



**HAL**  
open science

## Couplage entre données objectives et points de vue du sujet : travail du négatif et intersubjectivité lors des appels d'urgence au SAMU centre 15

Christiane Montandon

### ► To cite this version:

Christiane Montandon. Couplage entre données objectives et points de vue du sujet : travail du négatif et intersubjectivité lors des appels d'urgence au SAMU centre 15. Nouvelle revue de psychosociologie, 2019, N° 27 (1), pp.157-166. 10.3917/nrp.027.0157 . hal-04582290

**HAL Id: hal-04582290**

**<https://hal.u-pec.fr/hal-04582290v1>**

Submitted on 21 May 2024

**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.

## Couplage entre données objectives et points de vue du sujet : travail du négatif et intersubjectivité lors des appels d'urgence au SAMU centre 15

Christiane Montandon<sup>1</sup>

Coupler données objectives et points de vue du sujet peut faire émerger les non-dits sous-jacents à l'activité décisionnelle des médecins urgentistes en réponse à des appels d'urgence : le recours à l'aménagement d'un espace dialogique d'interlocution initié par le chercheur en menant des entretiens d'explicitation (EdE) renvoie à une épistémologie de l'intersubjectivité dont la situation d'entretien et son écoute bienveillante rendent possible l'accès à un sens jusqu'alors insu du sujet ou à la formulation explicite de sa volonté implicite de taire ce qu'il sait. Dans la perspective d'une anthropologie des actions situées, le médecin, par le biais de l'EdE, nous décrit verbalement son faire, alors que dans la bande audio, où est enregistré son échange avec l'appelant, son faire est en grande partie du dire. Le chercheur va s'appuyer sur ce double cadre linguistique pour cerner ce que la confrontation entre observables enregistrés et description de son activité par le sujet confirme, infirme, renforce, obère, corrobore. Une telle méta-sémantique d'intelligibilité des actions repose sur cette confrontation qui sert à repérer le travail du négatif : ce que le médecin se refuse à dire au patient, ce qu'il occulte de ce qu'il sait, ce qu'il tait, ce qu'il omet ou confond et qui renvoie soit à un impensé du langage soit à un allant de soi, ce qui n'est pas perçu et reste subliminaire, ce qui n'est pas présent à la conscience mais agit inconsciemment (aussi bien inconscient cognitif qu'inconscient psychanalytique) dans son fonctionnement mental. En quoi ces catégories du négatif peuvent-elles se révéler comme éléments structurant en partie la démarche stratégique de l'activité décisionnelle du médecin ?

L'enjeu épistémologique d'un tel couplage réside donc d'abord dans une confrontation entre sémantique de l'action, fournie par le dire de la bande-son, et une sémantique de l'intelligibilité de l'action (Barbier, 2000, p. 92), propre à un registre représentationnel par la mise en récit dans l'EdE du déroulement de la négociation du médecin avec l'appelant et des modalités de sa prise de décision. En effet, l'action réside ici dans le dire interactionnel du médecin et de l'appelant, de sa stratégie communicationnelle quand il pose les diverses questions à l'appelant pour recueillir des données suffisantes, cerner la cause de l'appel et en déduire la décision efficiente à prendre. La description de cet agir expérientiel nous est livrée par l'EdE. Or confronter données objectives enregistrées avec le point de vue subjectif de l'agir représentationnel valide ce que Resnik nous livre de la nécessaire complémentarité de l'objectivité et de la subjectivité quant à l'exigence de scientificité : « L'objectivité "scientifique" n'a pas de sens si elle ne prend pas en considération la subjectivité de l'expérience » (Resnik, 2009, p. 71). Le chercheur, par la situation d'entretien, accompagne le médecin dans la description de son activité et favorise, dans un processus de réfléchissement<sup>2</sup> propre à la posture d'évocation, la mise en évidence de ses propres processus mentaux.

Approche objective et perspective subjective définissent un couplage entre ce qui s'énonce dans deux lieux de parole différents, dans deux situations intersubjectives spécifiques, la première entre l'appelant et le médecin, en l'absence de toute perception visuelle, la seconde en situation d'entretien avec le chercheur, aménageant un espace transitionnel de

---

<sup>1</sup> Professeur émérite en sciences de l'éducation, UPEC. montandon@u-pec.fr

<sup>2</sup> Vermersch (1994) reprend la distinction, mise en évidence par Piaget (1974) dans sa théorie des étapes de la prise de conscience, entre processus de réfléchissement et processus de réflexion *a posteriori*. Le réfléchissement concerne cette position d'évocation qui permet au sujet de recontacter son vécu subjectif et de le décrire.

perlaboration des processus mentaux mobilisés lors de la situation antérieure. La co-construction de cette expérience intersubjective permet de saisir l'émergence de différents types de « négatif » à partir du « positif » fourni par les données des bandes audio. Au-delà de la métaphore photographique, l'expression « travail du négatif » (Green, 1993) qu'il s'agit d'étudier invite à interroger les processus transformatifs qui président à la prise de conscience de ces non-dits.

### **Contexte théorique de la recherche et enjeux épistémologiques**

Cette recherche répond à une demande de certains médecins régulateurs pour promouvoir une approche qualitative combinant perspectives heuristiques et praxéologiques, en l'absence de contact physique avec le patient, et avec l'enjeu de former les nombreux acteurs concernés par la télémedecine<sup>3</sup>. La verbalisation de l'expérience vécue dans l'EdE et la retranscription des données audio nous livrant les discours tenus lors de l'appel d'urgence mettent en évidence les écarts entre ce qui se dit entre médecin et appelant et ce qu'en décrit le médecin lors de l'EdE. Dans une perspective psycho-phénoménologique, il s'agit en effet de montrer comment le retour sur soi (par l'évocation suscitée lors de l'EdE) d'un moment vécu dans une situation d'appel d'urgence permet à la conscience de saisir les processus à l'œuvre dans ce réfléchissement représentationnel : le sujet dans cette posture réfléchissante, accompagné par l'écoute bienveillante du chercheur dans sa focalisation sur un moment qu'il choisit de décrire, fait émerger à sa conscience des éléments tacites, non conscients préalablement. Cette émergence du préconscient, en tant que pré-réfléchi, d'un inconscient majoritairement cognitif rejoint en partie ce qu'André Green appelle le travail du négatif. Il définit en effet le négatif comme une propriété spécifique de la pensée, plus précisément de la pensée consciente, rejoignant ainsi ce que Hegel dans la *Phénoménologie de l'esprit* pense en termes de « fondement du négatif » : « Hegel me paraît avoir pensé le négatif plus loin qu'aucun autre penseur, comme constituant de la conscience » (Green, 1995, p 25).

