

L'accueil : Dispositifs collectifs et dispositions individuelles

Alain CASTERA & Michel MINARD

Dax

Parler de l'accueil quand on travaille dans un hôpital psychiatrique, ce n'est pas vraiment très difficile :

- **Premier temps** : l'interne de garde mal réveillé **accueille** le malade mental qui a, bien sûr, rien que pour l'embêter, choisi la nuit où il était de garde pour faire "sa crise". Inutile de vous décrire la fraîcheur de l'accueil !

- **Deuxième temps** : après l'accueil, le **recueil**. Le patient est recueilli dans un pavillon dit d'admission (autre mot pour accueil), où l'on recueille jour après jour, jusqu'à lassitude, les signes de sa maladie.

- **Troisième temps** : après quelques soins éventuels, on le **décueille**, c'est-à-dire que, ou bien on l'oublie dedans ou bien on le fout dehors, dehors où c'est lui à son tour qui quelquefois nous accueillera à son domicile ou au centre social de son village ou de son quartier, pour une visite à domicile ou une consultation de post-cure.

Il est possible, mais pas obligatoire, d'accueillir la famille pendant le deuxième temps, mal bien sûr, puisque tout le monde sait que c'est de sa faute si le malade est malade.

Dans les hôpitaux psychiatriques traditionnels d'avant-garde, pour éviter le mauvais réveil de l'interne de garde et le chambardement nocturne du pavillon dit d'admission, on a créé des S.A.A., services d'accueil d'urgence, pleins de spécialistes de l'accueil, disponibles à tour de rôle 24 h sur 24, ce qui évite au personnel soignant des pavillons dits d'admission d'avoir à faire des admissions, autrement dit l'accueil, sans que leurs pavillons perdent pour autant leur label de "pavillon d'admission".

Quand on constate, comme nous, l'extrême importance du premier entretien pour la suite du travail thérapeutique, on imagine aisément le grabuge.

Or nous ne travaillons pas à Dax dans un hôpital psychiatrique traditionnel, même d'avant-garde, mais dans un hôpital général, sans lits de psychiatrie ni structures qualifiées d'intermédiaires, si bien qu'il nous est très difficile de parler d'accueil. D'autant plus qu'ayant tous été formés à l'hôpital psychiatrique traditionnel, nous avons perdu l'ensemble de nos repères sur le sujet en le quittant, et ne savons plus très bien ce que c'est que l'accueil.

On accueille qui ? Un malade ? Sa famille ? Ses voisins ? Un médecin généraliste qu'angoisse le problème de ce malade ? Une assistante sociale inquiète de l'état du médecin généraliste qu'angoisse ce malade ? Le maire de la commune tarabusté par l'assistante sociale inquiète de l'état du médecin généraliste qu'angoisse ce malade ?

Et on accueille quoi ? Des paroles ? Des bribes d'histoires ? Des demandes ? L'expression de besoins ? Des désirs ? Des symptômes ? Des mensonges ?

Et pour en faire quoi ? D'autres paroles ? D'autres symptômes ? D'autres mensonges ? Des communications scientifiques ? Ou pour remettre sur rails ceux qui déraillent ? Rassurer le médecin généraliste, l'assistante sociale et le maire du village ? Calmer nos propres angoisses ? Justifier notre salaire ?

Je pourrais résumer ces premiers propos en disant que le mot "accueil" ne nous inspire guère, que son utilisation dans le champ de la psychiatrie nous est souvent suspecte, y compris et surtout quand nous l'utilisons nous-mêmes.

Je ne vais donc pas parler de l'accueil mais des **dispositifs collectifs** et des **dispositions individuelles** qui nous paraissent nécessaires pour qu'un travail psychiatrique puisse se faire dans un secteur de psychiatrie générale. Dispositifs que nous avons mis en place tant bien que mal, plutôt mal d'ailleurs, et dispositions que nous tentons d'acquérir avec l'impression fâcheuse que c'est souvent en vain.

Bien sûr, c'est un artifice de style que de parler de dispositifs collectifs et de dispositions individuelles, artifice de style qui annonce un plan en deux chapitres distincts, alors que dans la réalité, tout ça semble si imbriqué qu'il me paraîtrait malhonnête de m'en tenir à ce plan. Dispositifs collectifs et dispositions individuelles concernent quelque chose qui existe d'autant moins qu'on en parle plus : l'équipe psychiatrique. Autrement dit, un petit groupe d'individus plus ou moins bien formés et plus ou moins bien payés, mandatés par la société pour exécuter des tâches plus ou moins précises, groupe généralement plus ou moins fortement hiérarchisé et qu'organisent au premier chef les entrelacs des névroses de chacun.

