

« Qu'est ce qui fait la rencontre ? Aspects informels de l'entretien d'accueil »

Jean-Paul Lanquetin

ISP, Praticien chercheur en soins infirmiers, CH de Saint-Cyr au Mont d'Or (69)

1^{re} Rencontres Soignantes en Psychiatrie, LILLE, Grand Palais, 25 novembre 2015

Nous prendrons appui sur le parcours de Rémi pour déployer les différentes dimensions et conditions d'un accueil favorable prédisposant à une possible rencontre. Au-delà de cette illustration, nous mobiliserons dans cette présentation un certain nombre de savoirs d'action tirés de nos résultats de recherche en soins, sur « L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie ».

Des savoirs informels, souvent périphériques à la situation d'entretien, mais qui participent, quand ils ne le conditionnent pas, à l'accès aux modalités de soins.

Rémi

Cette fin d'après-midi là dans notre unité, nous sommes prévenus par le service des urgences de l'arrivée imminente de Rémi, un jeune homme d'une bonne vingtaine d'années. Ses irrptions rapprochées dans les locaux de son association tutélaire, les cris, les récriminations, le verbe haut, les portes qu'il

faisait claquer, et les coups de pied dans le mobilier traduisaient une maîtrise à l'évidence partielle de son comportement.

Ses troubles du comportement ont suffisamment inquiété ses interlocuteurs. Rémi a été amené aux urgences par les pompiers. Là aussi, des cris, des revendications systématisées sur un sentiment d'être spolié, une expression bruyante mais aussi une démonstration sans attaque physique. Rémi était connu depuis peu de notre CMP mais cette hospitalisation à la demande d'un tiers (SPDT) constitue une primo hospitalisation.

L'annonce de l'admission,

L'annonce d'une admission imminente invite l'équipe présente à se préparer à l'accueil.

Celle-ci passe par une prise en compte de cette présence avant même l'arrivée du patient dans l'unité... Les éléments d'organisation de l'accueil concernent la répartition des actions, la préparation de la chambre, la disponibilité d'un ou deux soignants sur ce temps, l'information au collectif soigné d'une moindre disponibilité, mais aussi la réunion d'éléments d'informations quand ils existent, particulièrement ceux liés à l'antériorité d'expérience de l'équipe quand ils peuvent nous apporter des « clés relationnelles ».

Pour Rémi, trop récent sur notre dispositif, nous allons devoir faire avec nos ressources. C'est-à-dire notre capacité à nous rendre disponible, à se préparer psychologiquement à cet accueil. Retrouver une disponibilité suffisante, c'est se rendre disponible physiquement et psychiquement. Un peu comme le déroulement d'une check-list.

La disponibilité physique s'organise dans une logique de coopération des tâches avec les collègues. La disponibilité psychique, quant à elle, suppose des opérations de reprogrammation de sa charge mentale afin d'être présent dans un ici et maintenant. Il s'agit alors de travailler à se mettre en disposition d'accueil.

Nous avons à ce propos l'expérience souvent vérifiée d'entendre à distance de cette scène inaugurale, parfois des années après, des patients que l'on aurait pu croire peu réceptifs nous décrire leur entrée avec les mots, les attitudes de chacune des personnes présentes. Un temps potentiellement productif de mise en lien, un temps qui s'origine dans le moment présent mais un temps qui s'invite toujours à s'ouvrir sur un devenir, un a-venir.

Si accueillir, c'est faire en soi une place à l'autre, l'accueil s'inscrit dans une logique d'emboîtement qui dépasse le moment présent, qui ouvre à un devenir, il constitue le premier temps d'une continuité.

L'accueil est ici une manière de faire signe d'hospitalité et de réceptivité au symptôme, à l'étrangeté, aux émotions, à l'expression de la personne là où elle en est. Le côté *informel* de cette fonction d'accueil se trouve dans sa capacité à exister comme une disposition renouvelée, transversale. Il existe une notion d'objet malléable, de *fonction édreton*, avec ces qualités de l'accueil, c'est-à-dire une notion d'épouser la forme mais à condition de revenir à son état initial une fois la séquence terminée.

