

Accueillir l'inquiétante

L'accueil est une pratique rigoureuse et difficile qui nécessite de s'interroger sur ce que cela réveille en soi, de penser, de s'ajuster à chaque nouvelle rencontre, de mettre en partage avec les collègues, d'échanger des « savoir-faire ». Ce sont ces échanges aussi qui opèrent comme « contenants » pour les patients qui souffrent de schizophrénie.

Je me souviens de mes premiers pas à l'hôpital psychiatrique de l'Eau-vive, à Soisy-sur-Seine, ces premiers moments, ces premières heures, ces premières minutes à suivre un collègue infirmier, rodé à la pratique psychiatrique et qui me faisait visiter les lieux. C'était une sorte d'accueil ou d'admission, au choix. Je le suivais, timide, inquiet de cette confrontation à une expérience nouvelle. Je traversais des couloirs labyrinthiques, rencontrais des patients qui s'adressaient au nouveau que j'étais avec une étrangeté qui m'agressait. D'autres m'observaient silencieux, me faisant ressentir que ma présence était inhabituelle en ces lieux. Des « fous » logorrhéiques, mutiques, délirants à hautes voix, gesticulant, ou figés, qui par leurs comportements faisaient surgir dans ce bâtiment une obscure angoisse. Retrouver le contact avec les soignants dans l'isolement de leur bureau, partager leur discours de raison, me permit de reprendre pied. C'était là le lieu de la récupération psychique, à l'intérieur de cette pièce réservée aux soignants, une démarcation entre un dedans et un dehors, entre ceux qui raisonnent et ceux qui déraisonnent.

Romain NÈGRE

Psychologue clinicien, infirmier.

Si j'engage mon propos sur un plan historique et affectif, c'est pour tenter de rendre compte de ce qu'il y a de fondamentalement insondable, énigmatique, difficilement quantifiable et non généralisable dans la rencontre avec tous ces autres patients qui n'apparaissent pour moi que sous le même masque, celui du malade, peut-être schizophrène. En voulant traiter de cette question de l'accueil, ce souvenir m'est revenu, celui de l'origine en quelque sorte, de la naissance du clinicien que je suis aujourd'hui. L'accueil comme point d'origine, un accueil qui était le mien dans ce nouvel endroit et ma disposition à accueillir cette nouvelle expérience. Une incertitude persiste quant à ce qui était difficile à accueillir, l'étrangeté des patients extérieure à moi, ou cette angoisse de l'étranger, diffuse en mon for intérieur? Cette inquiétude difficilement localisable, trouvant sa résolution dans l'espace confiné du bureau soignant. Derrière la porte, à l'extérieur, errante, l'étrangeté retrouvait une demeure perceptible en la figure unique, indifférenciée du malade.

FAMILIÈRE ÉTRANGETÉ

Toute rencontre suppose l'entrelacement de ces deux espaces, point de jonction des notions d'identité et d'altérité. Un individu rencontre un autre comme alter ego, tout aussi semblable que radicalement différent. Le semblable comme reconnaissable en soi et la différence comme étranger à découvrir ou à bannir.

© J'y reste - Pierre Le Roy & Kevin Lizzit.



étrangeté du schizophrène



La personnalité d'un individu dit « normal » se construit progressivement selon un processus de différenciation soi/autrui qui, s'il est précoce, conserve les traces notre vie durant d'un impossible à délimiter entre ce qui, chez moi, vient de l'autre, et ce qui, perçu chez l'autre, vient de moi.