Green résume ainsi les caractéristiques de cette négativité de la conscience : « Présentifier, reproduire, représenter un antérieur marqué par une relation objet-perception, voilà le processus. La pensée consiste donc en une transformation du rapport objet présent-sujet percevant en rapport objet non présent, non perceptible-sujet reproducteur, qui présentifie par représentation. Telles sont les coordonnées du négatif : ce qui se produit malgré l'absence de l'objet et ce dont sa présence qui fait défaut (la non-perception) induit comme autre mode de présentification – de rendre présent – faisant exister, par un acte de reproduction (de la trace de ce qui a été perçu), une structure réfléchie qui en tient lieu » (*ibid.*, p. 29).

Ces différentes étapes de la prise de conscience impliquent de passer du pré-réfléchi au réfléchi, c'est-à-dire à la représentation de l'objet absent, puis de cette conscience réfléchie à une conscience réflexive<sup>4</sup>, qui consiste en la prise de conscience de ces processus dans le travail du négatif : « Le négatif est le résultat de l'articulation de ces divers processus » (*ibid.*, p. 29). Ce cheminement progressif de la découverte de l'insu, des implicites, des savoirs tacites, a été modélisé par Vermersch (2007) dans cette démarche propre à l'EdE.

---

<sup>3</sup> Pour plus de détails, voir Montandon et Bertrand, 2018.

<sup>4</sup> Ceci renvoie en effet à deux étapes du processus de conscientisation : dans la première étape, la capacité à rendre présent à la conscience ce qui a été vécu (passage du pré-réfléchi au réfléchi), puis, par un retour distancié sur ces éléments désormais conscientisés, accès à la conscience réflexive.

Or se réclamer de cette catégorie générique du négatif me permet d'explorer l'éventail de ce qui a pu être nié, refusé, effacé, écarté, rejeté, refoulé, insu, incorporé, par le médecin lors de l'appel d'urgence et de mettre en évidence l'avènement de ces diverses variétés du négatif émergeant à la conscience de celui-ci. Le négatif est en effet plus large que la simple négation, comme acte de ne pas dire, ne pas voir, ne pas entendre, comme refus de faire et de savoir : c'est aussi l'impossibilité de dire, la nécessité de taire, le désir d'oublier, le besoin d'ajourner. Si Green envisage, dans une perspective désormais psychanalytique, refoulement, inhibition, déni, désaveu, dénégation comme autant de figures du négatif (Green, 1995, p. 30), le corpus de terrain dont je dispose ainsi que mon expérience vécue des relations intersubjectives avec les médecins interviewés lors des EdE ne me permettent pas d'affirmer reconnaître à l'œuvre de manière péremptoire de tels processus dans leurs discours. Les conditions ne sont pas ici requises pour utiliser ce concept dans une perspective psychanalytique, mais le terme même de travail invite à voir, dans ce qui se joue dans la situation intersubjective d'entretien, des processus de transformation d'éléments psychiques non conscients en représentations conscientes, formulées explicitement, et ce grâce au désir de verbaliser ce qui a été émotionnellement vécu intensément.

La condition d'émergence à la conscience de ce travail du négatif réside en effet dans la co-construction d'une intersubjectivité. Or celle-ci, lors de l'EdE, n'est pas de même nature que la situation d'échange du médecin avec l'appelant. L'urgence de la situation lors de l'appel au SAMU rend cet espace intersubjectif à la fois nécessaire et problématique :

- nécessaire parce qu'il est indispensable au médecin de s'entendre sur les significations des termes employés par l'appelant et de saisir à partir de là le sens de sa demande ;
- problématique dans les sous-entendus et les silences éventuels du médecin quant à la gravité des symptômes, ce qui restreint une démarche d'intersignifications partagées.

Par contre, la situation d'EdE, qui s'appuie sur un contrat de communication renouvelé tout au long de l'entretien au fur et à mesure de l'implication du sujet, de la manière dont il se sent écouté par l'interviewer et autorisé à poursuivre dans la verbalisation de son vécu de référence, requiert la construction d'un espace intersubjectif fondé sur une éthique relationnelle. En effet ces « informations produites par le sujet lui-même sur son propre vécu » (Vermersch, 2012) dépendent de la manière dont l'intervieweur accompagne l'interviewé, de la qualité de son écoute : les effets perlocutoires<sup>5</sup> des relances vont induire le déroulé discursif et permettre au sujet d'approcher le sens qu'il confère à son action. Cette quête de sens présuppose un accord préalable et une clarification sur les positionnements respectifs des interlocuteurs. En effet la mise en place d'un cadre de références communes quant aux objectifs et aux intentions du médecin et du chercheur lors de l'EdE implique de coconstruire cet espace intersubjectif pour permettre au médecin de choisir la situation qu'il souhaite analyser pour mieux comprendre ce qui s'est joué dans ses interactions avec l'appelant. Un tel espace est doublement transitionnel : il accrédite la transition, le passage entre situation d'appel antérieure et situation présente d'entretien qui permet au médecin de se remémorer ses actes mentaux et son activité décisionnelle ; transitionnel au sens de Winnicott (1971), en tant que l'entre-deux permet de réunir ce qui est séparé, réalité externe, ce qui s'est passé lors de l'appel et réalité interne renvoyant à son vécu expérimentiel. Pour aménager un tel espace transitionnel, il me semble nécessaire de préciser les places énonciatives de chacun (qui parle à qui et pour faire quoi) ainsi que les systèmes d'attentes et de représentations (Wallian, Poggi et Chauvin, 2014, p. 18) qui ont incité les médecins à accepter un EdE.

