'ils sont hébergés ou quelque chose, s'ils ont une famille, de l'entourage quoi. Parfois ils ont des problèmes de papiers. On est aussi amené à appeler le 115, à vérifier s'ils ont une A.S. [Assistante sociale] référente.* » (Extrait d'entretien avec une assistante sociale, hôpital Y) « *Le problème de la rechute se pose toujours quand on vit dans la rue, on n'a pas le « matelas » de l'entourage pour favoriser le changement.* » (Extrait d'entretien avec un médecin addictologue, hôpital X)

Certains travailleurs sociaux reçoivent des consignes précises des médecins : « *On ne leur donne pas de rendez-vous en addicto. C'est la*

(12) Comme nous l'avons décrit, l'entourage du patient est sollicité pour obtenir des informations « objectives » sur son mode d'existence, ses conduites, ses consommations et être garant de la mise en œuvre des procédures de prise en charge.

consigne des médecins. C'est au patient lui-même de prendre rendez-vous pour prouver sa motivation. » (Extrait d'entretien avec une assistante sociale, hôpital Y)¹³.

À la question de la manière dont sont orientés les patients alcooliques SDF, une cadre infirmière des urgences de l'hôpital X répond : « *Ils viennent se faire soigner pour de petits problèmes (des plaies qui s'infectent, des problèmes de peau, de petites blessures, etc.), mais pas pour l'alcool. En fait, on s'habitue à eux et petit à petit je pense qu'on banalise et qu'on ne fera pas assez attention si quelque chose de grave leur arrive, mais cela vient de leur façon d'avoir recours aux urgences. Vous voyez ce patient qu'on vient de voir, on a bien essayé de l'orienter en médecine, car il y a des raisons médicales de notre point de vue, mais comme par hasard, il n'y a plus de place depuis qu'on a présenté le cas du patient. . . On lui fait des bilans, des examens, mais quand on aura terminé, il faudra bien qu'il parte.* » (Extrait d'entretien avec une cadre infirmière des urgences, hôpital X)

Les propos des intervenants : « *faire le point sur l'accompagnement social* » « *pas de rendez-vous en addicto* » ; « *il faudra bien qu'il parte* », suggèrent que le cadrage social de la prise en charge vise avant tout à discipliner les situations d'errance et prendre en charge de manière minimale leurs conséquences somatiques. En revanche, ils témoignent aussi que la prise en charge addictologique et psychiatrique de la dépendance, c'est-à-dire qui correspond au redressement des conduites d'excès ou conduites à risque, requiert un minimum de garanties en termes d'affiliation sociale (logement, environnement familial, droits sociaux, médecin traitant, etc.). Autrement dit, la médicalisation des comportements alcooliques s'applique à des sujets suffisamment socialisés.

Les usages des urgences : rupture ou régulation

Dans les modalités de prise en charge, l'enquête de comportement et la menace, notamment, constituent des instruments disciplinaires qui donnent consistance aux procédés de normalisation de l'institution hospitalière quand elle s'adresse à des patients qui contreviennent, par leurs conduites incontrôlées, aux exigences de maîtrise des pulsions (Foucault, 2009 : 24-26). Pour autant, les usages qu'ont les

(13) Pourtant il existe des partenariats entre services d'urgence et ambulatoires pour favoriser les prises de rendez-vous. Néanmoins, dans les sites observés, ce dispositif d'orientation plus ou moins formalisé, ne bénéficie pas aux patients SDF.

patients des urgences indiquent des modes d'appropriation et les résonances subjectives du pouvoir disciplinaire. Ces usages nuancent et complexifient l'idée d'un pouvoir disciplinaire qui s'imposerait massivement et unilatéralement.

Quand à travers la parole des patients une subjectivité est prise en compte par les soignants comme matériau du travail clinique, un réaménagement du rapport à l'alcool est possible, sans que cela soit réductible à l'effet d'un pouvoir. D'ailleurs, la *rupture* avec la conduite d'excès ne se produit pas dans le temps immédiat et condensé de l'urgence mais dans le délai nécessaire à un processus de subjectivation. Dans les rares cas où la rupture avec la conduite d'addiction semble suivre plus immédiatement la prise en charge d'urgence, un autre mécanisme est en jeu. La *rupture*, jamais assurée sur le long terme, peut s'étayer, dans le temps de l'urgence, sur des expressions de résistance qui, paradoxalement, vont conduire en fait à un assujettissement aux normes d'abstinence.

