Figures de la mobilité dans la série télévisée *Dr. House* et dans le service d'urgence médicale ERIC : Étude comparative de phénoménologie appliquée

Natalie Depraz et Frédéric Mauriac

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/tvseries/1491>

DOI : 10.4000/tvseries.1491

ISSN : 2266-0909

Éditeur

GRIC - Groupe de recherche Identités et Cultures

Référence électronique

Natalie Depraz et Frédéric Mauriac, « Figures de la mobilité dans la série télévisée *Dr. House* et dans le service d'urgence médicale ERIC : Étude comparative de phénoménologie appliquée », *TV/Series* [En ligne], 2 | 2012, mis en ligne le 01 novembre 2012, consulté le 26 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/tvseries/1491> ; DOI : 10.4000/tvseries.1491

TV/Series est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

**Figures de la mobilité dans la série télévisée *Dr. House* et
dans le service d'urgence médicale ERIC¹ :
Étude comparative de phénoménologie appliquée**

Natalie DEPRAZ et Frédéric MAURIAC

La démarche claudicante de House liée à la paralysie de sa jambe rend ses déplacements à l'hôpital ou à l'extérieur toujours difficiles voire improbables. La mobilité du personnage passe à d'autres niveaux, dans l'expressivité de ses yeux et des traits de son visage, dans les accélérations soudaines de son activité mentale pour découvrir la cause d'une maladie, dans sa capacité d'implication relationnelle à distance. Toujours en éveil, surtout lorsqu'il reste immobile, allongé par terre dans son bureau ou assis à jouer avec sa balle, House est un personnage emblématique de l'interrogation en mouvement. Dans *Dr. House*, chaque épisode peut être vu en grande partie de façon autonome, à l'image de l'unicité du personnage lui-même, ce qui permet de mettre en évidence un mode de relation du spectateur au genre « série télévisée » qui n'implique pas nécessairement une attitude addictive. Pour mettre en relief de façon plus précise les facettes singulières de la mobilité de House, il nous a paru intéressant de proposer une comparaison avec une équipe mobile d'urgence psychiatrique à propos de laquelle nous avons déjà eu l'occasion de dégager trois figures de mobilité : déplacement, mobilisation, créativité. Ce détour nous permettra, au fil de ces figures, de mettre mieux en lumière l'inventivité déplacée de House et sa contribution à un format de série télévisée caractérisé par la validité de chaque épisode, jusqu'à faire émerger depuis la série télévisée, en retour, un mode de mobilité non-identifié dans notre élaboration théorique, à savoir la sortie vertueuse du cadre comme espace d'invention thérapeutique.

1. Introduction

a) L'hypothèse de travail

Les personnages de la série télévisée *Dr. House* (Fox, 2004-2012)² sont toujours en mouvement, même lorsqu'ils ne bougent pas. Prenons par exemple le regard perdu dans le vide de House lorsque, à l'occasion d'une remarque de son ami médecin cancérologue, Wilson, ou d'un de ses assistants – remarque souvent située sur un terrain autre que médical –, il se met subitement à penser, de façon décalée, à quelque chose qui va l'amener au bon diagnostic : la suspension apparente de son activité correspond en fait à une mobilisation interne intense.

Nous voudrions explorer dans cette contribution les multiples facettes de la mobilité en jeu dans la série télévisée, depuis la fonction des divers déplacements dans l'espace (la marche dans les couloirs ;

¹ ERIC est un sigle qui signifie : « Équipe Rapide d'Intervention de Crise ». Cette équipe mobile d'urgence psychiatrique, dont le secteur d'intervention regroupe un certain nombre de communes des Yvelines, a été fondée par Serge Kannas à l'hôpital Charcot à Plaisir (78) en 1994 et est actuellement placée sous la responsabilité de Michaël Robin (praticien hospitalier chef de service) et de Frédéric Mauriac (praticien hospitalier responsable de l'unité ERIC).

² Le support utilisé est *Dr. House : Coffret intégral des Saisons 1 à 5* [*House - Seasons 1-5 - Complete*] de David Shore, Universal (2010).

l'entrée dans le bureau de Wilson ou de Cuddy, la directrice administrative de l'hôpital de Princeton-Plainsboro ; l'occupation indue de certains espaces tels la morgue ou la salle des personnes en état de coma ; la relation entre la salle de chirurgie et la salle vitrée sans tain d'où l'on peut observer l'opération en train de se faire ; les visites incognito au domicile des patients ou bien chez les différents médecins collègues, etc.), jusqu'à la mobilité interne, incarnée par la mise en mouvement relationnelle qui fait émerger l'inventivité de House, c'est-à-dire la découverte du diagnostic, en passant par le mode d'implication professionnelle des médecins, qui suscite inévitablement des zones de continuité voire d'interférence avec leur vie privée.

Pour ce faire, nous mettrons la fiction proposée par *Dr. House* en résonance³ avec un travail théorico-clinique réalisé dans le cadre d'un service mobile d'urgence psychiatrique, ERIC. Nous utiliserons l'hypothèse des trois figures de la mobilité mentionnées ci-dessus comme un fil conducteur pour interroger et mettre en exergue le fonctionnement de l'équipe de Gregory House qui traite en urgence de cas médicaux limites, jusqu'à faire ressortir, en écho à la méthode de House, notre « diagnostic différentiel » d'un cadre à l'autre. Ceci nous permettra, par contraste et sur un mode comparatif, d'identifier plus précisément l'intérêt de la mise en scène de l'espace dans *Dr. House* à travers l'innovation du service ERIC.

Par là même, l'idée de cette contribution est de faire émerger une facette de la philosophie comme interrogation et recherche du vrai⁴ qui alimente la production télévisuelle *Dr. House*, et ce, *via le service mobile d'urgence ERIC*. Ce qui nous paraît prégnant en matière philosophique ici, c'est le caractère socratique de l'enseignement du médecin-antihéros⁵ et le statut remarquable quoique (ou plutôt, parce que) paradoxal de son éthique relationnelle, laquelle prend à chaque fois le risque de perdre autrui en le déstabilisant pour mieux, au fond,

³ Par « résonance », nous entendons de façon technique la capacité d'un système (au sens le plus large : ce peut être un sujet, une œuvre, une société) à entrer en relation avec un autre système en le transformant et en le requalifiant, ce qui conduit le système modifié à produire également, en retour, des effets de transformation sur le système initial. Voir, pour plus de précisions sur l'usage précis de ce terme qui nous sert de levier comparatif méthodique, le travail du psychiatre belge contemporain Mony Elkaïm, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Paris, Seuil, 1989, et, sous sa direction, *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Seuil, 1995, Section VIII, « Constructivisme, constructionnisme social et narrations : aux limites de la systémique ? », M. Elkaïm, p. 520-527.