---

<sup>5</sup> Par opposition aux actes perlocutoires d'Austin (1970), Vermersch parle d'effets perlocutoires pour désigner l'impact sur l'interlocuteur des paroles du locuteur. (Expliciter, n° 71, Vermersch, 2007)

Négociation et co-construction de cette situation d'interlocution s'avèrent une des conditions nécessaires, mais non suffisantes d'un espace intersubjectif. En effet, à côté du registre représentationnel, il convient de tenir compte de la dimension émotionnelle, affective, expérientielle du sujet engagé dans l'interaction avec autrui. Certes, ce que je suis, en tant que chercheur, dans ma manière d'aménager l'espace intersubjectif de l'entretien, ce que j'induis dans le choix de relancer sur telle expression plutôt que sur telle autre témoignent de mon inévitable implication dans ce qui se dit et ce que j'entends à travers la manière dont je suis moi-même affectée par ce discours.

### Éléments méthodologiques

La mise en place des EdE a suivi la réalisation d'entretiens semi-directifs, qui ont permis d'initier un premier repérage réciproque, tant de la part des médecins que des chercheurs, sur les objectifs et les raisons d'être de la recherche. Parmi ces médecins interviewés, certains ont décidé de poursuivre l'investigation en acceptant un EdE. Ces EdE favorisent, par un guidage particulier du chercheur vis-à-vis du médecin, une focalisation sur les processus mentaux et le procédural de l'activité. Aménager un espace intersubjectif requiert un contrat de communication et d'écoute<sup>6</sup> : par les relances se manifestent des effets perlocutoires facilitant l'accès au non conscient de cette expérience, laquelle fonde les conditions d'interdépendance entre objectivité et subjectivité. En effet, c'est à partir des indications fournies par le médecin dans l'EdE, et à partir de la situation spécifiée retenue par lui comme signifiante, que le chercheur peut retrouver, dans l'énorme volume d'heures d'enregistrement de tous les appels d'urgence, la bande-audio qui correspond à cet appel. La perspective objective vient dans l'après-coup de la prise en compte non seulement du point de vue du sujet, lors de cette introspection rétrospective, mais encore après l'aménagement de l'espace dialogique intersubjectif d'écoute par le chercheur du cheminement psycho-affectif et cognitif du médecin et de sa verbalisation. Ce dispositif méthodologique renvoie donc à deux ordres de succession différents : ce qui est avant pour le médecin vient après pour le chercheur. Deux temporalités distinctes structurent ainsi l'accès au négatif pour l'un et pour l'autre. « Le négatif est le résultat de la saisie du temps par le psychisme qui par cette médiation révèle sa structure » (Green, 1995, p. 30). La bande-son nous offre un régime socialisé de conversation professionnelle avec un arrière-plan éthique, relationnel et médical, la verbalisation lors de l'explicitation nous introduit dans l'intimité des processus mentaux du sujet. Ainsi se combinent vécu agi, réalisé, d'une part, vécu remémoré, réflexif, activité psychique réelle, d'autre part : vie psychique dont les sentiments réfrénés, l'agressivité contrôlée, les savoirs tus, les informations gardées pour soi constituent le négatif.

Le chercheur, en écoutant la bande-audio, a un accès direct aux accents prosodiques de la bande-son, aux silences, au rythme de l'élocution, au climat de l'échange à partir du ton également adopté par le ou les interlocuteurs dans leurs interactions avec le médecin. Mais surtout grâce à la verbalisation lors de l'EdE, le chercheur va pouvoir pointer dans la bande-son ce qui n'est pas dit et par là mettre en évidence divers régimes de fonctionnement mental. Ainsi, ce qui est tu lors de l'appel téléphonique peut être explicitement dit dans l'EdE. Mais, *a contrario*, certains éléments repérés à partir de la bande audio peuvent être déformés, omis, confondus lors de l'EdE. Par exemple ce sera le cas de NS, médecin qui parle d'une infirmière (alors qu'il s'agit d'un infirmier), victime d'un processus de contamination, de *fading*, en évoquant ses relations conflictuelles avec la directrice de la maison de santé.

---

<sup>6</sup> P. Vermersch dégage les dimensions relationnelle, pragmatique, et éthique de ce "contrat d'attelage" comme condition d'un « accordage » indispensable entre intervieweur et interviewé (1994, p. 106 sq)

À cette dualité temporelle des deux discours s'adjoint une troisième dimension : celle d'une confrontation après coup par le chercheur des écarts, des recoupements découverts entre ces deux sources de données. L'écoute des bandes-son, traces de l'activité du médecin, fournissant le factuel de l'interlocution, s'inscrit dans une indépendance totale de ces deux données. En tant que chercheur, je n'ai pas été influencée dans mes relances par le « réel » de l'interaction ; cette indépendance dans sa successivité heuristique inverse de ce qu'a vécu le médecin permet d'en repérer l'impact émotionnel. En effet, la position du chercheur présente un chiasme temporel par rapport à la position du médecin, qui « sait » ce qui s'est passé, comment ça s'est déroulé, dans son rapport à l'altérité, à l'autre extérieur. Le chercheur, lui, ne découvre qu'après coup ce qu'il en est de ce rapport à l'autre et peut *in fine* confronter les traces de l'activité du médecin obtenues par l'écoute des bandes-audio avec la description du vécu du sujet. Un tel retour sur soi du médecin amorce dans une perspective développementale une prise de conscience des transformations possibles dans sa pratique professionnelle de la gestion de l'appel d'urgence. Le chercheur, quant à lui, fait l'hypothèse de fonctions structurellement différentes du langage dans l'émergence de ces non-dits.

Parmi les différents EdE associés à des bandes-son, deux concernent des médecins régulateurs urgentistes confrontés à la mort du patient : cette situation difficile me permet en dernière analyse d'oser une approche comparative sur certains moments cruciaux, points nodaux d'un vécu particulièrement emblématique de ces situations de régulation.