Enfin, des apparences de soumission à la norme dans le processus de prise en charge servent aux patients à profiter d'une *régulation* de leur dépendance à l'alcool quand elle devient excessive et invivable et que le sujet ressent des risques d'effondrement somatique et psychique (Pharo, 2010).

Ainsi, la prise en charge d'urgence et ses effets s'inscrivent dans un ensemble de relations cliniques et de rapports de forces instables et tendus (Foucault, 2009).

Les effets de rupture

Une première condition de la rupture se manifeste quand un sujet fait surgir, à l'occasion du passage aux urgences et de manière autonome, une interprétation qui rend compte de son rapport singulier à l'alcool, à condition d'être reprise par un soignant. Dans ce cas, le soignant, qui cesse de se focaliser sur le comportement, accorde une importance plus grande à la parole du patient.

Dans le cas de Madame I, l'interprétation porte sur un thème majeur, « l'Interdit », qui, dans son discours, règle et justifie son rapport à l'alcool et plus largement aux autres. Madame I est victime d'un malaise après avoir bu un flash d'alcool fort à jeun, elle est conduite par les pompiers aux urgences. À la question du psychiatre « *depuis quand date la dernière alcoolisation ?* », Madame I répond : « *A la maison, personne ne boit, rien n'est pire que l'interdit pour moi. Ça me rend dépressive et ça me pousse encore plus à boire (...). Je pouvais boire à n'importe quelle heure, je ne supporte pas qu'on m'interdise quelque chose, j'ai un esprit rebelle, alors là c'est pire.* » (...) Madame I

poursuit : « *l'interdit, j'ai horreur de ça. Que mon mari et mes enfants m'interdisent ! Mais de quel droit m'interdit-on de boire ? Ça pousse à autre chose l'interdit, quand vous interdisez c'est terrible.* » (Extrait du journal d'observation, hôpital Y)

Durant les entretiens de suivi, sept au total, « *l'interdit* » revient constamment dans les propos de la patiente. L'interdit est présenté comme « *inacceptable* » et directement associé par Madame I à sa consommation d'alcool.

Durant le premier entretien post-urgence, Madame I affirme que la psychiatre des urgences a levé pour elle ce qui faisait autorité : « *La psychiatre des urgences a été super, vraiment ! Je la remercie. Elle m'a vu, puis ensuite, elle a vu mon mari et elle lui a dit : "si elle veut boire, laissez-la boire". Elle a bien compris cela, de quel droit on m'interdit quelque chose ? Mon mari ne m'interdit plus, ne me dira plus que je ne dois pas boire. D'ailleurs ce week-end mon mari m'a proposé un verre et j'ai dit non.* » (Extrait d'entretien de suivi post urgence)

La prescription du psychiatre faite au mari de lever l'interdit, entendue par Madame I, la conduit dans le temps long de l'élaboration à retravailler, pour elle-même, à partir de l'urgence, le lien symptomatique fort entre alcool et interdit. La manière dont l'environnement est sollicité dans cette scène diffère des modes classiques de prise en charge décrits plus haut. En effet, il ne s'agit pas d'utiliser l'environnement pour attester une vérité visant à désigner un comportement pathologique (« *vous êtes alcoolique* »), mais de reprendre une vérité subjective en y impliquant l'environnement (son mari) comme contributeur de la clinique.

Durant les huit mois suivants pendant lesquels la patiente nous a décrit son travail réflexif vis-à-vis de l'alcool, on repère dans son discours et dans la description de ses attitudes un réaménagement de son rapport à l'objet d'addiction et à son entourage : « *C'est eux [entourage familial] qui menaient la danse et ça je ne supportais pas, ça a été un réel blocage qui m'a poussé vers l'alcool. Avant, j'avais horreur des interdits, ce rapport à l'interdit m'était insupportable, ça m'a poussée vers l'alcool. Mais mon mari a eu une réaction très saine, ça a changé nos relations.* » (Extrait d'entretien de suivi)

Outre l'alcoolisation, le recours aux urgences de Madame I est lié à une chute sur la voie publique où, confie-t-elle, elle a « *failli y passer* »¹⁴. Ce cas est donc aussi un exemple de ce que les effets de réaménagement du rapport à l'alcool peuvent s'étayer tant sur le

(14) « *Là, ce qui est arrivé à Y, ça a été un choc ! J'ai eu très peur de passer sous une voiture. Là j'arrête !* » (Extrait d'entretien de suivi)

psychique que sur le somatique, sans qu'une condition soit exclusive de l'autre.