« *Mais un bébé ça n'existe pas* », disait Winnicott (1952), à entendre comme « *cela n'existe pas en dehors de son environnement* ». Ce qui donne forme à l'identité c'est la manière dont ce bébé a été parlé, porté, regardé. C'est par cette parole, qui n'est pourtant pas la sienne, qu'il peut s'identifier et commencer à dire « Je ». Il existe donc originellement une tension, une certaine violence dans l'émergence du sentiment identitaire puisque c'est une part étrangère qui a permis qu'un soi puisse se constituer. Il y a donc un lien ténu entre la relation à l'existence et l'accueil de l'autre en soi. Le recours à la notion « *d'inquiétante étrangeté* », est en ce sens tout à fait précieux si l'on précise ce que cela recouvre. Le terme est une traduction du terme allemand « *unheimlich* » qui désigne ce qui paraît inquiétant, lugubre. Cette notion a été par la suite conceptualisée par Freud. Elle vient de « *heim* » qui signifie le « foyer » et par extension « *heimlich* » le « familial ». « *Unheimlich* » signifierait donc l'inverse : ce qui n'est pas familial, ce qui est étranger. Mais « *heimlich* » signifie également quelque chose de secret, de mystérieux, de caché, de ténébreux. On désigne alors par « *unheimlich* » tout ce qui aurait dû rester caché, secret, mais qui se manifeste. En ce sens « *unheimlich* » désigne l'émergence, le dévoilement de ce qu'il y a de plus intime, de plus secret. Ainsi le phénomène « *d'inquiétante étrangeté* » désigne quelque chose qui apparaît avec effroi de l'extérieur mais aussi de l'intérieur. Il y a donc une étrangeté familière, une part étrange et étrangère en nous, qui semble parfois faire retour à l'extérieur et se manifester sous nos yeux dans les comportements des malades. Cette part d'étrangeté familière, nous préférons la tenir à bonne distance, éventuellement en la repérant en la figure du fou. Et le recours au diagnostic de schizophrénie pour évoquer l'inquiétante étrangeté, nous laisse penser que c'est lui, le schizophrène qui aujourd'hui incarne le mieux la folie. Il en est le symbole.

Manière de dire que l'on n'échappe pas aux représentations sociales et que le diagnostic a des effets de résonances qui dépassent le simple champ du savoir médical. En effet, la figure du fou dans notre société semble circonscrite par la notion médicale de schizophrénie, et sur la scène sociale ce diagnostic a moins pour fonction d'énoncer une vérité scientifique que d'assurer une délimitation autour du fou, de celui qui menace la rationalité humaine et le lien social. Attention, il serait naïf de croire que le fou n'est qu'un effet du corps social qui trouve sa cohérence en excluant celui qui ne répond pas à ses normes. Ces sujets sont les premiers à souffrir de leurs troubles, de leur isolement et de ce sentiment d'inadaptation. Mais il ne faut pas non plus perdre de vue qu'isoler le malade mental à une certaine place, dans un certain discours, souvent davantage politique que scientifique, permet aussi de faire l'économie de l'étrangeté qui habite toute relation humaine. Comme le disait Lucien Bonnafé (1965) : « *Le comportement d'une société envers ses déviants est un des meilleurs témoignages de son degré de civilisation.* »

PROTOCOLISER LA FOLIE ?

Quelle place pour les malades ? Comment accueillir cette dimension de la réalité humaine que nous nommons « folie » ? À l'hôpital, à l'arrivée d'un malade, « *on fait son admission* ». Mais c'est toute autre chose que de l'accueillir. Accueil et admission sont des notions qui se croisent au moment même où le patient franchit la porte du service. Pourtant elles ne portent pas les mêmes enjeux. L'admission se situe sur un plan administratif, selon une procédure objectivable, généralisable et quantifiable, là où l'accueil est une démarche subjective, singulière et collective dont les effets sont difficilement prévisibles.

Pour préparer ce texte, je suis allé chercher sur Internet ce qui concernait l'accueil des patients souffrant de schizophrénies. Sur le site de la Haute autorité de santé (HAS), j'ai relevé une *Évaluation des pratiques professionnelles* (EPP) sur *La prise en charge des patients schizophrènes en hospitalisation* (Gaubert, 2006). Il y était question de « formalisation » de la prise en charge des patients schizophrènes et cette formalisation visait notamment deux objectifs : d'une part « *rendre compte des modalités d'accueil,*

de prise en charge et de traitement des patients relevant de ce diagnostic » et d'autre part « *systématiser la procédure d'accueil* ».

Il y a bien là un problème. J'ai appris, et mon expérience m'enseigne, que la pratique de l'accueil doit être souple et singulière et que c'est à ce prix qu'elle trouve son efficacité dans le processus thérapeutique qui pourra s'engager. Et pourtant la HAS qui élabore les bonnes pratiques voudrait « *systématiser la procédure d'accueil* »...