## **Approche comparative de deux situations paradigmatiques**

### ***Les données recueillies***

Les deux EdE sont à peu près de longueur identique, un peu plus d'une heure et quart, mais le contraste entre les deux bandes audio indique un climat relationnel totalement différent ainsi qu'un rythme temporel opposé (continuité et suivi d'accompagnement d'un côté, structure discontinue et rappels fréquents de l'autre) :

- celle de LB dure vingt-cinq minutes et présente avec le même interlocuteur une tonalité qui se veut apaisante devant la situation extrêmement anxiogène du problème ;
- celle de NS se compose de six appels avec une multiplicité d'interlocuteurs, c'est un cas complexe de coopération entre médecin, infirmier, ambulancier, cadre de santé de la maison de retraite ; ces négociations et prises de décision ont demandé du temps, puisque le premier appel est à 19 h 28 et le dernier à 21 h 38<sup>7</sup>.

Les deux situations d'urgence auxquelles sont confrontés ces deux médecins régulateurs LB et NS abordent le rapport à la mort non seulement des médecins, mais aussi des membres de la famille :

- le mari pour LB, qui reçoit un appel de ce monsieur, car sa femme enceinte s'est effondrée en pleine nuit suite à un arrêt cardiaque,
- les filles pour NS, qui doit décider s'il est préférable que leur père très âgé, souffrant d'insuffisance respiratoire, reste en maison de retraite ou soit transporté à l'hôpital.

Face à de tels dilemmes, la confrontation des données objectives et de ce qu'en dit le médecin nous permet de mieux comprendre comment les deux médecins, LB et NS, gèrent leurs propres émotions ainsi que celles des appelants en préservant un fonctionnement cognitif

---

<sup>7</sup> Le détail de la succession de ces appels est présenté dans Montandon et Ammirati (2018).

nécessaire à la prise de décision la plus rationnelle possible, tout en étant conscients du choc affectif ressenti par les interlocuteurs, sans se laisser déborder par les émotions de l'appelant et leurs propres émotions. L'analyse fine de ces données empiriques permet de dégager diverses catégories du négatif.

### *Stratégie du taire et gestion de l'angoisse*

La précision que LB me donne de l'heure souligne l'effort d'investissement et le poids émotionnel de cet appel : elle devait finir son service à quatre heures du matin et elle est confrontée à une urgence dramatique. LB est d'emblée sensible à la tonalité émotionnelle du mari en insistant sur les indices significatifs fournis par la prosodie : « Il nous appelle parce qu'il a l'air complètement affolé. Et très rapidement j'essaie de comprendre ce qui se passe et je me rends compte que cette dame est en arrêt cardiaque. » Elle insiste sur la rapidité du diagnostic et décrit très précisément comment elle sollicite les informations : « Je lui demande si elle respire, il sait pas trop me dire. Donc dans ces cas-là je demande toujours que la personne approche sa joue de la bouche et du nez du patient et qu'il me dise s'il sent un souffle d'air ou pas. » Sa prise de décision d'envoyer des secours se fait immédiatement et la mobilisation de toute son énergie consiste à accompagner le mari pour l'aider à réaliser un massage cardiaque, mais aussi à maintenir une relation empathique en essayant de se représenter ce que l'autre ressent, ce qu'il fait, en focalisant son attention sur des gestes pour gérer une trop grande tension due à l'attente des pompiers. L'affolement et l'angoisse du mari l'incitent à cacher sa propre inquiétude.

Son besoin de contrôler ses affects, de rester maîtresse de ses propres émotions avec la volonté de ne pas effrayer le mari la conduit à s'appuyer sur des indications physiques pour se représenter comment le mari réalise le massage cardiaque. Devant le retard des pompiers, elle garde le contact avec ce monsieur mais en même temps, par une autre ligne téléphonique, elle appelle le centre des effecteurs et apprend qu'ils se sont trompés de ville : la bande audio ne fait pas état de cela, seul l'EdE permet de mettre en évidence ces différents niveaux d'actes mentaux et la multimodalité des communications. D'un côté elle prend des décisions organisationnelles, elle s'appuie sur des objets techniques pour résoudre le problème du retard des pompiers, d'un autre côté elle veille à maintenir le contact avec le mari et en même temps à s'informer sur les antécédents de sa femme « pour anticiper », au cas où il y « aurait quelque chose qu'on peut faire », « un traitement qui pourrait aider à la récupérer ». Ces diverses couches de vécu mettent en évidence l'importance du discours intérieur qu'elle se tient à elle-même parallèlement à ce qu'elle dit au mari.

Pour maintenir le contact, elle recourt de nombreuses fois à la fonction phatique<sup>8</sup>. Elle a le sentiment d'une attente interminable, voici comment elle décrit dans l'EdE ses états internes : « C'est très long. Et je sais que moi-même, y'a eu des fois où je me suis sentie, euh..., franchement, démunie. Et que je me suis dit "Mais, je ne sais plus quoi lui dire". Et je sais qu'il y a eu des blancs. » L'EdE nous livre à la fois son inquiétude et sa difficulté à construire avec le mari cet espace intersubjectif d'autant plus difficile à pérenniser et à préserver que le contact physique, visuel n'existe pas : « Et je lui ai demandé : "Vous n'êtes pas trop fatigué ?" Et il m'a dit "Non", parce que tout simplement, voilà, c'est sa femme. »

---

<sup>8</sup> La fonction phatique fait partie des six fonctions du langage étudiées par R. Jakobson (1963) : en se focalisant plus sur l'action de parler à quelqu'un que sur le fait de dire quelque chose, en privilégiant l'énonciation plus que l'énoncé, cette fonction cherche à maintenir le contact entre interlocuteurs.