Le parcours que Madame I évoque lors des entretiens de suivi montre que l'usage des urgences a permis de fixer deux éléments importants : une décision de réaménagement de la consommation d'alcool à partir d'une interprétation des effets somatiques de son épisode d'alcoolisation et un travail subjectif sur la signification de l'interdit qui conditionne son rapport singulier à l'alcool.

L'articulation entre la confrontation avec le danger de mort lié à l'alcoolisation et l'élaboration du thème majeur de l'interdit a amené la patiente à retrouver, par association, une scène traumatique de l'enfance : sa sœur est morte à l'âge de 8 ans par ingestion médicamenteuse. Madame I n'avait pas osé braver l'interdit du père de ne pas boire hors de table. Suite à la mort de la sœur, le père a eu cette parole : « *si elle avait plus bu, elle ne serait pas morte.* » (Extrait d'entretien de suivi) Elle découvre que c'est là que s'est noué pour elle le rapport majeur entre l'interdit, la mort et le boire. On voit ici que la prise en charge d'urgence peut articuler le somatique et le sens. L'événement de la prise en charge, pour autant que le patient en fasse usage, ouvre des voies en termes de signification et de changement. Pour Madame I, la problématisation de la question de l'interdit par la psychiatre renvoie à un événement infantile où, précisément, l'interdit était agissant mais non problématisé.

Une autre condition de la rupture, plus paradoxale, peut se produire alors même que le patient résiste subjectivement aux procédés disciplinaires que les psychiatres mobilisent dans la prise en charge. C'est le cas de Madame L qui est amenée à redresser sa conduite incontrôlée face à la menace d'hospitalisation psychiatrique et au diagnostic auquel aboutit l'enquête de comportement menée par les psychiatres qui l'assignent à la figure de l'alcoolique.

Madame L arrive avec les pompiers alertés par son mari qui l'a trouvée inconsciente devant la télévision alors qu'il revenait de sa sieste. Alors que Madame L évoque la cause accidentelle de son passage aux urgences¹⁵, elle est qualifiée d'alcoolique par les psychiatres : « *On ne boit pas comme ça en plein milieu d'après-midi madame. Vous êtes alcoolique et vous aviez deux grammes quand même !* ».

(15) Au cours de cet entretien avec les psychiatres, la patiente évoque à plusieurs reprises la nature accidentelle de son alcoolisation : « c'est vraiment un accident de parcours rien de plus » ; « je vous dis que c'est un accident de parcours » ; « l'accident c'était circonstanciel, c'était bon au goût, j'ai pas réalisé que j'avais trop dosé ».

Celle-ci récusé ce qualificatif auprès des psychiatres avant de se confier plus longuement au chercheur lors d'un appel téléphonique :

Madame L : « *Je voulais vous dire que je désapprouve complètement la méthode de ces deux personnes [les psychiatres qui l'ont vue] qui ont été extrêmement agressives, m'ont beaucoup humiliée devant mon fils, devant mes enfants. Ça, c'est impardonnable (...) là on n'a fait que m'humilier, publiquement, avec méchanceté et j'ai vu le moment où cette personne avait envie de me mettre en hospitalisation d'office et je l'ai mise en garde que je l'attaquerais si elle faisait ça. Elle était capable de ça. Bon, alors, j'étais quand même pas un danger public, alors je crois que c'est quand même pas la bonne méthode (...)* » (Message laissé sur le répondeur du chercheur)

Dans un second temps, Madame L prend appui sur sa critique pour justifier sa décision d'abstinence présentée, non comme une soumission aux prescriptions psychiatriques, mais comme un choix pour se faire reconnaître en tant que sujet digne et souverain. C'est l'issue subjective que trouve Madame L pour changer l'humiliation subie devant son fils en critique, c'est-à-dire transformer l'effet du pouvoir disciplinaire en liberté de jugement : « *on a passé Pâques à la campagne en famille. Je n'ai pas touché une goutte et là, mon fils, je lui en ai bouché un coin ! J'ai pas touché au champagne et pourtant j'aime ça.* » (Extrait d'entretien de suivi)

Le cas de Madame L est particulièrement significatif de la dynamique subjective de la résistance au pouvoir disciplinaire même si la légitimité de ce dernier est reconnue. C'est bien cette dynamique de résistance qui, paradoxalement, conduit Madame L à rompre avec la consommation d'alcool. Les entretiens de suivi révèlent que, comme pour Madame I, se rejoue dans ce lieu de prise en charge une expérience du passé où la prise d'alcool, par accident, dans l'enfance, avait donné lieu à une humiliation maternelle. La différence avec l'expérience de Madame I est que le thème significatif du rapport à l'alcool¹⁶ ne fait pas l'objet d'une reprise par les psychiatres ni d'une élaboration par cette dernière.