⁴ Voir Thibaut de Saint Maurice, *Philosophie en séries*, Paris, Ellipses, 2009, p. 171 (chapitre 8, « Greg House ou le problème de la recherche de la vérité [la Raison et le Réel ; la Vérité] ») : le « contexte hospitalier n'est qu'un prétexte pour mettre en scène la grande aventure de la recherche de la vérité. »

⁵ Voir Henry Jacoby et William Irwin, *House and Philosophy, Everybody Lies*, Hoboken New Jersey, John Wiley and Sons Inc., 2009, trad. fr. par Marc-Emmanuel Konigson sous le titre *Dr. House. Les secrets d'un antihéros*, NY, Music and Entertainment Books, 2010.

lui faire découvrir ce qu'il est lui-même⁶. Le fil conducteur de notre exploration trouve dès lors un ancrage possible dans une approche pratique de la philosophie phénoménologique⁷, laquelle met l'accent sur l'attitude du sujet en suspension et en interrogation et sa relation toujours plastique à l'événement plutôt que sur la seule objectivité et rationalité de la réalité.

Mais comment peut-on légitimer, autrement que par notre intuition d'une proximité troublante entre deux services d'urgence médicale caractérisés par leur mobilité constitutive, le choix d'une comparaison où la réalité sert de faire-valoir à la fiction et réciproquement ? Il a été montré que le caractère singulier de *Dr. House*, singularité partagée avec *Urgences* (NBC, 1994-2009), mais contraire à d'autres séries médicales comme *Grey's Anatomy* (ABC, 2005-), tient à l'exactitude de la vérité médicale des cas traités. Il nous est apparu d'autant plus légitime, de ce fait, de comparer une fiction aussi réaliste et une réalité psychiatrique aussi extrême⁸. Ce qui nous frappe ici, c'est la profonde vertu de « résonance » entre les deux univers urgentistes, et la façon dont notre vision de la série a été transformée par le vécu du service d'urgence, de même que, réciproquement, le mode de travail en urgence psychiatrique a été requalifié par la vision de la série.

b) La méthodologie comparative : un cas singulier, un épisode unique

Nous assumons le choix d'un épisode unique (le neuvième épisode de la première saison), dans lequel un musicien atteint d'une maladie incurable qui l'empêche de jouer décide de mourir : il ne veut plus qu'on essaie de trouver quel est son mal. De même, nous avons isolé un cas clinique singulier traité par le service ERIC : un jeune homme malgache délirant ne peut plus entrer en relation avec les autres parce qu'il est trop agressif et se sent persécuté⁹. C'est la même dynamique structurelle de refus d'être soigné qui est en jeu à chaque fois. Notre hypothèse sera la suivante : la singularité de l'épisode

⁶ À propos de ce mécanisme paradoxal propre à l'éthique relationnelle, voir Natalie Depraz et Frédéric Mauriac, « Relationalität als methodischer Zugang zur Subjektivität », paru dans le volume 3 de la revue allemande *Psycho-logik*, intitulée *Methode und Subjektivität*, Freiburg, München, K. Alber Verlag, 2008, p. 247-264.

⁷ À ce propos, voir Natalie Depraz, *Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète*, Paris, A. Colin, 2006, et Natalie Depraz, Francisco Javier Varela et Pierre Vermersch, *On Becoming Aware. A Pragmatics of Experiencing*, Boston, Amsterdam, Benjamins Press, 2003. Texte français : *À l'épreuve de l'expérience. Pour une pratique phénoménologique*, Bucarest, Zeta Books, 2011.

⁸ À propos de l'urgence et de la crise, voir Diana Everstine, *Des gens en crise : l'intervention psychologique d'urgence*, Marseille, Hommes et perspectives, 1993.

⁹ Cette intervention de l'unité d'urgence a été filmée dans le cadre d'une émission télévisée sur ERIC, intitulée « Psychiatrie, la spirale infernale » et diffusée le 21 février 2008, France 5, *Le Magazine de la santé*.

permet de dégager un universel, de même que, dans une approche de type phénoménologique, la perception visuelle d'un aspect d'un objet (le *tronc* d'un arbre, le *toit* d'une maison) permet d'identifier qu'il s'agit bien d'un arbre, d'une maison. Ainsi, dans le travail psychiatrique, on se réfère à un cas clinique singulier qui évoquera par sa structure d'autres situations similaires. De la même façon, dans *Dr. House*, l'épisode choisi fait spontanément écho, dans l'esprit des spectateurs, à d'autres moments significatifs où apparaît la même attitude. De surcroît, le visionnage des 97 épisodes des cinq premières saisons permet d'intégrer la récurrence des mécanismes relationnels en jeu. D'ailleurs, même si, avec l'évolution des scénarios, le positionnement de House est de plus en plus caricatural, les situations accentuant son caractère, le personnage reste cependant identique à lui-même dans son mode d'être. En outre, *Dr. House*, en reconduisant le même schéma d'épisode en épisode, est une série qui, pourrait-on dire, « joue » à chaque épisode la même scène, illustrant ainsi le mode de fonctionnement relationnel paradoxal du médecin-chef. Le visionnage d'un épisode ne met pas les spectateurs en état d'addiction, car chaque épisode est complet en lui-même : le format de *Dr. House* déjoue une certaine tendance addictive de la narration sérielle, qui amène les spectateurs à enchaîner épisode sur épisode sans pouvoir s'arrêter, au contraire pleinement exploitée dans les séries feuilletonnantes. Ce qui ne signifie pas, mais c'est à notre sens un autre argument, que la narration ne fonctionne pas à plein, imposant quasiment aux spectateurs de suivre les épisodes l'un après l'autre sans trop en « sauter », car les relations entre les personnages évoluent rapidement. Ceci dit, il nous a semblé pertinent de prendre ce format au mot en nous fondant sur un seul épisode qui, complet en lui-même, révèle à plein le mécanisme de la mobilité paradoxale de House.