Aujourd'hui, l'hyper-protocolisation des pratiques dans un souci d'uniformisation garante de la qualité des soins, nous interroge sur l'accueil, sur la possibilité de recevoir quelqu'un en s'y engageant subjectivement et de manière individualisée. Encore une fois il serait trop facile de diaboliser les politiques de santé et la gestion protocolaire des soins. Bien sûr les protocoles peuvent avoir leur utilité, ne serait-ce que pour nos jeunes collègues confrontés à la maladie, au désarroi et à la violence que cela peut susciter. Les protocoles auraient ainsi valeur de garde-fou pour ceux qui gardent les « fous » et leur permettraient de s'y appuyer un temps pour se familiariser avec les lieux et ceux qui les habitent. Mais là encore, cela interroge. Pourquoi vouloir maîtriser par des protocoles les attitudes des soignants comme s'il existait une dangerosité potentielle à les laisser agir ? Si les patients sont contraints par les médicaments, les chambres d'isolement, les programmes de soins, les soignants le sont parfois tout autant par des protocoles énoncés de l'extérieur, les déposés d'une autonomie de réflexion qui leur permettrait de s'ajuster, de s'accorder face aux situations qui se présentent. Bien sûr, certains établissements étaient des zones de non-droit pour les patients. Il existait une ambiance concentrationnaire où un rejet massif et coercitif étaient parfois exercés par les soignants. Mais pourquoi ? Qu'est-ce qui venait et continue parfois de venir mobiliser une telle violence ou un tel rejet chez les soignants ? La psychiatrie d'après-guerre a permis de penser des dispositifs de soins luttant contre ces phénomènes d'exclusion et de déshumanisation. Mais l'activisme protocolaire d'aujourd'hui tend à gommer les différences et la diversité des pratiques, à uniformiser les soins et par là même les patients. Pourquoi évacuer la question de l'insupportable, de

l'intolérable dans la maladie mentale, en balisant les soins? De quelle monstruosité faut-il prémunir les soignants? Quelle folie s'agit-il de maîtriser par cette dérive illusoire d'une systématisation sans faille des soins? S'agit-il de « l'inquiétante étrangeté » des symptômes psychotiques ou de « l'inquiétante étrangeté » qui doit demeurer silencieuse en chacun de nous? Si les asiles contraignaient les patients à

Le soin que nous proposons peut parfois revêtir les habits d'une contrainte « normativante », excluant la possibilité pour le patient de se réappropriier les parties fragmentées de sa personnalité. W.R. Bion, face à un patient psychotique très angoissé à l'idée de le rencontrer pour la première fois, avait eu ces mots : « *Rassurez-vous, je ne suis pas ici pour vous soigner* ». Ainsi, il désamorçait le

qui le persécutent, qu'il reconnaît comme extérieure à lui et contre lesquelles il lutte. Cette confusion des espaces interne et externe met à mal l'environnement de soin. Et c'est toute la fonction institutionnelle et soignante d'accueil qui se trouve mise en tension. La fonction contenante des soignants qui s'apparente à la notion de portage, que Pierre Delion préfère nommer « *fonction phorique* », pour



Je pense le soin comme un artisanat. Cela exige de la technique, mais une technique qui n'est pas une technicité de surface. Chacun fabrique son matériel à sa manière... »

l'écart des villes, aujourd'hui, l'activisme protocolaire ne laisse pas beaucoup plus de liberté. La réalité du terrain nous montre que c'est tout autre chose qui permet au patient de sortir de son isolement. Il faut à la fois une présence, quelque chose qui puisse s'ajuster à la singularité de chacun, et des dispositifs d'accueil qui prennent en compte les microvariations des investissements narcissiques et objectaux des patients pour en accompagner leur évolution. Serge Gauthier, fondateur du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) du 13^e arrondissement de Paris, disait à ce propos : « *Sous certaines conditions, cette présence soignante et institutionnelle minimale, indispensable à certains, a encore une action psychique qu'aucune molécule ni aucune action triviale ne peuvent remplacer* ». (Gauthier, 2007) Se retrouver autour d'un objet concret, lors d'une activité ou d'une sortie, partager un moment, réinvestir un plaisir de fonctionnement pour certains patients saisis par l'apragmatisme mortifère, c'est par ces petites choses que se tissent les relations de soin. Dans une homogénéisation radicale des soins, c'est justement l'altérité, la différence, qui est effacée, ce que tente par ailleurs de bannir le processus psychotique. L'autre, dans son altérité, est toujours susceptible d'exercer une emprise sur soi ou au contraire de nous abandonner. C'est là tout l'enjeu avec les patients souffrant de psychose. C'est une psychopathologie du lien, de la relation, de l'intersubjectivité qu'il s'agit d'appréhender.

phénomène d'angoisse, en se situant à une autre place que celle d'un soignant qui exercerait une emprise dévorante par le pouvoir du soin. Une place qui n'exige rien sinon la possibilité d'une rencontre.