Pour préserver cette relation intersubjective elle décrit longuement l'importance pour elle de se représenter la scène, comme une médiation pour avoir le sentiment de partager le monde environnant du mari : « Parce que c'était dur de rester vingt minutes en ligne avec le mari à lui faire masser sa femme. Enfin, on arrive tout à fait, finalement, à se représenter la scène. » En tant qu'intervieweur, pour préserver sa posture de prise de position incarnée<sup>9</sup>, je relance en demandant : « Et quand vous vous représentez la scène, qu'est-ce que vous vous représentez ? » Elle continue : « Je voyais une chambre. Avec juste les lampes de chevet allumées, la femme. Donc je la voyais et le monsieur en train de la masser, avec le téléphone qui était posé. Parce que je lui avais dit "Mettez le haut-parleur, posez le téléphone sur le lit". Voilà, je voyais tout à fait ce genre de scène. » Cet accompagnement, parfois silencieux, qu'elle instaure avec le mari pour maintenir cette fragile relation m'incite également, en tant qu'intervieweur, en miroir, à prendre soin de garantir sa posture d'évocation et cet espace intersubjectif : j'interviens très peu, par des murmures caractéristiques de la fonction phatique, pour signifier mon écoute. Ces relances *a minima* de ma part à ce moment-là témoignent de ma préoccupation à sauvegarder ce lien ténu qui fait écho à ce qu'est en train de revivre LB.

La bande-son, de par ses silences, nous livre l'ampleur de ce qui est tu et pointe l'importance des artefacts, des objets techniques, des indications factuelles sur lesquels elle s'appuie pour maintenir le contact. Son échange avec le mari s'étaye sur des médiations matérielles (portable, haut-parleur), sur des informations spatiales, des recommandations corporelles précises ; un tel étayage du verbal sur le monde physique (Brassac, 2004) sous-tend les interactions entre LB et le mari pour construire un monde intersubjectif visant à modéliser des repères communs (Brassac, 2000). La confrontation de ces deux catégories de données fournit des éléments de convergence dans les niveaux de fonctionnement psychique, les informations médicales pour faire le massage cardiaque d'un côté (bande-son) mais accompagnée d'un véritable souci d'étayage empathique, et, de l'autre (EdE), l'aveu d'une tension émotionnelle importante et une volonté de rassurer le mari. Nous sommes alors en présence de deux formes différentes d'intersubjectivité : celle du médecin avec l'appelant, qui se limite au domaine précis d'une efficacité médicale dans une relation humaine qui se veut chaleureuse (la prosodie de la bande-son en témoigne), celle du chercheur avec le médecin, volontaire pour revenir sur cet épisode douloureux de son activité régulatrice. On peut faire l'hypothèse que cette difficulté à gérer le silence est d'autant plus grande que LB doit mobiliser une énergie psychique importante pour taire tout ce qu'elle sait, la gravité de l'état de cette femme et ce retard inexplicable des secours. L'injonction qu'elle se donne à parler calmement au mari, tout en contrôlant ses affects, nous est livrée par l'EdE qui dévoile ce qu'il en est de cette inhibition, qui inaugure ce « travail du négatif » : « Je sais que c'est important de pas laisser les gens tous seuls. De dire... C'était évident qu'il fallait que je reste avec lui. Mais c'est vrai que en même temps, euh... trouver pendant vingt minutes quelque chose à dire ! » Dire paradoxal puisqu'il dit tout sauf l'essentiel qui est tu.

L'EdE lui permet en effet de se réapproprier ce qui a été mis sous silence, oserais-je dire refoulé, ou du moins inavouable, l'impossibilité d'exprimer cette idée d'une mort possible qu'en tant que médecin elle envisageait. Ma posture d'intervieweur, très en retrait, avec des relances très courtes, me permet d'être à l'écoute du soulagement éprouvé par LB de pouvoir exprimer enfin ce qu'elle avait dû contrôler et avec le sentiment d'une très grande implication.

---

<sup>9</sup> Je rappelle que l'exigence de la posture d'évocation implique une focalisation sur une situation spécifiée qui élimine toute généralité et se centre sur ce qui a été vécu à ce moment-là.

De plus, dans une partie importante de l'entretien, elle se focalise sur un autre espace intersubjectif, celui des interactions avec les ARM<sup>10</sup>, mais aussi avec l'infirmière et le jeune médecin qui étaient dans l'ambulance du SAMU. « Les ARM étaient là et me regardaient. Tout le monde me fixait. Tout le monde se disait : “C'est elle qui a la solution. C'est elle qui va savoir lui expliquer comment faire les trucs, les gestes.” Et les gens attendaient après moi, me regardaient. Je sentais les regards sur moi. »

Elle dit rencontrer l'ambulancier, le médecin et l'infirmière au moment où elle redescend de la salle de régulation : ils ont conduit le mari et sa femme jusqu'à la Salpêtrière et elle apprend que le chirurgien n'a rien voulu faire. Elle résume dans une longue description cette accumulation d'interactions contrariées, inabouties, d'attentes refusées qui génèrent une grande tension émotionnelle et peut-être même une révolte sourde : « Je pense que ce refus est ce qui a été encore plus dur pour l'équipe... ils se sont pris le refus assez froid du chirurgien une fois arrivés à l'hôpital, qui est finalement pour nous peut-être le seul espoir de pouvoir quand même essayer de faire quelque chose pour cette dame. » Ce refus du chirurgien de tenter quelque chose a choqué l'équipe, elle dit combien l'infirmière a exprimé sa déception de voir tous ces efforts réduits à néant. Elle insiste aussi sur l'importance pour elle d'avoir pu échanger avec l'infirmière sur ce qui est ressenti comme un échec ; elle regrette également de n'avoir pu échanger avec le jeune médecin (qui était dans l'ambulance) et dont la femme était elle aussi enceinte : il s'est « vite éclipsé » sans vouloir parler de quoi que ce soit. Aussi, dans l'EdE, ce manque de communication, cette fin de non-recevoir de la part du jeune médecin qui préfère s'en aller plutôt que d'échanger avec elle sur ce qu'il a lui aussi éprouvé la conduisent à exprimer regrets et sentiments d'impuissance.