2. Les outils théoriques au service de l'analyse

a) Pourquoi une approche phénoménologique ?

La démarche que nous avons choisie pour aborder notre sujet, la phénoménologie, joue à plusieurs niveaux : premièrement, elle nous permet d'identifier le personnage House à travers sa disposition, sa *manière* de se rapporter aux faits, aux situations. C'est ce qui caractérise de façon nodale la phénoménologie : privilégier le « comment » (le « *quomodo* ») sur le « quoi » (le « *quid* »). Le fondateur de la phénoménologie, Edmund Husserl, nomme ce changement d'attitude par rapport à la réalité une *epochè*, méthode par laquelle on décentre son attention du « fait » vers sa « façon »

d'apparaître à la conscience¹⁰. Or, ce qui est déterminant dans le cas de House, c'est son attitude, sa manière de se relier aux événements. Par exemple, dans le traitement d'un patient, c'est au moins autant la manière d'arriver au bon diagnostic qui l'intéresse que le résultat lui-même : en tout cas, c'est ce processus, ce chemin vers le résultat que nous montre chaque épisode. En adoptant une démarche phénoménologique, on peut se situer précisément sur ce terrain du « comment », de la manière, du vécu en relation, et lire la série télévisée à ce niveau. Bien entendu, ce n'est pas le seul niveau possible de lecture, mais il nous est apparu que ce plan d'analyse a sa pertinence dans le cadre d'une série où le personnage joue fréquemment sur son décentrement par rapport aux situations, aux conventions et aux solutions toutes faites. Plus avant, même si la phénoménologie n'a bien sûr pas l'exclusivité du registre de l'interrogation, on peut souligner que, dans la filiation assumée avec Socrate par exemple, Husserl, et à sa suite Merleau-Ponty, ont beaucoup insisté sur la nécessité de réentendre la vertu et le pouvoir de l'interrogation comme mode de relation à la réalité, plutôt que la seule analyse ou l'explication causale des faits¹¹. En ce sens, la démarche phénoménologique apporte une dimension de remise en question, certes constitutive de toute démarche de pensée, mais parfois secondarisée par rapport à la dimension explicative ou herméneutique. Il nous est apparu que le personnage de House incarne de façon emblématique cette vertu d'interrogation : il ne se satisfait pas des réponses toutes prêtes, trop convenues, et va toujours chercher une signification derrière le sens immédiat qui, d'ailleurs, s'impose davantage à lui qu'il ne le maîtrise. Par sa pratique interrogative et réceptive, la phénoménologie nous a donc semblé être une démarche instructive pour rendre compte de la manière d'être de ce personnage. Ainsi, choisir House, un antihéros, pour emblème d'une expérience de critique phénoménologique répond très exactement à la logique d'expérience du décalage et de la mise en suspens des préconceptions qui est au cœur de la phénoménologie. Enfin, comme on va le voir, la phénoménologie nous fournit un outil très opérant pour déplier l'amplitude du sens que nous souhaitons conférer à la notion de mobilité.

b) La mobilité : variations sur un mot

Quand on parle de « mobilité », on entend spontanément une capacité de mouvement, et on aura tendance à associer voire à identifier mobilité, mouvement et déplacement dans l'espace.

¹⁰ À ce propos, voir Edmund Husserl, *Idées directrices*, vol. 1, Paris, Gallimard, 1950, §30-31.

¹¹ Voir sur ce point Maurice Merleau-Ponty, *Le Visible et l'invisible*, Paris, Gallimard, 1964. La notion d'interrogation y est centrale : voir « Réflexion et interrogation », p. 17-75 ; « Interrogation et dialectique », p. 75-142 ; « Interrogation et intuition », p. 142-172.

Cependant, un rapide coup d'œil à un dictionnaire, même courant, montre que la mobilité implique un *pouvoir* de changer ou un *pouvoir* d'être mû, plus que le seul *fait* de changer de position¹² : parler de « pouvoir » ou de capacité, c'est indiquer d'emblée la présence d'un agent, sinon d'un sujet, et l'importance de l'attitude, de l'aptitude subjective en jeu dans la mobilité. Bref, la mobilité n'est pas le seul mouvement physique, mais l'implication d'un sujet agissant dans le déplacement. Plus avant, le deuxième sens mentionné par *Le Robert* est le « caractère de ce qui change rapidement d'aspect ou d'expression ». Le dictionnaire renvoie au philosophe Henri Bergson qui évoque « la mobilité d'un visage, d'une physionomie » et, de façon encore plus intéressante pour nous, « une mobilité de l'intelligence qui se règle exactement sur la mobilité des choses ». La « mobilité » n'a donc pas seulement un sens physique, mais aussi une signification figurée qui peut s'appliquer à l'état interne d'une personne, à sa disposition d'esprit, ici à son intelligence, jusqu'à, toujours selon *Le Robert*, être mise en relation avec les notions de fluctuation et de variabilité. On rappellera également que, pour Aristote (au livre III de la *Physique*¹³), le mouvement (*kinesis*) ne se limite en rien au déplacement (translation physique dans l'espace, mouvement dit « local » : *phthora*), d'ailleurs noté par le philosophe grec comme un quatrième et dernier sens. Le mouvement a d'abord pour sens le changement ou altération (*alloiosis*), puis, en deuxième lieu, l'accroissement (*auxitou*) et le décroissement (*phthitou*) et, troisièmement, la génération (*genesis*), à savoir des dimensions de transformation interne du sujet et du vivant. Ainsi, le terme « mouvement », générique, connaît des différences spécifiques qui font primer le plan psychologique et évolutif de la croissance du vivant et du sujet sur le plan physique mécanique de la translation.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant de dégager l'amplitude sémantique du terme de « mobilité », lequel n'est pas à notre avis un concept, mais davantage un terme susceptible d'un feuilletage de différents sens (physique, psychique, symbolique). D'où notre idée de proposer plusieurs « figures », qui vont du déplacement au sens physique du mot jusqu'au processus de la « mobilisation », écho dynamique de la mobilité dès lors qu'elle s'intériorise en fluctuation dirigée vers un résultat, puis à la capacité d'inventivité, qui dénote une possibilité donnée au sujet d'ouvrir en lui la capacité interne de mobilité jusqu'à en faire son mode d'être privilégié de réceptivité aux situations. Nous avons réalisé un premier travail qui décrit ces trois

¹² Voir l'article « Mobilité », dans le dictionnaire *Le Robert*, qui donne comme premier sens : « 1. Caractère de ce qui *peut* se mouvoir ou être mû, changer de place, de position ». (Nous soulignons « peut »).