ACCUEILLIR L'AUTRE EN SOI

Nous l'avons vu, la rencontre avec « l'inquiétante étrangeté » du patient dit schizophrène, nous confronte à notre propre part d'étrangeté. À ce titre l'accueil c'est donc accueillir l'autre en soi. Chaque rencontre vient faire résonner certains éléments de notre histoire qui s'actualisent à la lumière de cette nouvelle rencontre. Et le patient devra s'accommoder de cet étranger qui veut lui apporter du soin. Un soin, face auquel la plupart des patients, en tout cas dans un premier temps, manifestent de grandes réticences.

En effet, si nous avons évoqué une ligne de démarcation entre soi et l'autre qui suppose une certaine réciprocité, il semble que dans la schizophrénie, c'est à ce point précis que la psychopathologie s'exacerbe le plus. Dans le processus schizophrénique, il existe une porosité extrême des limites du moi, comme une peau trouée qui laisse le sujet en perpétuelle fragilité face aux effractions des objets environnants. Un geste, un regard prend les traits d'une persécution qui menace l'intégrité narcissique du sujet. Si le patient schizophrène se sent « intrusé » de tous les côtés, il ne peut rien garder en lui puisque ses éprouvés, ses pensées sont régulièrement projetés sur ceux qui l'environnent. Des projections

accueillir, porter, supporter les pensées, idées, éprouvés, images du corps qui se dissipent dans tout l'espace institutionnel lorsque l'angoisse menace la survie psychique du sujet (P. Delion, 2012). Les parties clivées du sujet sont projetées sur les soignants qui agissent alors comme « hôtes ». Nous sommes les « hôtes » des contenus de pensées des patients. Mais si nous sommes des « hôtes », nous sommes conduit à réfléchir sur ce qu'est l'hospitalité. L'acte d'accueil émerge de cette notion essentielle d'hospitalité. Hospitaliser quelqu'un, c'est le faire admettre dans un établissement hospitalier, mais si le mot « hospitalier » renvoie au fait d'exercer l'hospitalité, il me semble qu'il nous faut produire des efforts supplémentaires pour que l'hospitalisation soit accueillante. Il nous faut produire des efforts parce que la spécificité de notre pratique nous confronte souvent à un paradoxe. Nous voulons offrir l'hospitalité à des gens qui n'en veulent pas. « *Je ne suis pas malade* » ; « *J'ai rien à faire ici* » ; « *Qu'est-ce que vous voulez de moi ?* » ; « *Je vais très bien, c'est ma mère qui est folle* » ; « *Laissez-moi sortir* ». En effet, pour exercer l'hospitalité, il est plus aisé d'avoir un sujet qui la demande. Mais l'acte d'accueil suppose un rapport à l'hospitalité qui dépasse largement un simple geste de sympathie. Si le rejet ou l'aversion à rencontrer l'étrangeté du patient empêche la relation de soin, un dévouement absolu, une présence trop bonne qui chercherait à combler les moindres manques du patient, peut générer des effets tout aussi négatifs.

Combien de fois avons-nous vu la haine se retourner contre un soignant pourtant très investi par le patient. Les investissements, positifs ou négatifs, sont massifs et souvent clivés et c'est à ce titre que l'accueil doit se tenir, dans cette ambiguïté à la fois singulière mais collective. Chacun vient cueillir personnellement certains éléments de la rencontre avec le patient, mais toujours avec la présence tierce de l'institution, des collègues, de l'éthique. Ce tiers vient marquer un écart pour permettre au soignant de se déprendre d'une relation duelle enfermante qui pourrait conduire à des actes de violence défusionnante. Ainsi le cadre, repérable pour le patient par des règles de vie commune tangible, doit avant tout être mental. La fonction contenant des soignants est donc subjective.