Les effets de régulation

Après de multiples passages aux urgences, Monsieur N revient à l'occasion d'un *pre delirium tremens*. Il en profite pour demander le renouvellement de sa prescription médicamenteuse. Ses recours

(16) L'interdit pour l'une, l'accident pour l'autre.

fréquents aux urgences ne semblent pas avoir pour effet une adhésion aux normes d'abstinence. Ils paraissent plutôt lui permettre de réguler et contrôler les conséquences d'une consommation chronique d'alcool. Le problème de Monsieur N, tel qu'il l'exprime, n'est pas l'alcool, mais le fait que les ordonnances qu'il vient chercher aux urgences n'excèdent pas trois semaines : « *Je suis resté deux jours sans traitement, j'ai un peu bu la journée, sinon je ne tiens pas debout quand je n'ai plus de médicaments. Je continue à boire. Je jongle avec les deux, alcool et médicaments. Je veux voir le médecin pour qu'il me fasse une ordonnance pour mes médicaments parce que le psychiatre [son psychiatre de CMP qu'il voit régulièrement] je ne vais pas pouvoir le voir tout de suite.* » (Extrait d'entretien aux urgences, hôpital Y)

Monsieur N fait référence à un savoir-faire dans son rapport à l'alcool et à l'urgence, à laquelle il recourt comme un outil (Ogien et Toledo, 1986). Cette référence s'illustre particulièrement quand le patient signale au chercheur sa compétence quant au dosage des médicaments et de l'usage d'alcool : « *c'est très difficile de bien savoir doser. C'est une question de dosage.* »

Monsieur N semble aussi trouver dans les dispositifs régulateurs des conduites, dans lesquels s'inscrit la prescription médicamenteuse, une ressource pour parer à la crise et au risque vital induits par les effets du manque : « *Quand j'ai plus rien en médicaments je fais des crises. J'ai pas arrêté de boire. Je ne me sentais pas bien, je voulais pas sortir et j'avais plus pris de traitement. J'avais plus rien du tout. Après quand j'ai mes médicaments, je suis bien. J'ai pas le choix, ça me soulage, c'est pour avoir les médicaments au long cours. Je suis alcoolo-dépendant et aux médicaments.* »

À l'instar d'autres patients développant un usage instrumental des urgences, Monsieur N s'inscrit docilement dans les attentes institutionnelles. D'une part, il satisfait la vocation des services d'urgence de prendre en charge la détresse vitale, d'autre part, il se fait bon sujet pour une médecine considérée dans ses représentations comme prescriptrice, en particulier, de médicaments : « *Ya un nouveau traitement, le baclofène, pourquoi on ne me le prescrit pas ? Je veux voir un médecin. Il faut qu'il me fasse une ordonnance.* » (Extrait d'entretien au chevet du patient, hôpital Y)

C'est précisément en ce qu'il s'inscrit dans ces attentes qui visent à normaliser les conduites d'excès que Monsieur N peut faire un usage instrumental du pouvoir disciplinaire des urgences qui, dans son cas, n'a pas à se manifester bruyamment. En effet, Monsieur N, en requérant la prescription médicamenteuse, reconnaît la logique de l'excès et la nécessité disciplinaire qui vise à la contrôler. Le disciplinaire peut donc prendre ici la tonalité de « douceur »

(Foucault, 2009 : 120) propre à son exercice pour les sujets qui s'y conforment. Par contraste, le glissement punitif de la discipline, dans le cas de Madame L, s'explique par son refus de reconnaître l'excès d'alcoolisation qui lui est renvoyé par les psychiatres. L'identification de l'interdit comme angle clinique, dans le cas de Madame I, renvoie aussi à la douceur du disciplinaire, dans la mesure où elle contient une reconnaissance implicite, par la patiente, de la logique de l'excès.