¹³ Aristote, *Physique, Livre III*, Paris, Les Belles Lettres, 1983, 201a.

figures de la mobilité¹⁴, et notre idée est de faire résonner au sens susdit cette hypothèse de structuration des sens de la mobilité dans le cadre d'une comparaison avec les formes de mobilité en jeu dans *Dr. House*.

3. ERIC : un service mobile d'urgence psychiatrique singulier

a) Caractéristiques générales utiles pour éclairer la série télévisée

ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique qui assure une prise en charge d'une durée d'un mois, situé dans le secteur sud des Yvelines. Contrairement au format standard de la prise en charge psychiatrique, qui se déroule à l'hôpital ou en cabinet de consultation privée, ce service d'urgence est fondé sur le déplacement des professionnels jusqu'au lieu de vie (domicile, foyer, rue) des patients. Plutôt que d'attendre ces derniers et de les recevoir dans un espace qui leur est inconnu, étranger, voire ressenti comme hostile, les professionnels *se déplacent* dans l'espace familial du patient et créent ainsi un contexte plus favorable à la prise en charge de la personne. Ainsi, en se déplaçant, le médecin et l'infirmier *se mobilisent* différemment et s'impliquent davantage que lorsqu'ils sont dans l'environnement hospitalier, en position de maîtrise du cadre. Hors de l'hôpital, ils sont amenés à être dans une attitude d'*improvisation* – d'inventivité – par rapport aux composantes contextuelles (familiales) qu'ils ne connaissent pas. Le but des interventions est ainsi de réaliser, dans la mesure du possible, une alternative à l'hospitalisation psychiatrique et médicamenteuse, en s'appuyant sur les ressources relationnelles des patients et de leur entourage.

La pratique psychiatrique du service ERIC met donc en scène trois formes de mobilité : une mobilité physique liée aux déplacements, une mobilité relationnelle interne liée à l'implication dans la situation de crise, une mobilité personnelle liée à la créativité inventive du personnel¹⁵. Ces différentes caractéristiques forment un cadre de travail qui sera utile pour mesurer le degré et les formes de mobilité

¹⁴ Frédéric Mauriac, Laure Zeltner et Natalie Depraz, « Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents : déplacement, mobilisation, créativité », in *Les Équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, éd. Sylvie Tordjman et Victor Garcin, Paris, Masson, 2009, p. 51-71.

¹⁵ Voir Mauriac, Zeltner et Depraz, *art.cit.* ; plus largement, Serge Kannas, Michaël Robin, Frédéric Pochard, Isabelle Regel, Frédéric Mauriac, « ERIC ou la mobilité comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique », in *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale*, éd. Michel De Clercq, Suzanne Lamarre, et Helen Vergouwen, Paris, Masson, 1998, p. 204-220.

qu'incarne le personnage de House en termes de déplacement, d'implication personnelle et d'interrogation.

b) Le cas clinique choisi : une illustration des trois formes de mobilité

Un jeune Malgache, pris en charge dans un foyer socio-éducatif, est sujet à des crises de délire hallucinatoire au cours desquelles il mélange des scènes de sa vie quotidienne et des flashs racistes. Il se lance dans une logorrhée que ni le professionnel psychiatre d'ERIC, ni le médecin traitant du patient, ni l'éducateur du foyer ne peuvent contrôler. Le médecin-psychiatre d'ERIC se déplace avec un collègue infirmier au foyer, élabore de nombreuses hypothèses et entre en relation impliquée avec le jeune homme. Les deux professionnels semblent désarmés, en difficulté, perplexes devant le caractère abyssal de cette situation de crise¹⁶. Le professionnel d'ERIC décide finalement d'hospitaliser le jeune homme, étant donnée la violence de ses propos, créant ainsi une situation qui va à rebours du maintien habituel à domicile. Dans cette situation, on retrouve les trois composantes de la mobilité déjà évoquées : le déplacement ; l'implication ou la mobilisation ; l'improvisation ou l'inventivité.

c) Les figures de la mobilité, une hypothèse heuristique

Premièrement, la mobilité physique tient au statut de l'équipe « mobile » : le déplacement de l'équipe-binôme au domicile de la famille est constitutif de la prise en charge. Il s'agit en effet d'un « service mobile d'urgence médico-psychologique », de fait souvent en mouvement : en intervention, en voiture¹⁷. Hors intervention, le téléphone ne cesse de sonner, y compris lors des réunions où toute l'équipe échange sur une situation clinique en cours : un membre se lève, sort, va répondre ; un autre entre, de retour d'intervention ; un troisième va prendre un rendez-vous avec un patient. Bref, la contemplation n'est pas de mise : il y a une effervescence continue, ce qui fait d'ailleurs la dynamique d'action incessante du service.

Deuxièmement, la mobilisation correspond à l'implication des professionnels en relation : travail clinique en binôme et en équipe lors des interventions, réunions de *defusing* (désamorçage) juste après une intervention où chacun raconte à l'autre ce qu'il a vécu et ressenti (en vertu de la gravité des cas traités, il est nécessaire que chacun puisse désamorcer la souffrance ressentie en en parlant aux autres membres de l'équipe), *debriefing* (compte rendu) lors de réunions cliniques où le

¹⁶ Voir l'émission télévisée sur ERIC : « Psychiatrie, la spirale infernale » (47:00-49:29).

¹⁷ Voir « Psychiatrie, la spirale infernale » (47:00-47:44).

cas est raconté par les intervenants et où les autres membres peuvent réagir sur la situation.