Le service des urgences nous a fait part d'une présentation instable, de propos difficiles à suivre centrés sur des thématiques de préjugés et l'administration per os d'un anxiolytique. Si nous intégrons ces éléments d'informations, notre pratique nous invite aussi à mettre les deux premiers partiellement de côté. En effet, le contexte initial et le contexte des urgences n'est pas forcément le même que celui de l'admission. Nous ne sommes pas sur la même scène et il est important de repérer et limiter les mécanismes d'inductions potentiels, et souvent de contagion quand une notion d'agressivité et de violence est retenue. Être « prévenus » nous oblige nécessairement à un traviole de prévention primaire lié à un éventuel débordement pulsionnel de Rémi.

L'admission en unité,

Le coup de sonnette, particulièrement appuyée, de la passerelle fait retentir son bruit strident. Le temps de nous déplacer jusqu'à la porte d'entrée avec mon collègue Gérard que celle-ci retentit à nouveau. Nous percevons un moment d'impatience de la part des ambulanciers. Ceux-ci sont à côté de leur brancard, vide. Rémi a préféré se présenter en position verticale, il va et vient sur la passerelle. Pas besoin ainsi de procéder à un transfert au lit, et les ambulanciers nous confient rapidement le patient.

Nous saluons le patient et nous nous présentons à lui, mettant en avant nos prénoms et nos fonctions. Devant son regard scrutateur, nous devançons sa réponse qui allait ici se faire attendre, « Vous êtes Mr... », « *nous avons été prévenu de votre arrivée et nous vous attendions* ».

Nous restons à une légère distance de Rémi pour ce premier contact et il est trop tôt à ce stade pour envisager une poignée de main.

Nous invitons le patient à nous suivre et nous mettons en mots les opérations immédiates. « *Eh bien, nous allons vous conduire à votre chambre et*

nous en profiterons pour vous présenter les locaux, comme cela, vous pourrez circuler et être plus rapidement repéré dans l'unité. »

Ici, on voit poindre le double sens du repérage : à la fois celui de se repérer soi-même dans de nouveaux espaces et le fait d'être repéré, connu, sans être encore dans l'admission ;

Le premier contact nous montre une défiance, une attention soutenue aux interactions et un regard insistant. Rémi découvre son environnement et ses acteurs, un monde qu'il ne connaît pas encore, le contact verbal est encore minimaliste, et nous percevons que nos gestes et nos attitudes sont jaugés en regard d'une menace potentielle que nous pourrions représenter. Une suspicion diffuse couve. Cette première rencontre et ce premier contact forme, peut-être, une peau commune à partir de la sensorialité, elle pourrait contribuer à expliquer alors l'hypermnésie qui peut entourer ces moments.

Rémi tient des propos persécuteurs, *« Je n'ai rien à faire ici ! »*, mais de notre côté, nous restons dans notre attitude de sollicitude tranquille. Nous laissons Rémi prendre possession de sa chambre et nous lui indiquons le déroulé des séquences immédiates. J'aime bien travailler avec Gérard. Je sais qu'une de ses manières de faire consiste, chaque fois que cela est possible, de proposer au patient à manger et à boire. Une attention sur les besoins et sur le corps qui *« parle ainsi la fonction »* du dispositif d'hospitalisation. D'autant que le repas a déjà été servi. Lors de sa prise de service, Gérard veille toujours à ce que le réfrigérateur de l'office remplisse sa fonction de conservation de quelques denrées, frayant parfois avec les limites des normes HACCP, ou plutôt, en intégrant les aspects symboliques sur la nourriture. Même sans demande du patient, il est rare que cette prise en compte reste sans effet. Elle témoigne aussi d'une forme d'hospitalité.