D'autres patients ont un usage des urgences que nous assimilons à une forme de duperie sociale (Simmel, 2001). En prononçant le discours attendu par les psychiatres, ils anticipent la normalisation et font mine de se soumettre aux attendus moraux du pouvoir disciplinaire.

Ainsi en est-il de Monsieur E, âgé de 41 ans qui arrive aux urgences le 7 octobre 2014 dans un contexte d'alcoolisation massive. Ce patient, qui recourt régulièrement aux urgences pour une consommation chronique d'alcool, adresse aux psychiatres un discours dans lequel il reconnaît l'excès de la conduite présentée comme une faute morale et sociale tout en témoignant de sa volonté de redressement : « *A 4 heures du matin, je me suis fait virer de chez ma copine. J'ai fait la manche pour avoir des clopes et me torpiller. Maintenant, j'ai envie de prendre ma vie en main, ça suffit, il faut que je m'en sorte. J'ai honte de moi, je suis mal. J'ai plus de force, ça fait deux jours que je ne me suis pas lavé, pas rasé, je suis un vrai clodo, j'ai honte de moi, je suis mal, j'ai vraiment honte, c'est atroce. Je suis fatigué, j'ai plus de force dans les jambes* ». (Extrait du journal d'observation, hôpital Y)

Après avoir écouté le récit fait par le patient de sa longue carrière de dépendance aux drogues et à l'alcool, de ses passages dans des centres de cure et de ses suivis ambulatoires en addictologie, les psychiatres le laissent sortir sans orientation. Une phrase met fin à l'entretien : « *On va vous laisser sortir, hein, vous connaissez le système de soin.* » (Extrait du journal d'entretien, hôpital Y)

À la demande du chercheur d'expliquer les raisons de cette « orientation », le psychiatre répond : « *il connaît les parcours de soin, mieux que nous, on ne voit pas ce qu'on pourrait faire de plus* ». La force avec laquelle, dans d'autres cas, peut s'appliquer le pouvoir disciplinaire sur les patients des urgences est, ici, atténuée par la confession du patient et sa conformité apparente aux normes morales qui sous-tendent la conception psychiatrique de l'alcoolisme.

Conclusion

La prise en charge des patients alcooliques aux urgences montre bien le caractère diffus et complexe de l'exercice du pouvoir

disciplinaire, dont Foucault signale que l'hôpital est un des premiers lieux d'application : inscrire, classer, désigner, hiérarchiser, normaliser, menacer, redresser sont autant de techniques identifiables aux urgences dans la prise en charge des patients alcooliques. Mais quelle en est la finalité, quand on considère que la plupart de ces patients vont rentrer à domicile, sans orientation ou prise en charge somatique dans des unités de soin hospitalière ou ambulatoire ? *Surveiller et punir* nous en donne une interprétation possible. Le pouvoir disciplinaire a, avant tout, une fonction positive de production, qui n'est pas tant d'exclure que de réintégrer pour rendre les sujets plus adaptés aux buts et logiques des instances de socialisation.

Ainsi, notre article pose la question de savoir si cette prise en charge des patients alcooliques, par le contrôle des excès et le redressement de leur comportement, ne participerait pas à cet exercice de mise en conformité sociale générale de la société disciplinaire. Dans cette logique implicite de régulation et d'amélioration de la productivité, il s'agit, dans l'espace des urgences, que les patients n'entravent pas l'efficacité des catégories et des pratiques de la psychiatrie. Pour cela, l'enjeu est, notamment, la reconnaissance de la pathologie tant de la part des psychiatres qui doivent pouvoir l'identifier que de la part des patients qui doivent l'avouer. C'est l'économie professionnelle qui cherche ici à mieux fonctionner, mais cet objectif ne peut être atteint sans la participation des patients et de leur environnement. Pour l'ensemble des soignants (médecins, infirmiers, psychiatres) la productivité est, aussi, conditionnée à la remise en circulation rapide de ces patients indésirables qui grippent le fonctionnement d'un espace soumis aux contraintes de l'urgence.