Troisièmement, l'improvisation des professionnels en intervention procède de leur capacité à faire confiance à leur ressenti, par exemple à un vécu de malaise, de souffrance, de rejet, qui opèrera comme un levier pour faire émerger du sens et résoudre la situation de crise.

Le service clinique empirique dont nous venons de fournir des éléments descriptifs sert-il de référentiel pour la lecture de la série que nous allons proposer ? Nous dirions plutôt qu'il joue comme une « caisse de résonance » qui donne de l'épaisseur à la notion de mobilité que nous avons choisie pour procéder à l'analyse de la série. En ce sens, il est davantage qu'un élément de contextualisation. À la manière d'un projecteur, il met en lumière une thématique — la mobilité — en lui donnant plus de prégnance.

4. La présence des trois figures de la mobilité dans la série télévisée

a) Des déplacements dans l'espace à leurs distorsions

Dans *Dr. House*, l'équipe au service du médecin Gregory House, ou bien Wilson, son ami cancérologue, et lui-même, sont souvent en mouvement : on les voit discuter en marchant dans les couloirs de l'hôpital.

Ce qui est d'emblée frappant, ce sont les déplacements multiples de l'équipe : les personnages vont au domicile des patients à deux (toujours en binôme, comme les membres du service ERIC); on les voit dans l'ascenseur passer d'un étage à l'autre ; les spectateurs découvrent House lui-même dans la salle de diagnostic, toujours debout devant le tableau et en mouvement pour interpeler son équipe. On parlera à cet égard d'une « phénoménologie de l'espace », car le déplacement physique est toujours en relation avec un ressenti qui est de l'ordre d'une mobilisation interne vécue : House marche dans le couloir avec Wilson et discute avec animation d'un patient ; il marche de long en large dans la salle de diagnostic, silencieux, le regard aigu à l'infini, signe de forte concentration. House et ses collaborateurs ne bougent pas simplement pour se déplacer, leur mobilité dans l'espace est l'indice d'une activité interne intense : leur mobilité est mobilisation.

À cet égard, si l'on s'en tient ici à la figure emblématique de House, un tel déplacement n'est en rien une translation rectiligne ni linéaire comme c'est le cas du mouvement physique propre aux corps matériels dans l'espace : House claudique, il est, avec sa canne, toujours en déséquilibre et marche avec difficulté. Sa mobilité est atypique, instable, précaire et ralentie par la claudication, comme si la

lenteur imposée par le corps entravé développait en parallèle la mobilisation intérieure : House, s'il va lentement, réfléchit en effet avec une rapidité vertigineuse ! Cela fait-il de lui un personnage absolument hors-norme ? Sans doute pas. On sait combien des déficiences physiques engendrent des vicariances fonctionnelles impressionnantes qui conduisent certains patients, par exemple mal voyants, à développer des capacités tactiles insoupçonnées¹⁸. D'autres personnages de séries télévisées font face à un handicap physique mais sont dotés, par compensation, d'une intelligence hors pair, comme le héros de *L'Homme de fer* (NBC, 1967-1975), par exemple. House, de ce point de vue, sans être unique, répond à un comportement typique qui nous permet d'identifier une aptitude remarquable à se sortir d'une difficulté en en faisant un avantage.

Enfin, autre façon de travailler sa distorsion du rapport à l'espace, signe de son déséquilibre constitutif, House mobilise également l'espace plus global de l'hôpital, de ses différents lieux, instaurant du jeu par rapport aux espaces cloisonnés et bien délimités. Dans l'épisode du musicien de jazz que nous avons choisi, il fait bouger l'espace objectif lié à la loi du « chacun dans sa chambre » (à l'hôpital, il est interdit d'entrer dans la chambre d'un autre et il est nécessaire de respecter l'espace psychique de chacun). Comment House s'y prend-il ? Il réinvente et dynamise cet espace des contiguïtés en déplaçant les limites à l'aide d'une stratégie. D'une part, il a pour coutume de soigner les patients à distance :

WILSON. Tu ne pourras pas l'approcher.

HOUSE. Je n'ai pas besoin de l'approcher¹⁹. (1.9 ; 17:05-17:11).

Plus radicalement, dans cet épisode en particulier, il met en scène un jeu avec la proximité du patient. Ayant reçu une injonction juridique qui l'empêche d'approcher le patient à moins de quinze mètres, il demande à Chase de l'installer dans le service de réanimation, à plus de quinze mètres des consultations où il travaille, de façon à ne pas être pris en défaut (1.9 ; 14:00). House joue avec l'espace et ses contraintes inévitables de délimitation : n'étant pas autorisé à s'approcher du patient car il n'est pas son médecin-référent, sa stratégie consiste à le soigner à distance et à le faire déplacer à un endroit (la réanimation) où on ne peut lui imputer de se trouver. Il fera faire les examens par ses assistants en utilisant du sang encore disponible en laboratoire, c'est-à-dire sans jamais s'approcher de lui.

¹⁸ Voir Paul Bach-y-Rita, *Brain Mechanisms in Sensory Substitution*, New York, Academic Press, 1972.

¹⁹ Wilson : « You can't get near him » ; House : « I don't want to get near him ». [Le texte français correspond au doublage en français.]

b) La mobilisation relationnelle et l'heuristique de la réponse en situation d'urgence

Dans *Dr. House*, la mobilisation peut concerner House seul, qui découvre une solution lors d'un moment de suspens où il semble concerné par autre chose : il apparaît en tout état de cause décalé par rapport à la situation à traiter. Mais cette mobilisation est aussi souvent le fruit d'un échange tout à fait ordinaire, sans enjeu, avec une autre personne, qu'il s'agisse d'un médecin qu'il connaît, ou bien, tout au contraire, d'une rencontre avec un patient inconnu. Plus encore, la mobilisation est exacerbée dans le cas d'une réunion d'équipe : il y a l'expérience d'une vérité partagée sur fond de recherche d'un diagnostic différentiel²⁰.