En soulignant la surdétermination de ces éléments convergents de la situation du jeune médecin qui entrent en résonance avec celle de l'appelant, elle insiste sur ce qu'elle n'a pas pu dire. Elle apprécie dans l'EdE de pouvoir décharger émotionnellement ce qu'elle n'a pas pu formuler avec ce jeune médecin et que partiellement exprimer avec l'infirmière anesthésiste. Pour ma part, cette même surdétermination fait de cet entretien une situation symboliquement très significative des enjeux de l'espace intersubjectif qui peut se coconstruire par ce biais. Le rapport à la mort fait souvent l'objet d'un déni ou d'une fuite, en tous les cas d'un non-dit. En tant que chercheur, j'ai pour ma part éprouvé un soulagement d'avoir enfin aménagé, grâce à ce dispositif méthodologique de l'EdE, un lieu, un espace de parole réunissant éléments de contexte et expériences douloureuses où erreur des ambulanciers, refus du chirurgien, fuite du jeune médecin qui se dérobe aux échanges constituent un faisceau de facteurs qui ont permis l'émergence de ces non-dits.

Le second cas paradigmatique concerne aussi le rapport à la mort. Le second médecin, NS, n'a pas le même arrière-plan douloureux que celui dans lequel se trouvait prise LB. L'examen de cette situation révèle également des non-dits de nature différente, dans la mesure où ils concernent essentiellement les relations entre personnels soignants, infirmier et cadre de santé de la maison de retraite et ne mobilisent pas du tout la même résonance émotionnelle.

### **Éthique relationnelle et gestion des conflits inter-statutaires**

---

<sup>10</sup> ARM : assistant de régulation médicale, ceux-ci sont dans la salle de régulation, une d'entre elles lui avait passé le mari et tous entendaient ce qu'elle disait au mari, mais aussi avaient connaissance du dysfonctionnement des ambulanciers qui s'étaient trompés d'adresse.

Alors que dans le cas précédent les registres représentationnel et affectif étaient prépondérants, ici ce sont la dimension axiologique, d'une part, et le registre expérientiel, d'autre part, qui vont drainer la majorité des non-dits. L'appel est celui d'un infirmier et concerne un monsieur âgé de 89 ans qui souffre d'insuffisance respiratoire ; prenant connaissance des informations fournies sur l'état du malade, le médecin NS juge préférable de ne pas le transporter à l'hôpital. Il en réfère cependant aux filles du monsieur, alors présentes à son chevet, qui sont d'accord pour qu'il reste dans la chambre de la maison de retraite où elles peuvent le veiller. Cette décision est prise assez rapidement comme allant de soi, dans la mesure où elle coïncide avec les valeurs et la posture éthique du médecin qui refuse l'acharnement thérapeutique.

L'analyse prosodique de la bande-son (Auchlin et coll., 2004) met en évidence le ton respectueux et soumis de l'infirmier devant les décisions du médecin comme indicateur d'un allant de soi implicite : devant la figure d'autorité, de celui qui détient le savoir médical, l'infirmier ne fournit que les informations demandées, sans émettre de réserves ou soulever de questions, ce qui aurait pu en particulier amener le médecin à se demander si les soins de confort pourraient être assurés après 20 heures. Leur échange porte sur les objets techniques, les termes médicaux, qui véhiculent de nombreux sous-entendus dans la mesure où ils partagent un code spécialisé commun. De tels non-dits relèvent de la catégorie des implicites professionnels propres à l'appartenance à une culture commune. C'est dans ce référentiel commun que se glisse un impensé qui empêche le médecin de mobiliser son capital expérientiel concernant le fonctionnement de *cet établissement-là* : il sous-entend en effet comme « allant de soi » qu'il y a possibilité de faire une piqûre si besoin est, en croyant qu'il y a un infirmier même la nuit, ce qui n'est pas le cas dans cette maison de retraite. La posture réflexive suscitée par l'EdE amène NS à envisager une autre manière de voir les choses : « Je pense que y a eu une incompréhension entre l'*infirmière* et moi. C'est-à-dire que moi j'étais persuadé que la maison de retraite était dans la capacité de mettre en place les soins de confort, ce que je ne savais pas, c'est que l'*infirmière* quittait son service je crois aux alentours de 20 heures. » Le sous-entendu devient malentendu, du fait de sa représentation tronquée, insuffisamment documentée sur le mode de fonctionnement de l'établissement.

La facilité et la clarté du diagnostic, d'un côté, l'accord trouvé assez rapidement avec les membres de la famille, de l'autre, dans le respect des mêmes valeurs, ont amené le médecin à laisser de côté des savoirs expérientiels qui l'auraient conduit à prendre en compte le contexte institutionnel et les modes de fonctionnement de cette maison de retraite. L'EdE lui permet de prendre conscience, par un insight de cet allant de soi, qu'il a oublié de demander à l'infirmier si l'établissement pouvait assurer des soins de confort : « J'ai pas été chercher sa demande », « derrière tout appel y a une demande masquée ». Aussi l'entretien opère-t-il l'émergence de cette non-prise en compte de la représentation de l'autre, d'un statut et d'un lieu d'énonciation différents : « En fait, cette demande, il faut aller la rechercher, et là j'ai pas été aller la rechercher. » Cet oubli est d'autant plus compréhensible d'après lui que la situation lui semblait claire : « Pour moi c'était une régulation globalement assez simple. »

Dans l'examen minutieux de sa relation avec l'infirmier, où s'entrecroisent activité décisionnelle et travail de coopération pour le faire adhérer à sa décision, NS va même jusqu'à parler d'auto-persuasion : il veut se persuader que ce dernier est d'accord avec lui et ne doute pas du bien-fondé de sa décision. « Je pense que c'est là où j'ai râté quelque chose après. C'est que je n'écoutais plus, enfin, c'est pas que j'écoutais plus, je pense qu'à un moment j'entends moins. » Il doute de la qualité de son écoute et met en évidence les failles attentionnelles dans l'espace intersubjectif que constituent leurs lieux d'énonciation. Il impute

cette absence d'écoute à une saturation, à une accumulation simultanée de plusieurs processus décisionnels qui se chevauchent sans pouvoir se hiérarchiser ; la convergence de ses choix axiologiques avec celui des filles du patient le conforte également dans sa décision et l'empêche quelque part de mobiliser son savoir expérientiel sur le fonctionnement de la maison de retraite : « C'est compliqué parce que finalement on fait plusieurs choses en même temps. Je suis en train de lui dire quelque chose, mais déjà en train de réfléchir à ce que je vais lui dire après, et en même temps en train de réfléchir aux arguments que je vais pouvoir amener pour la persuader et en fait je pense que je sature mes capacités de réflexion et qu'à un moment c'est aux dépens de ma capacité d'écoute. » Cette analyse fine de la multiplicité des processus mentaux synchrones lui permet de mieux comprendre les raisons de son oubli et de son manque de disponibilité pour entendre ce qui ne se dit pas.