C'est peut-être bien dans ce paquet-là qu'il y a des choses à lier et d'autres à délier pour qu'advienne quelque chose de l'ordre de ce qu'on pourrait appeler l'accueil.

L'utilité pour des individus de faire partie d'une équipe, c'est bien sûr d'abord de se sentir moins seul. Deuxièmement, quand c'est possible, de penser, de causer (c'est à dire de communiquer les fruits de son pensoir), de comparer ses pensées aux pensées des autres - tiens ! la tienne est plus longue que la mienne, ou plus épaisse, ou biscornue ! -, de voir si, à partir de cet étalage, on peut faire quelque chose ensemble (il conviendrait encore de préciser quelle chose et ce que ça veut dire "ensemble"), de penser sur ce qu'on fait, d'articuler les écarts entre les pensées, les dire et les faire de chacun. Et de recommencer sans cesse, quelquefois comme Pénélope.

Bien sûr, je n'appelle pas équipe un groupe de professionnels qui pensent tous pareillement et font tous la même chose, en fonction de modèles figés et d'objectifs immuables - souvent comme le chef, d'ail-leurs ! Ca, ce n'est pas une équipe, c'est un pot de colle, et l'accueil du malade mental dans ce genre d'équipe a beaucoup à voir avec les attrape-mouches de nos grands-mères : après la maladie, première catastrophe, c'est l'engluement dans l'équipe soignante, seconde catastrophe, celle-ci souvent irrémédiable.

Bien ! Comme vous avez pu le remarquer, j'ai renoncé à parler de l'accueil, puis j'ai renoncé à parler des dispositifs collectifs et des dispositions individuelles nécessaires à cet accueil, pour m'égarer dans quelques considérations saugrenues sur l'équipe.

Je ne peux quand même pas renoncer à la clinique, si je veux remplir mon contrat.

Je vais donc vous raconter deux histoires cliniques.

La première est celle de Georges, admis au service d'urgence de l'hôpital général de Dax, après une sérieuse tentative de suicide avec des psychotropes. 40 ans, marié, gros éleveur de volaille. Son médecin généraliste dit qu'il est déprimé depuis longtemps, que du coup il travaille mal, qu'il est au bord de la faillite, qu'il ne le supporte pas et qu'il faut donc, pour le sauver, l'hospitaliser - l'accueillir - en milieu psychiatrique hors du département, pour qu'il soit loin de sa famille.

Comme à l'accoutumée, un médecin du service d'urgence appelle quelqu'un de notre équipe. Y va Alain Castera, ici présent, co-auteur de ce petit texte. Il est infirmier et a donné beaucoup d'argent à son psychanalyste pour que ce dernier puisse s'acheter une maison de campagne. Ca lui a donné le droit, pendant 10 ans, de s'étendre régulièrement sur son lit et de lui raconter ses salades. Ce qui a sans doute permis à Castera d'acquérir certaines petites capacités à écouter les salades des autres.

Au lieu d'aller déjeuner - c'était l'heure ! - il écouterait Georges pendant un long moment, au terme duquel il lui dirait de rentrer chez lui et de se remettre au travail. Ceci à l'encontre des bonnes recommandations du médecin-dit-de-famille qui le connaît depuis toujours et d'un psychiatre précédent qui lui avait prescrit beaucoup de médicaments pour le tuer. Je ne dis pas "pour le tuer" au hasard, mais Georges a su expliquer plus tard que ce psychiatre qui n'avait rien voulu écouter de lui, l'avait persuadé, par sa surdité d'une part, d'autre part par la tartine de sa prescription qu'il était fou et foutu, et qu'il valait donc mieux en finir, précisément à l'aide de cette tartine-là.

Georges aujourd'hui va tout à fait bien. Il n'a pas fait faillite, s'est séparé de son frère et de son père avec lesquels il était précédemment associé et a monté son propre élevage.

Que s'est-il donc passé entre temps ? Alain, le thérapeute, a entendu **d'emblée**, dès le premier entretien, de la bouche de Georges, une histoire tout à fait différente de celle que racontait le médecin généraliste, et, à travers lui, le frère paranoïaque de Georges et leur père un peu pervers. Il a **d'emblée** compris à travers cette histoire que Georges serait réellement failli et foutu s'il était hospitalisé au loin.