Dans l'épisode 9 de la saison 1 (4:20-5:50), une confrontation particulièrement intéressante nous est donnée à voir : elle se produit dans la salle de réunion de l'équipe, lors d'un moment de recherche de diagnostic. House procède à une sorte de *debriefing* (compte rendu) individuel avec son collaborateur Foreman. Ce dernier, qui incarne le respect de la norme et la moralité, lui fait comprendre que c'est lui, Foreman, qui est responsable du cas et qui doit prendre la décision. House, de son côté, lui laisse entendre qu'il a peut-être tort, mais, finalement, au lieu de s'enfermer dans la surenchère d'un rapport de forces, il reste silencieux et l'expression de son visage change de sens : il baisse les yeux, fait « profil bas », et interrompt ce faisant l'escalade destructrice avec Foreman. Il semble avoir « perdu » vis-à-vis de son collaborateur, qui pourra triomphalement prendre sa décision. Il se retire et laisse l'autre avoir raison tout seul. Dès lors, c'est le diagnostic de Foreman qui l'emporte au premier abord, et « sa » vérité qui domine. On apprend plus tard dans l'épisode que le diagnostic de House est en réalité plus pertinent. Celui-ci n'a pas cherché à « avoir raison » sur le coup : en ce sens, sa mobilisation est davantage de l'ordre du « laisser-être ». Il laisse l'autre « avoir raison », reste en relation avec lui, plutôt que d'imposer sa vérité de façon autoritaire et hiérarchique, ce qui permet à l'autre de reconnaître ensuite, par lui-même, la justesse du diagnostic de House sans se l'être fait imposer.

c) L'inventivité de House

Un patient arrive en urgence dans son service, dans un état critique. House ne sait pas ce qu'il a, tous les diagnostics ont échoué. Il

²⁰ Il s'agit d'un processus dynamique par lequel le médecin établit son diagnostic concernant la maladie d'un patient : on y différencie la pathologie de ce dernier d'autres pathologies qui présentent des symptômes similaires en procédant de façon méthodique en faisant varier les éléments qui sont à rejeter et ceux qui sont à confirmer. Néanmoins, un diagnostic différentiel aboutit parfois à plusieurs hypothèses indépartageables.

est dans une impasse : son visage laisse alors transparaître une perplexité profonde mêlée à de la compassion. C'est à ce moment, souvent, que, lâchant prise sur toute recherche de solution, celle-ci se donne à lui, comme lorsque, quand l'on cesse de chercher une forme en trois dimensions dans un stéréogramme, celle-ci apparaît à notre regard étonné. La situation est récurrente dans de nombreux épisodes : le regard de House se perd à l'infini, que le personnage soit seul le soir dans son bureau, ou en dialogue avec son ami cancérologue, ou encore en pleine réunion d'équipe. Il y a un moment d'arrêt, une sorte d'*epochè* concrète et pratique, qui correspond à l'interruption du flux linéaire des pensées ou du discours intersubjectif, et d'où émerge une réponse possible.

Dans l'épisode 9 de la saison 1, House réfléchit la tête en bas, allongé, en écoutant au casque la musique de John Henry Giles, son patient (7:22-7:37). Cette position spatiale atypique, où s'invente une rupture par rapport à la hiérarchie et à la compétence, est paradoxale : à l'immobilité spatiale répond par contraste la mobilisation interne de House, mobilisation qui ne correspond pas à une réflexion consciente. En effet, vu de l'extérieur, House paraît être tout sauf un médecin responsable et faisant son métier de façon compétente. Non seulement il écoute de la musique et ne s'occupe pas du cas, mais, de plus, il est dans une position incongrue par rapport à sa fonction et à son autorité. En fait, en écoutant la musique de son patient, il cherche à atteindre des niveaux de la vie de ce dernier qui ne sont pas intellectuels : il écoute « la musique » de son vécu. En se décalant, en déplaçant les limites que lui assigne sa fonction, il sera amené à découvrir une « solution » de façon inattendue, c'est-à-dire à comprendre que la maladie de Giles n'est pas une LSA, à savoir une neuropathie motrice multifocale, paralysie incurable, mais une embolie liée à un caillot de sang.

De ce point de vue, la mobilité interne de House est extrême : elle se lit exemplairement dans les positions multiples et toujours changeantes de son regard et de son visage. Ce sont des indicateurs relationnels forts qui contribuent à interrompre le caractère frontal, « dialectique » de l'échange, lequel renvoie à une surenchère en forme de rapport de forces symétrique lié à une pensée linéaire. Dans le passage cité plus haut, le dialogue entre House et Foreman se transforme en une escalade au diagnostic et s'accompagne d'un échange de regards fixés l'un sur l'autre ; au dernier moment, ainsi que nous l'avons noté, House baisse les yeux et se tait : il lâche prise. Il est sans solution et accepte le diagnostic de Foreman, malgré sa dimension funeste : la maladie de Giles étant incurable, il est plus juste de ne pas chercher à soigner le malade contre sa volonté et de le laisser mourir en paix (1.9 ; 5:40-5:44).

Ainsi, la personnalité de House tient à sa créativité, qui s'avère toujours être au service d'une éthique de la liberté et de la connaissance face à un savoir objectivant qui pose des normes, des règles et des lois.

« Qu'est-ce que vous venez de faire ? » s'exclame la femme de John Henry qui arrive dans la chambre de ce dernier après que House l'a réanimé contre son gré. « Il lui a sauvé la vie ! » lui répond d'emblée sa collaboratrice Cameron. « Intuber ou ne pas intuber, voilà la grande question éthique ! »²¹ s'exclame un peu plus loin House, pour se moquer de l'éthique minimale du corps médical, et du mépris pour la personne qui va de pair avec une telle éthique matérialiste.

d) La fécondité de la série *Dr. House* : l'invention d'une quatrième forme de mobilité

Pour démontrer cette dimension cruciale de la mobilité de House liée à sa créativité, nous allons pour finir prendre trois exemples d'espaces d'inventivité qui conduisent le médecin à « sortir du cadre » :

(1) Le cadre *institutionnel* de l'hôpital

Cuddy, la responsable administrative du service, s'exclame :
Quand je vous ai engagé, je savais que vous étiez fou [...] je m'efforce de vous empêcher de faire n'importe quoi, mais, une fois que c'est fait... Essayer de convaincre un fou de l'insanité de ses actes est en soi de la folie, alors en vous engageant, j'ai aussi prévu 50 000 dollars annuels pour les frais judiciaires²². (1.9 ; 14:49)

La créativité de House est une folie pour le monde : il ne cesse de sortir du cadre. Mais cette folie est connue de Cuddy, qui l'en protège par avance. Elle a prévu des finances suffisantes pour la « réguler », car elle a l'intuition qu'une telle créativité joue un rôle efficient dans l'heuristique thérapeutique de House.