Sans mot dire, Rémi accepte de s'installer face à son généreux plateau. Nous lui donnons rendez-vous dans 10 minutes pour la suite de son installation.

Et 10 minutes, c'est 10 minutes. Je retrouve Rémi pour une présentation de l'unité. Il se ressaisit et me redit *« n'avoir toujours rien à faire ici puisqu'il n'est pas malade »*. Sa colère s'exprime *« J'avais de l'argent et ils ont refusé de me le donner, ils ne veulent pas que je m'en sorte »*. C'est l'occasion d'ouvrir une perspective de solutions sans rentrer directement dans le problème ou le symptôme. *« Oui, et vous n'êtes pas les seuls à avoir des soucis, nous pourrons voir cela très vite avec Catherine, notre assistante sociale »*

Le tour de l'unité est l'occasion de présenter les collègues présents et leur fonction, le bureau infirmier, ouvert, ou il pourra s'assurer de notre présence. Rémi ne répond pas au *« Bonjour »*, il observe. Nous croisons Patrick,

hilare, casque audio vissé sur les oreilles et volume sonore encore conséquent. Nous nous décalons pour laisser passer David, qui suit une ligne de marquage au sol connu de lui-seul.

Ces croisements sont l'occasion de dire quelques mots des façons d'être des uns et des autres avec leurs particularités. Arrivé au salon, je demande à Rémi s'il est d'accord pour que je le présente par son prénom aux quelques patients installés. Je prends son bougonnement pour un acquiescement minimal, certains patients le saluent.

Le temps de l'inventaire est l'occasion de s'approcher de son univers, de ses objets. Le caractère itératif de l'hospitalisation a réduit la présence d'effets personnels. J'apporte, sous le regard autorisé de Rémi, un soin particulier à leur recensement, un peu comme une métaphore d'un prendre soin de sa personne. Le pyjama est proposé comme vêtement de nuit et non comme vêtement d'hôpital.

Ces petits actes sont l'occasion d'établir un modèle de convivialité minimale et modélisent la relation à venir. Ils sont riches d'observation et nous permettent, faute de recueillir d'amples données anamnestiques, de « conditionner » nos premiers contacts. C'est aussi l'occasion de donner les premières informations à Rémi sur son hospitalisation en SPDT, de s'enquérir s'il souhaite que nous prévenions quelqu'un de proche et de lui donner l'heure où il va rencontrer un médecin. Ce dernier terme provoque un nouveau sursaut « *je n'ai pas besoin de voir un médecin, je ne suis pas malade* ». Nous sommes au seuil d'une situation d'entretien

Je laisse Rémi à son installation, non sans que Gérard lui propose un fruit supplémentaire. Nous le voyons sortir à plusieurs reprises de sa chambre, déambuler dans les couloirs, puis stationner à proximité du bureau et par la porte ouverte, nous entendons ses récriminations où il est question « *de maisons de fous, de pouvoir public...* », mais dans une adresse indirecte et un peu distanciée.

Lors de l'arrivée du médecin, nous lui faisons part de notre démarche d'accueil avec Rémi. En regard des éléments déjà en notre possession suite au passage aux urgences, notre idée est de limiter les effets d'une frontalité trop investigatrice. Il s'agit de maintenir cette approche oblique, préparer la nuit qui est maintenant tombée, mais aussi permettre à Rémi de composer, de faire avec l'emprise que peut représenter de manière inhérente toute hospitalisation non consentie...

Des pratiques et des savoirs informels :

En regard d'une activité infirmière informelle, quels savoirs pouvons-nous repérer à partir de cette séquence d'accueil de Rémi ? Au-delà de cette fonction **d'accueil** et de sa fonction qui la conditionne, **la disponibilité** ce sont près d'une dizaine de fonctions qui ont été mobilisées sur ce temps. Nous allons ici nous appuyer sur les résultats de notre recherche en soins qui s'est intéressée à la place de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie pour identifier des fonctions et leurs savoirs pratiques.