HOSPITALITÉ ET HOSTILITÉ

L'hospitalité n'est pas une démarche de générosité, elle fonde le lien social, elle est constitutive des modalités de relations entre les humains. Nous sommes tous passés par là, nous avons tous été accueillis un jour, et ce jour premier est celui de notre venue au monde. Accueillis au monde, accueillis par des autres alors que nous étions absolument dépendants dans cet état de détresse initiale. Une multitude d'accueils, d'invitations à la rencontre pour que se constitue progressivement un sentiment d'identité. Et puisque nous revenons encore une fois à l'origine, marquons que l'hospitalité se fonde sur un conflit. La racine étymologique est « *hostis* » qui signifie « étranger », mais aussi « ennemi ». L'étranger comme ennemi potentiel. Au côté de « l'hospitalité », se trouve « l'hostilité », comme deux sœurs rivales nées d'une étymologie commune. En ce double

mouvement d'hospitalité et d'hostilité se trouve mise en relief la part fondamentalement conflictuelle, ambivalente qui s'origine dans l'accueil fait à l'autre. L'hospitalité est une démarche essentielle du lien entre les individus indissociable d'une certaine forme d'hostilité. Et c'est au cœur même de cette tension qu'émerge la pratique de l'accueil. Si nous sommes des hôtes en tant que nous accueillons, l'hôte désigne tout autant celui qui est accueilli. Cette réciprocité de la place de l'hôte peut traduire à nouveau ce qui règne de confusion dans la relation du sujet schizophrène au monde.

Ayant moi-même été infirmier, je sais ce que l'on peut ressentir lorsque l'on a passé 9 heures dans un service d'hospitalisation. La promiscuité corporelle et les propos de ces patients : « *Je veux changer de chambre, mon voisin m'a volé l'intérieur de mon ventre* », un autre que je croise dans le couloir : « *Excusez moi, ça va pas bien, regardez, dites-moi si vous voyez que ma tête est coupée* » ou encore celui arrivé la veille avec qui je passe du temps et qui à la fin de mon service m'interpelle : « *Et toi salope, espèce de Nazi, répète ce que tu viens de dire.* » Une promiscuité des corps qui génère de l'indifférenciation et met à mal notre propre contenance psychique. Quant à ce que serait un bon accueil des patients, je crois qu'il n'y en a pas. Mais je crois que l'accueil est une pratique, d'une rigueur difficile qui nécessite de s'interroger sur ce que cela réveille en soi, de penser, de s'ajuster à chaque nouvelle rencontre, de mettre en partage avec les collègues, de s'échanger des « savoir-faire » appris au fil de l'expérience. Ce sont ces échanges aussi qui opèrent comme « contenant » pour les patients. La théorie, la psychopathologie sont indispensables pour

comprendre. Elles sont indispensables à condition qu'elles ne servent pas la tentation d'une maîtrise par le savoir qui oblitérerait l'engagement du sujet dans les soins. Je pense le soin comme un artisanat. Cela exige de la technique, mais une technique qui n'est pas une technicité de surface. Chacun fabrique son matériel à sa manière en tissant et déissant des liens avec ses pairs et les patients, en affûtant son savoir-faire de façon singulière mais jamais seul, se nourrissant du savoir des autres et les nourrissant à son tour de ce qu'il a acquis. Une interpénétration des pratiques qui, loin de générer de la confusion cette fois, produit de la différence tout en révélant la nécessité vitale d'avoir recours parfois à celui qui se trouve à côté.

Ce texte a fait l'objet d'une conférence lors des 1^{ers} Rencontres soignantes en psychiatrie, Comment créer une relation de soin avec le patient schizophrène, le 25 novembre 2015, Lille. Retrouvez les conférences disponibles sur la chaîne YouTube de Santé mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- Gaubert S. (2006). *Une démarche d'EPP : La prise en charge des patients schizophrènes en hospitalisation à temps plein. Journée régionale sur l'EPP en établissements de santé*, HAS, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/serge_gaubert_diapo_alsace.pdf
- Gauthier S. (2007), *L'acte de présence en psychiatrie: sa spécificité, ses effets cliniques*, in *l'information psychiatrique* n°83, avril 2007.
- Delion, P. (2012). *Donald Winnicott, Michel Tournier et la fonction phorique*. In Braconnier & Golse (Eds). *Winnicott et la création humaine* (pp.17-35). Erès.
- D.W. Winnicott (1952), *L'angoisse associée à l'insécurité*, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot 1969.

Résumé : Qu'est-ce qui définit le soin en psychiatrie ? Comment le soignant doit-il accueillir le patient ? La schizophrénie le confronte à « l'inquiétante étrangeté » liée à la pathologie. L'auteur aborde les différentes dimensions de la relation humaine, au cœur du soin, dans le contexte si particulier de la psychiatrie et des soins parfois contraints.

Mots-clés : Accueil – Altérité – Enveloppe psychique – Hôpital psychiatrique – Inquiétante étrangeté – Relation soignant soigné – Représentation sociale – Savoir être – Savoir-faire – Schizophrénie.