(2) Le cadre *juridique*

Dans l'épisode 9, on assiste à un procès : House y est accusé d'avoir voulu sauver un patient contre son gré. Au lieu d'entrer dans un échange frontal avec le juge, il engage une stratégie de diversion avec lui. Il l'interpelle sur d'autres niveaux (il observe ses doigts et lui fait remarquer qu'il devrait consulter, car leur aspect dénote un problème

²¹ « What did you just do? » ; « He saved his life » (1.9; 11:30-11:41) ; « To intubate or not to intubate, that is the big ethical question! » (1.9; 12:10)

²² « When I hired you, I knew you were insane. I will continue to try and stop you from doing insane things, but once they're done... Trying to convince an insane person not to do insane things is, in itself, insane, so when I hired you I also set aside 50,000 dollars a year for legal expenses. »

cardiaque), il crée un changement d'attention, il éveille sa perplexité, l'ouvrant à des dimensions de sa vie personnelle qui le décentrent de sa seule fonction efficace de juge (1.9 ; 18:00-18:30).

(3) Le cadre *clinique* de l'équipe

On découvre également, dans le cadre du travail médical avec l'équipe, comment House ne cesse de contourner le règlement. Voilà Chase, jeune collaborateur de House, qui s'insurge contre la procédure médicale : « Si on n'a plus le droit de rien faire, comment voulez-vous que je le soigne ?²³ » Chase se place sur le plan légal, lequel relève de l'impossibilité de droit. Réponse décalée, factuelle, de House : « Les produits sont à la pharmacie, le patient en réanimation, c'est une simple question de topographie²⁴ ». Vient alors une question, éthique cette fois, de Cameron, son autre collaboratrice : « Vous nous demandez de compromettre notre carrière pour ce traitement ?²⁵ » House se mure ici dans le silence, exprimé par un regard fixe puis quelques saccades oculaires, lesquelles confirment la décision : c'est lui qui va s'occuper du cas, et ce, en dépit des règles (1.9. 19:20-25:00).

Cet aspect de la mobilité, décrit ici directement à partir de la personnalité de House, en fait émerger une quatrième forme : la position d'un cadre (administratif, juridique, clinique) trouve sa vertu dernière dans la sortie de ce dernier. Il ne s'agit de rien d'autre que de donner du jeu, de l'espace, de l'air à la règle pour mieux soigner. Ce qui est en jeu, c'est l'aptitude du professionnel à rendre la règle *mobile*. Cette quatrième dimension de la mobilité émerge de la pratique du professionnel. On pourrait tout à fait l'appliquer en retour au cadre clinique du service d'urgence ERIC, où elle travaille sans que nous l'ayons alors thématisée dans l'article consacré aux trois figures de la mobilité dont nous sommes partis. Cette quatrième figure de la mobilité renvoie de façon très cohérente à un contexte global d'analyse systémique thérapeutique.

5. La mobilité en question : quelle unité conceptuelle ?

Déplacement, mobilisation-implication, créativité-inventivité-improvisation, sortie vertueuse du cadre. Toutes ces expressions sont-elles justiciables d'une même entente en terme générique de « mobilité » ? Nous avons déjà évoqué cette question en introduction. Nous voudrions à présent y revenir, une fois la comparaison opérée. Un esprit cartésien, soucieux de distinctions bien tranchées, pourrait

²³ « We can't do any more tests, but you want me to treat him? »

²⁴ « The medicine is in the pharmacy, the patient is immobilized in the ICU, so it sounds like a simple geography problem! »

²⁵ « Are you asking us to jeopardize our medical licenses just for this treatment? »

douter de l'unifiabilité notionnelle de la mobilité sous ces diverses expressions. Doit-on réduire la « mobilité » au seul sens étroit de « déplacement » et se priver de la richesse sémantique du terme ? On a noté plus haut qu'Aristote lui-même refuse d'entendre le mouvement comme un simple déplacement dans un espace : il y entend tout d'abord changement, (dé)croissance et génération. Dans cette contribution, on a fait le pari de convoquer des modes multiples de relation à l'espace : matériels (la mobilité des corps dans l'espace physique), sociaux (les relations intersubjectives entre les personnages), psychiques (les pensées, idées, hypothèses du personnage), systémiques (les règles institutionnelles). Notre hypothèse est que la notion de mobilité, sans être en rien un concept unifié, a le statut d'une cohésion de sens plurivalente au sens où Merleau-Ponty parle de « cohésion sans concept²⁶ », ou d'un réseau proche du rhizome deleuzien, où les effets de sens génèrent des interactions multiples et par principe in-unifiables. On comprend dès lors comment la mobilité peut renvoyer tout autant à des événements factuels (le déplacement des corps, les échanges d'informations entre personnages), à des états de conscience générateurs de sens, voire à des situations systémiques déplaçant les normes morales. Il n'y a donc pas lieu de voir dans la mobilité une catégorie *a priori*, mais bien davantage l'intégration dynamique d'une variation différentielle, qui se décline en quatre figures au moins²⁷.

6. Bilan

Quelle est dès lors la portée de la comparaison en jeu entre les deux services d'urgence médicale, l'un fictif mais décrivant des mécanismes thérapeutiques et soignants qui frappent par leur acuité réaliste, l'autre situé dans la « vraie vie » mais nous faisant rencontrer des situations extrêmes, parfois vécues comme situées à la limite du vivable et du pensable ? Le statut de cette comparaison ne consiste absolument pas à prendre un service pour référentiel de l'autre, mais à utiliser une grille de lecture disponible pour opérer une co-construction du sens de la mobilité et éclairer un cadre par l'autre et vice-versa. Est-ce à dire que la conclusion à laquelle nous aboutissons, à savoir la démonstration de la fécondité de l'éclairage d'un cadre par l'autre, pourrait être similaire à propos de n'importe quelle comparaison analytique entre un personnage de fiction et une expérience professionnelle ? Pour pouvoir l'affirmer, il conviendrait de se livrer à d'autres enquêtes situées. Ainsi, il pourrait être intéressant de mener d'autres comparaisons entre un contexte professionnel

²⁶ Voir Merleau-Ponty, *op. cit.*, p. 198-199.