1/ La fonction parole en actes :

Cette fonction peut se décliner sous deux registres avec Rémi. En premier lieu, nous entendons par cette fonction un principe d'action qui consiste dans une situation de soin donnée, à **souligner l'importance de la parole dans ses caractéristiques de fiabilité et de viabilité**. La nature de cette parole vise alors à réduire l'écart entre le faire et le dire pour s'approcher d'un modèle qui pourrait se résumer dans la congruence fondatrice de l'assertion suivante : « **Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit** ». Et ici, 10 minutes, c'est 10 minutes.

En deuxième lieu, la parole est utilisée et convoquée de façon à mettre des mots au quotidien sur les codes sociaux et les intentions. Ces zones sortent alors de leur mutité.

Il s'agit de "Faire parler" le quotidien

Lors de cette admission, lorsque nous accompagnons Rémi, le quotidien, la gestion et l'appui sur des éléments du réel peuvent ainsi constituer des temps privilégiés pour passer d'une situation brute à une **situation parlante**.

Le propos n'est pas ici de se livrer à une interprétation, ni de produire une représentation du conflit inconscient. Le propos est plus de l'ordre d'une métaphore, d'un discours imagé qui permet de mettre à disposition un sens ou une représentation plus acceptable. Il s'agit d'une mise en forme, d'une mise à disposition qui commente, suggère, précise, décrit les impressions sur la scène des éléments du réel, des situations du quotidien ainsi convoquées.

Mais ici, elles sont démutisées. Elles rejoignent en ce sens **l'action parlante** ou **l'agir thérapeutique** élaboré par Paul Claude Racamier pour décrire cet acte parlé qui relie des éléments de la réalité externe, concrets, à des éléments de la réalité interne. P.C Racamier aborde la question de l'agir thérapeutique sous le terme « *d'action parlante* ».

Il en parle alors en ces termes : « *Il peut en aller de la quotidienneté des soins pour peu que ceux-ci rendent les **actions parlantes**, c'est-à-dire qu'ils donnent une valeur plus que symbolique à certaines actions, qu'ils les rendent symbolisantes par elles-mêmes* ». ¹

2/ La fonction de construction du lien

Nous définirons donc la fonction construction du lien, **par toutes les actions intentionnelles de l'infirmier destinées à amorcer, appuyer, initier, inaugurer ou maintenir une ouverture à la relation.**

La place du regard

En amont du contact physique ou parlé, comme avec Rémi sur la passerelle de l'unité, intervient le temps du regard qui caractérise la première interaction.

Notons qu'à cet endroit, la codification sociale du regard est puissante, croiser un regard c'est voir ; appuyer modérément ce dernier c'est alors regarder ; soutenir son regard peut devenir ensuite scruter ; le temps d'après se nomme dévisager et les étapes peuvent vite s'entrechoquer.

Dans tous les cas, soutenir un tant soit peu son regard peut aussi marquer l'intérêt, le désir, l'ouverture et ici, l'ouverture transférentielle

Un bon jour pour un bonjour,

Un bonjour ou une salutation qui est une manière de faire signe à l'autre, voire dans certains cas, une simple posture quand il a été perçu que la banalité d'un bonjour pouvait contenir en soi un potentiel intrusif, lequel vient malmener nos élans. La posture se caractérise ici par la prise en compte de cet état de fait.