Il a donc donné un conseil, ayant à mon sens valeur d'interprétation : retourner au travail. Le père et le frère ne l'y attendaient pas. Georges a pu régler ses problèmes avec l'aide d'un avocat, éviter la faillite, remonter une affaire. Bref, remettre de l'ordre dans sa pensée chavirée, parce que cinq fois par semaine, à des heures compatibles avec le conseil donné (retourner au travail), Alain l'a écouté d'une certaine oreille.

Sans flagornerie, Georges peut lui dire aujourd'hui : "si vous ne m'aviez pas écouté à votre manière surprenante pour moi, je serais mort. C'était la première fois qu'un soignant écoutait toute mon histoire. Et j'avais remarqué pourtant que c'était l'heure du déjeuner. Je me suis dit : enfin quelqu'un de sérieux ! Et tout de suite après : peut-être qu'après tout je ne suis pas si fou que ça. Et vous ne vous contentiez pas d'écouter, vous me demandiez de préciser certaines choses. Personne n'y avait prêté attention avant."

Après plusieurs mois de psychothérapie intensive autour de l'histoire familiale, Alain voit Georges une fois par semaine et continue d'en parler en groupe de contrôle. Georges lui explique maintenant des choses très techniques de son travail d'éleveur et de gestionnaire. Il dit à Alain : "Je sais bien que vous n'y comprenez rien. Mais si je vous le dis à vous, ça me

permet à moi de savoir si ce que je fais est correct et de modifier en conséquence mon organisation."

Belle illustration de ce qui s'échaffaude dans le transfert.

On aura peut-être noté au passage quelques petites bricoles elliptiques au sujet des dispositifs collectifs et des dispositions individuelles nécessaires à l'accueil des malades mentaux.

Une seconde histoire clinique qui me concerne, celle-là. Doublement, puisqu'il s'agit d'une de mes patientes et qu'elle me permettra d'évoquer quelques horreurs du fond de moi-même.

Marie est maniaque. Pendant ces crises nous avons mis en place - une infirmière, un infirmier et moi - tout un dispositif avec les voisins et ses collègues (elle est infirmière D.E.) pour éviter les désagréments sociaux de sa manie. Nous allons la chercher pour l'hospitaliser en douceur, le moins longtemps possible, nous nous occupons de son chien, de sa maison, de régler les ennuis qu'elle a avec la police ; car elle a la fâcheuse habitude, en phase maniaque, de foncer avec sa voiture sur les voitures de la police, au Pays Basque de préférence, de chaque côté des Pyrénées, ce qui vous permet d'imaginer quelques situations particulièrement épineuses et certaines difficultés nôtres pour la sortir des geôles espagnoles.

Quand elle va bien, elle nous remercie de tout ce que nous faisons pour elle ; de la qualité de notre accueil, quoi !

Un jour, après une de ces manies tamponneuses, elle m'explique qu'on lui a retiré son permis et qu'elle se rend au travail en vélo. Elle me dit que tout va bien, la crise est loin derrière. Encore une fois elle me remercie.

Pourtant l'entretien me laisse un sentiment de malaise, ce genre de sentiment de malaise qui me fait dire que c'est du côté de chez moi qu'il me faut aller regarder d'un peu plus près. Et je découvre, bien caché, le petit souhait furtif qui m'est venu lorsqu'elle m'a dit qu'elle allait au travail en vélo : "Mon Dieu ! Si elle pouvait se faire écraser !" En effet, voilà qui aurait réglé beaucoup de mes problèmes : elle serait morte, ce qui aurait résolu définitivement la répétition de ces rechutes qui me mettent chaque fois en échec. Par dessus le marché, elle ne serait pas morte dans un accident automobile d'origine psychotique, donc je ne serais pas responsable de sa mort.

Le pire, c'est qu'elle a du s'en douter : quelques temps après, elle a demandé à changer de psychiatre. De psychiatre, pas d'infirmiers.

Depuis ce changement, elle va beaucoup mieux, moi pas vraiment.

Vous aurez compris, à travers cette illustration du terrible "contre-transfert-qui-tue", que les dispositifs collectifs les plus sophistiqués ne sont que du vent si ne sont pas travaillées les dispositions individuelles.

Vous aurez compris aussi, je pense, que je ne suis absolument pas qualifié pour vous parler de l'accueil en psychiatrie.