²⁷ À propos de cette entente du sens de la mobilité en terme de rhizome, voir Gilles Deleuze, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.

« réel » et la mise en scène d'une fiction filmée, en examinant par exemple la résonance entre le métier d'avocat dans un cabinet et la façon dont cette profession est mise en scène dans *Ally McBeal* (FOX, 1997-2002), ou bien la relation entre le métier d'agent dans un service secret et celui d'agent double décrit à travers le personnage de Sydney Bristow dans *Alias* (ABC, 2001-2006), quitte à montrer le différentiel important entre les fictions et la réalité (caricature, affaiblissement, etc.). Encore faudrait-il avoir une expérience suffisamment précise du travail d'un avocat ou de celui d'un agent double, et non un simple témoignage vague. Notre connaissance en première et en deuxième personne du service mobile d'urgence psychiatrique ERIC nous a semblé nous garantir la possibilité d'une comparaison argumentée et en connaissance de cause avec un cadre d'urgence médicale assez atypique à l'hôpital fictif de Princeton-Plainsboro.

Conclusion

L'épisode 9 de la saison 1 que nous avons retenu à titre d'exemple indicatif pour analyser les formes de la mobilité (déplacements, mobilisation implicative, créativité inventive, sortie vertueuse du cadre) dans *Dr. House* culmine dans un instant de mobilisation extrême, situé au cœur de cet épisode (précisément à 22 minutes du début), au moment où se pose la question radicale de savoir s'il ne convient pas de débrancher les machines maintenant en vie un patient qui désire pourtant mourir. Question éthique cruciale : l'euthanasie est-elle légitime ? Il va mourir, on le débranche : House accède ainsi à la volonté du patient mourant qui refuse d'être soigné. Il va mourir, on le débranche, il ne meurt pas : « Il respire encore... Il a pris le relais²⁸ » s'exclame Foreman ! Que s'est-il passé ? Quel est ce ressort insigne de la vie en lui qui met en mouvement le mourant au moment où le médecin lui-même lâche prise et se résout à accepter de le laisser mourir ? Quel est ce mouvement de vitalité inattendue ? Comment être mobile au moment même où tout risque de se figer dans la mort ? Cette vitalité intime qui retient un patient de se suicider parce que, précisément, on ne l'empêche pas de le faire avec des arguments moraux, voilà ce qui nous est montré ici : parce que la personne se sent le droit de mourir, elle ne passera pas à l'acte, elle réassumera sa liberté et sa vie. Parce que John Henry a été légitimé dans son choix de mourir, ses poumons se regonflent d'air, se remettent à fonctionner. « La vraie question est : pourquoi est-il toujours en vie ?²⁹ » interroge House. Il devrait être mort. House a fait une erreur de diagnostic : « c'est fou le nombre de personnes qui survivent à cause de mes

²⁸ « He is still breathing! He's holding his own! »

²⁹ « The real question is: why is he still alive? »

erreurs !³⁰ », conclut-il avec « philosophie » ! Les ratages sont ce qui nous rend vivants et capables de mobilité³¹.

Bibliographie

ARISTOTE, *Physique*, Paris, Les Belles Lettres, 1983.

BACH-Y-RITA Paul, *Brain Mechanisms in Sensory Substitution*, New York, Academic Press, 1972.

DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.

DEPRAZ Natalie, *Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète*, Paris, Armand Colin, 2006.

DEPRAZ Natalie, FRANCISCO JAVIER VARELA et PIERRE VERMERSCH, *On Becoming Aware. A Pragmatics of Experiencing*, Boston, Amsterdam, Benjamins Press, 2003. Texte français : *À l'épreuve de l'expérience. Pour une pratique phénoménologique*, Bucarest, Zeta Books, 2012.

DEPRAZ Natalie et FRÉDÉRIC MAURIAC, « Relationalität als methodischer Zugang zur Subjektivität », in *Psycho-logik*, n°3, *Methode und Subjektivität*, Freiburg, München, K. Alber Verlag, 2008, p. 247-264.

ELKAÏM Mony, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Paris, Seuil, 1989.

ELKAÏM Mony (dir.), *Panorama des thérapies familiales*, Paris, Seuil, 1995.

EVERSTINE Diane, *Des gens en crise : l'intervention psychologique d'urgence*, Marseille, Hommes et perspectives, 1993.

HUSSERL Edmund, *Idées directrices*, vol. 1, Paris, Gallimard, 1950.

JACOBY Henry et WILLIAM IRWIN, *House and Philosophy, Everybody lies*, Hoboken, New Jersey, John Wiley and Sons Inc., 2009, traduction française par Marc-Emmanuel Königson, sous le titre *Dr. House. Les secrets d'un antihéros*, NY, Music and Entertainment Books, 2010.

³⁰ « Yeah, they seem to be doing that a lot, lately. People keep living because of my mistakes! »

³¹ À propos du ressort vital de chacun, voir Paul Watzlavick, John Weakland et Richard Fisch, *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975.

KANNAS Serge, Michaël ROBIN, Frédéric POCHARD, Isabelle REGEL, Frédéric MAURIAC, « ERIC ou la mobilité comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique », in *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale*, éd. Michel De Clercq, Suzanne Lamarre et Helen Vergouwen, Paris, Masson, p. 204-220.

MAURIAC Frédéric, Laure ZELTNER et Natalie DEPRAZ, « Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents : déplacement, mobilisation, créativité », in *Les Équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, éd. S. Tordjman et V. Garcin, Paris, Masson, coll. « Pratiques en psychothérapie », 2009, p. 51-71.

MERLEAU-PONTY Maurice, *Le Visible et l'invisible*, Paris, Gallimard, 1964.

DE SAINT MAURICE Thibaut, *Philosophie en séries*, Paris, Ellipses, 2009.

WATZLAVICK Paul, John WEAKLAND et Richard FISCH, *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975.

ZARADER Jean-Pierre, *Philosophie et cinéma*, Paris, Ellipses, 1997.