Il peut se jouer beaucoup de choses à partir de cet énoncé : l'ouverture, la fermeture, le bonjour constitue une formule polysémique par excellence elle ouvre un rapport signifiant/signifié quasi infini. Ce sont les mots de l'après qui viendront qualifier le registre de l'avant, mais déjà dans la formulation, la prosodie, se décline et se précise le registre de l'ouverture - fermeture

¹ Gérard Bayle, *Paul Claude Racamier*, Éditions PUF, 1997, 127 pages, p.41

Des petits riens qui ne sont pas rien

La construction du lien et de la relation s'appuie sur les situations de soins dont l'accueil, mais elle concerne également les objets d'hospitalité dont l'institution est pourvoyeuse, ainsi en est-il de la prestation repas apporté par Gérard. La construction de cette relation se fait par petites touches successives, ces petites touches sont souvent nommées par le terme « petits riens », là, ou ce n'est pas rien

Il existe des invariants dans les petits riens

- La **spontanéité**, ils interviennent dans l'action et n'adviennent que dans l'imprévisibilité du quotidien.
- Ils caractérisent le **passage du patient objet de soins au patient sujet**.
- Ils traduisent ou sont en appui d'une **dimension intersubjective**. Cette dernière conditionne le passage d'un lien fonctionnel à la construction d'une relation.
- Ils **ouvrent à un entre-deux**. L'usage de ce terme nécessite ici de renseigner cette notion dans ses volets topiques. L'entre deux désigne ici l'écart entre ce qui peut être attendu par le patient du professionnel et ce qui pourrait relever de la part intentionnelle personnelle. Ecart que l'on peut traduire dans l'interrogation féconde suivante : « *Fait elle (ou il) cela parce que c'est sa fonction, ou parce c'est elle ou lui et que je suis moi ?* »
-

3/ La fonction apaisante

Elle vise à prévenir, accueillir et recouvrir l'expression de tensions internes et de leurs manifestations (vécu d'insécurité, acmé anxieuses, excès d'excitation). Avec Rémi, nous sommes restés dans une sollicitude « tranquille ». Elle permet de concourir au maintien voire au retour à un niveau de quiétude satisfaisant.

Cette fonction largement transversale n'est pas centrée sur la ou les causes des anxiétés émergentes et leurs examens . Son déploiement ne concerne que les effets de ces manifestations anxieuses. Elle vise à distancier les effets de leurs causes, à recouvrir les points sensibles et électifs, à relativiser les vécus et les émotions aux potentiels délétères. Son mécanisme repose sur une prise en compte de la difficulté ou de la tension anxieuse présentée.

4/ La fonction structuration versus repère,

En accompagnant Rémi dans les principaux lieux de l'unité, nous lui avons permis d'avoir quelques éléments repère dans son nouvel environnement. Ceux-ci touchent essentiellement à la cardinalité (les lieux) et à la calendarité (les temps). Nous entendons par fonction structuration, l'ensemble des actions qui visent à fixer des éléments de stabilité et de pérennité dans l'environnement immédiat du patient afin de contribuer à lui rendre familier ce dernier. Le terme *familier* n'est pas entendu ici dans le sens d'une recherche d'une hyper-adaptation du patient à son environnement, option qui se révélerait potentiellement normative et infantilisante, le terme familier renvoie à **une notion de prévisibilité** et donc, de favoriser la perception d'un sentiment de sécurité.

Ces éléments repères favorisant une structuration concernent les éléments stables, fiables et invariants de l'environnement et du cadre de vie du patient, mais aussi le ou les infirmiers et soignants engagés auprès du patient

5/ La fonction Réglage

Nous définissons la fonction *Réglage* comme une action qui vise à **mettre en mots et à expliciter les codes culturels** ainsi que les contraintes tacites demeurées généralement muettes dans les rapports sociaux habituels et le « vivre-avec » des unités de soins. La finalité n'est pas une normalisation du comportement attendue mais une mise en mots, parfois en gestes, à valeur de repérage de ce qui est usuel, habituel et de ce qui l'est moins.

Avec Rémi, lors du croisement d'autres patients dans les couloirs, c'est un registre particulier qui a été utilisé ou cette fonction *Réglage* prend une importance spécifique dans la vie des unités de soins en psychiatrie. Ce registre concerne la prise en compte de la sémiologie de « l'autre » quand la disparité des pathologies, le brassage des populations dans un hétéroclisme parfois baroque peuvent prêter à discussion et se traduire par des incompréhensions et des rejets. La fonction *Réglage* vise alors à donner et à partager quelques éléments d'informations sur la sémiologie des pathologies rencontrées au sein de l'unité afin d'augmenter le niveau d'acceptation des différences et contribuer à fluidifier le « *vivre ensemble* ».