L'EdE nous livre ici une suite de processus empêchés ou minorés : moindre attention aux indices significatifs des implicites du contexte institutionnel, abaissement du niveau de vigilance supplantée par un autre état interne, oubli des savoirs tacites issus de son expérience du fonctionnement des maisons de retraite. Le non-dit est ici tributaire d'une certaine répartition de l'énergie psychique et ne peut s'exprimer du fait d'un fort investissement dans le refus d'acharnement thérapeutique et du respect des options axiologiques de la famille. NS décrit l'enchevêtrement des processus psychiques mobilisés : « Au début je garde les causes de la détresse et quand j'ai ouvert la deuxième case, évaluation du malade, et que j'en ai conclu mon niveau de soins, je ferme la première parce que, quelle que soit la détresse, vu que de toute façon je fais pas de soin de réanimation pour l'instant, le projet de soin, en fait, je le ferme, mais c'est aussi ça l'erreur, parce que si je l'avais laissé ouvert, ce projet de soins, probablement que quand je serais arrivé à ma conclusion, je serais revenu à cette case-là en disant " Oh ! Attention, elle est ouverte, c'est qu'y a encore des choses à faire ", c'est-à-dire que c'est pas parce qu'on ne réanime pas un malade qu'on ne fait pas des choses... mais voilà, à un moment y trop de cases. » Une telle verbalisation met en lumière comment des représentations conscientes se transforment en représentations niées, refoulées, écartées. L'espace intersubjectif de l'entretien permet ici d'approcher ce travail du négatif et de faire émerger une autre modalité de focalisation de ce qui a été auparavant occulté.

D'autre part, l'ordre temporel du déroulement des appels fournis par la bande-son ne correspond pas du tout à la succession des événements évoquée dans la verbalisation de l'EdE. Le contraste porte sur l'importance donnée lors de l'entretien au conflit de valeurs avec la directrice de la maison de retraite qui oblige le médecin, pour des raisons à la fois déontologiques et juridiques, à ne pas dire tout ce qu'il pense. Lors de l'EdE, je sens combien ce différend lui tient à cœur. Il insiste sur le retentissement que peut avoir le ton revendicatif de son interlocutrice dans la posture défensive qu'il va adopter : « Donc je lui fais quand même dire par téléphone qu'elle est dans l'incapacité de mettre en place des soins de confort et que c'est ça qui motive le transfert du malade et pas autre chose. » Celle-ci va en effet, dans un second temps, remettre en question la décision du médecin et revendiquer une intervention d'hospitalisation, ce qui entre en conflit avec ses propres valeurs. Le couplage entre cette verbalisation du vécu et les paroles échangées qu'on peut écouter dans la bande audio confirme tensions et conflit quant aux finalités poursuivies. La longueur des échanges et leur tonalité agressive soulignent la dimension procédurière dans laquelle sont engagés les deux protagonistes. Dans l'EdE, NS avoue s'être fait violence, alors qu'il était très en colère, pour ne pas répondre de manière agressive à l'agressivité et à l'hostilité de la directrice, qui aborde la relation avec le médecin dans sa dimension hiérarchique. L'écoute de la bande audio permet de saisir le caractère acerbe de sa remarque quand elle renvoie au médecin les prérogatives supposées qu'elle lui attribue. Elle reproche en effet à NS de ne pas avoir pris la

décision de lui envoyer un médecin. Un tel conflit de valeurs s'enracine dans l'opposition de deux genres professionnels (Clot, 2008), la profession médicale d'un côté et la direction d'un EHPAD de l'autre, qui entrent en rivalité. Cette différence de genres professionnels en l'absence d'une volonté de coconstruire un référentiel commun apparaît comme un obstacle majeur à une coopération effective. Le médecin va céder à l'injonction d'appeler une ambulance pour conduire la personne âgée à l'hôpital et ce monsieur décédera pendant le trajet, le médecin ayant pris soin de prévenir l'ambulancier de cette triste éventualité. Ce qui est tu ici, c'est la rancœur ressentie par NS d'avoir subi une injonction de la part de la cadre sans que celle-ci reconnaisse les torts de son côté : « C'est ça qui m'agace en fait, c'est que la maison de retraite ne voie pas ses torts et ne cherche pas à améliorer les choses. »

L'impossibilité de coconstruire avec cette responsable un espace intersubjectif de références axiologiques communes (Falzon, 1991) conduit ce médecin à se censurer, à veiller très scrupuleusement à ne pas s'emporter pour éviter une escalade qui pourrait déboucher sur une plainte juridique. Il analyse dans l'EdE comment à plusieurs reprises il s'est contrôlé. Par la verbalisation de ces non-dits, de ces motions censurées, cet EdE semble avoir apporté au médecin des éléments importants pour comprendre, dans ce difficile contexte de négociation, les répercussions en cascade :

- de son oubli des implicites, dans ses interactions avec l'infirmier, où il a omis de demander si les soins de confort étaient assurés,
- de son altercation avec la cadre de santé qui montre le fossé entre des positions axiologiques inconciliables entre lui et la responsable de la maison de retraite.

Il qualifie cette régulation de « non finie », son insatisfaction tient à l'ensemble des non-dits que l'entretien a pu mettre en évidence, mais surtout à l'impossibilité où l'a mise la cadre de santé de s'expliquer franchement avec elle. Devant ce sentiment d'inachèvement et d'échec, on pourrait faire l'hypothèse d'une projection défensive pour occulter sa culpabilité d'avoir omis de se renseigner sur le fonctionnement de la maison de retraite : le travail du négatif concerne cette manière d'atténuer sa propre responsabilité en faisant porter la faute à la cadre de santé. D'autre part, le fait qu'il prenne l'infirmier, avec qui il s'entend facilement, pour une infirmière peut être la manifestation d'un travail du négatif au sens où cette confusion contribue à nier la relation agressive vécue avec une femme et à refouler ce vécu pénible en introduisant l'illusion d'une relation pacifiée.