Comme le montre Foucault dans son analyse de la société disciplinaire, cette fonction positive exige la participation des sujets. Notre recherche montre la manière dont, effectivement, l'ensemble des patients alcooliques est contraint de contribuer au bon fonctionnement de la discipline. En outre, elle rend compte des modalités particulières de cette contribution. Selon la première modalité, la contribution du patient s'inscrit dans un rapport de force critique dont l'intensité dévoile la reconnaissance des normes en jeu que le patient finit par s'appliquer. Selon la deuxième modalité, la poursuite dans la carrière alcoolique repose sur la reconnaissance de la nécessité d'en réguler les excès et/ou de faire aveu de la faute morale qui y est associée. Parfois, on observe un au-delà de la visée productive, quand, pour reprendre des catégories foucaaldiennes, le sujet n'est plus uniquement soumis au gouvernement des autres mais invité à se gouverner lui-même.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Blaxter M., 1978, Diagnosis as category and process : the case of alcoholism, *Social sciences and medicine*, 12, 9-17.
- Canguilhem G., 2013 (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- Dargelos B., 2005, Une spécialisation impossible. L'émergence et les limites de la médicalisation de la lutte anti-alcoolique en France (1850-1940), *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 52-71.
- Dargelos B., 2008, *La lutte antialcoolique en France depuis le 19^e siècle*, Paris, Dalloz.
- Descombey J.-P., 2004, L'alcoolisme, continent noir de la psychanalyse ?, *Revue française de psychanalyse*, 2, 68, 561-579.
- Fortané N., 2010, La carrière des « addictions », d'un concept médical à une catégorie d'action publique, *Genèses*, 1, 78, 5-24.
- Fortané N., 2014, La (les) trajectoire(s) du changement. La naissance de l'addictologie, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 205, 42-57.
- Foucault M., 2009 (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.
- Lhuillier D., 2005, Le sale boulot, *Travailler*, 2, 4, 73-98.
- MacDonald E. B., Patel A. R., 1975, Attitudes towards Alcoholism, *British Medical Journal*, 5, 2, 430-432.
- Merle P., Le Beau B., 2004, Alcoolisation et alcoolisme au travail. Ethnographie d'un centre de tri postal, *Revue française de sociologie*, 45, 1, 3-36.
- Ogien A., Toledo M., 1986, Le sens de l'hospitalisation, *Sciences sociales et Santé*, 4, 2, 5-32.
- Paille F., Reynaud M., 2015, L'alcool, une des toutes premières causes d'hospitalisation en France, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 24-25, 440-449.
- Perrine A.-L., Develay A.-E., 2013, Recours aux urgences pour intoxication éthylique aiguë en France en 2011. L'apport du réseau Oscour®, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 16-18, 195-198.
- Pharo P., 2010, Sociologie cognitive et morale de l'addiction, *Revue française de sociologie*, 51, 692-719.
- Piriou O., Thomas J., 2015, *Rapport de recherche Urgences et alcoolisme : Etude quantitative des trajectoires de soin des patients alcooliques ayant eu*

recours aux urgences hospitalières. DREES, programme Santé mentale et organisation des soins en psychiatrie.

Poncet F., Feral A., 2002, Le patient alcoolisé : un « client » si présent et si oublié des Urgences, *Le courrier des addictions*, 4, 137-141.

Simmel G., 2001, *Philosophie du comédien*, Paris, Circé.

Strong P. M., 1980, Doctors and dirty work. The case of alcoholism, *Sociology of Health and Illness*, 2, 1, 24-47.

ABSTRACT

The care of alcoholic patients at emergency wards

Based on an ethnographic approach, this article aims at understanding the different ways of implementing the disciplinary power, such as described by Foucault, in the care of alcoholic patients at emergency wards of general hospitals. It studies the disciplinary processes founding care practices. Then it compares these disciplinary mechanisms with the uses that patients make of them. The analysis shows that disciplinary power is not imposed massively or unilaterally on people but that it results from unstable power relationships between patients and healthcare professionals.

RESUMEN

Procedimientos y efectos del poder disciplinario en los servicios de urgencias. El caso de la atención a los pacientes alcohólicos

Basado en una encuesta etnográfica, este artículo intenta entender las modalidades de aplicación del poder disciplinario en los servicios de urgencias de los hospitales en la atención a los pacientes alcohólicos. Se estudian los procedimientos disciplinarios que la respaldan para confrontarlos luego con los usos que los pacientes hacen de los mismos. El análisis refleja el hecho de que el poder disciplinario no se impone de forma masiva o unilateral sobre los individuos, sino que es más bien el resultado de las relaciones inestables de poder que surgen del encuentro entre los pacientes y el personal médico.