## **Conclusion**

La confrontation de ces deux études de cas met en évidence les diverses manifestations du travail du négatif ; un double fonctionnement psychique révèle une dualité d'actions et de processus décisionnels : explicite/implicite ; affiché/non-dit ; rationnel, analytique/émotionnel, intuitif, affectif, impensé ; consciemment censuré/inconsciemment refoulé, innommable. Le travail du négatif est loin d'être l'apanage du seul champ de l'inconscient, le langage occupe aussi une place centrale dans la manière de configurer, de produire et de faire émerger du négatif, c'est-à-dire du non-dit, en tant que ce qui ne peut se dire, ce qu'on ne doit pas dire, ce qu'on ne veut pas dire. En effet, le langage dans ses aspects métaphorique, métonymique, symbolique véhicule la possibilité de sous-entendus, et donc de malentendus, mais aussi d'impensé au sens où le langage peut outrepasser la pensée du locuteur en disant plus que ce qu'il a voulu signifier.

Avec l'EdE, le chercheur peut entrer dans l'univers des significations du praticien tout en tenant compte de sa propre implication dans la conduite de l'entretien, qui s'appuie sur un contrat renouvelé de communication. Ce travail d'intelligibilité vise à coproduire avec les

médecins un savoir partagé grâce aux interactions lors de la situation d'entretien pour faire surgir des relations de compréhension, de résonance, des corrélations entre des données auparavant éloignées, disjointes ou insues.

Le double rapport dialogique dans cette double situation d'interaction permet de cerner ce qui n'est pas dit, su, exprimé et de le transformer en quelque chose de manifeste, de représentable, de communicable. On a pu ainsi repérer des catégories très hétérogènes du négatif, les unes tributaires des sous-entendus linguistiques alors que d'autres renvoient à l'inconscient, tant cognitif que psychanalytique. Cette complémentarité entre données observables et verbalisation après coup par les sujets de leur vécu s'inscrit dans un processus de transformation des divers rapports des acteurs à leur expérience professionnelle et aux significations qu'ils ont pu construire à partir de ce vécu. Est mis en évidence le « travail du négatif », inscrit dans un processus de subjectivation, transformation du sujet dans ses rapports avec ce qu'il n'avait pas pu dire, exprimer, supporter, nommer. Ce double ancrage fonde, pour une épistémologie du sens de l'action et de l'intentionnalité du sujet agissant, la possibilité d'une historicité des rapports réciproques entre objectivité et subjectivité dans une situation intersubjective à sans cesse interroger.

## Bibliographie

- Auchlin, A. ; Fillettaz, L. ; Grobet, A. ; Simon, A.-C. 2004. « Enaction, expérientiation et prosodie », *Cahiers de linguistique française*, 26, 217-249.
- Austin, J. 1970. *Quand dire c'est faire*, Paris, Le Seuil.
- Barbier, J.-M. 2000. « Sémantique de l'action et sémantique d'intelligibilité des actions, le cas de la formation », dans B. Maggi (sous la direction de), *Manières de penser et manières d'agir en éducation et en formation*, Paris, Puf.
- Brassac, C. 2000. « Intercompréhension et communication », dans A.-C. Berthoud et L. Mondada, *Modèles du discours en confrontation*, Neuchâtel, Peter Lang.
- Brassac, C. 2004. *Cahiers de linguistique française*, 26, 251-268.
- Clot, Y. 2008. *Travail et pouvoir d'agir*, Paris Puf, 101-135.
- Falzon, P. 1991. « Les activités verbales dans le travail », dans R. Amalberti, M. de Montmollin et J. Theureau (sous la direction de), *Modèles et pratiques de l'analyse du travail*, Bruxelles: Mardaga.
- Green, A. 1993. *Le travail du négatif*, Paris, Minuit.
- Green, A. 1995. « Instances du négatif. Transfert, tiercité, temps », dans A. Green, B. Favarel-Garrigues, J. Guillaumin et P. Fedida, *Le négatif, travail et pensée*, Le Bouscat, L'Esprit du Temps.
- Jakobson, R. 1963. *Essais de linguistique générale*, Tome 1, Paris, Minuit.
- Montandon, C. 2014. « Fondements théoriques et conditions de mise en œuvre d'un entretien hybride », dans A. Mouchet (sous la direction de), *L'entretien d'explicitation. Usages diversifiés en recherche et en formation*, Paris, L'Harmattan.
- Montandon, C. ; Bertrand, C. 2018. « Atouts, difficultés et enjeux d'une recherche interdisciplinaire », dans A. Mouchet et C. Bertrand (sous la direction de), *Décider en urgence au SAMU Centre 15*, Toulouse, Octarès.
- Montandon, C. ; Ammirati, C. 2018. « Éthique relationnelle et poids de l'implicite dans l'activité décisionnelle : une étude de cas sur les difficultés de coopération entre soignants », dans A. Mouchet et C. Bertrand (sous la direction de), *Décider en urgence au SAMU Centre 15*, Toulouse, Octarès.
- Mouchet, A. ; Bertrand, C. (sous la direction de). 2018. *Décider en urgence au SAMU Centre*

15, Toulouse, Octarès.

Piaget, J. 1974. *La prise de conscience*, Paris, Puf.

Resnik, S. 2009. « L'enfant dans la ville », *Cliopsy*, 1, 69-93.

Vermersch, P. 1994. *L'entretien d'explicitation*, Paris, ESF.

Vermersch, P. 2007. « Approches des effets perlocutoires », *Explicititer*, 71, 1-23.

Vermersch, P. 2012. *Explicitation et phénoménologie : vers une psycho phénoménologie*, Paris, Puf.

Wallian, N. ; Poggi, M-P. ; Chauvin, A. 2014. « Action, interaction, intervention. À la croisée du langage, de la pratique et des savoirs », *Transversales*, 34.

Winnicott, D.W. 1971. *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.