Il s'agit aussi à termes **de maintenir des tolérances parfois remarquables et de soutenir les effets d'entraide et de coétayage entre patients dont nous savons l'importance et le rôle de pondération**

6/ La fonction d'explicitation

La fonction explicitation vise à **reformuler une information**, une décision, une action en utilisant différents registres de communication, une adaptation du langage, et des ajustements linguistiques – et cela de façon à rendre accessibles les contenus du message et en optimiser la valeur informative vis-à-vis des possibilités de compréhension du patient.

Cette fonction existe avec une fréquence soutenue dans les soins infirmiers en unité d'hospitalisation. Cette occurrence est en lien avec des distorsions consécutives à la pathologie, lesquelles peuvent atteindre simultanément plusieurs des canaux de la communication. Ainsi, les perceptions, les émotions, la compréhension, la pensée peuvent se trouver isolément ou simultanément touchées et perturbées par ces mécanismes de moindre discrimination.

Pour Rémi, la fonction explicitation a consisté à **rendre accessible une lecture et une compréhension de son environnement immédiat**. Cette fonction a pu être effective, la présentation clinique de Rémi le permettant, dans ces moments inauguraux de la rencontre en hospitalisation

7/ La fonction contenante

Si Rémi se contient difficilement au moment de son hospitalisation, celle-ci est consécutive à un défaut de contenance initial dans les bureaux de son association tutélaire. Nous nommons par fonction contenante un **processus qui accueille des contenus psychiques**, c'est ici, selon (Kaës, 1979) « *l'aspect stable et immobile qui s'offre en réceptacle passif au dépôt des sensations et images...ainsi neutralisées et conservées* ». Rémi est persécuté, projectif, nous reprenons ici le modèle de ce dernier auteur où la fonction contenante est définie par **un rôle passif, un rôle de dépôt** avant d'être un processus actif de transformation. La fonction contenante est entendue ici comme un espace d'accueil, et l'accueil devient alors un espace contenant, qui s'appuie lui-même sur la continuité et la permanence des soins hospitaliers, permettant la réception d'expressions de souffrance.

8/ La fonction hypostimulante

Dans la situation de Rémi, le médecin de garde est intervenu un peu à distance de la situation d'accueil. Nous avons mis à profit ce temps pour « border » les conditions de l'hospitalisation de Rémi et déployer les différentes formes que peut prendre un « holding » hospitalier, sans stimulation trop directe et en essayant de nous adapter à « son » temps. Nous avons informé le médecin de notre approche (oblique) afin que l'entretien d'accueil ne soit pas trop stimulant (frontal) en regard du sens de nos actions.

La *fonction hypostimulante* concerne alors l'ensemble des actions de nature conjoncturelle ou structurelle qui vise à limiter les sources de stimulation en direction du patient ou dans l'environnement direct du patient. Cette fonction hypostimulante peut donc être de nature psychique et sensorielle.

Avec Rémi, il s'agit d'éviter de le mobiliser inutilement ou à contretemps sur des thèmes ou des problématiques que l'on perçoit ou que l'on connaît comme génératrices de tension. Il y a aura, éventuellement, des temps, des cadres et des lieux plus propice à cet abord. Ce jour, la situation d'entretien infirmier d'accueil n'était pas indiquée.

9/ La fonction observation clinique

En accompagnant Rémi lors de son admission, et sans engager un entretien informel, nous avons pu recueillir un certain nombre d'informations. Nous entendons par observation clinique toute observation **émanant d'un contact direct avec le patient**. Ce contact est pour beaucoup un contact visuel, il concerne les éléments de présentation, d'habitude, de comportement, liés à la localisation, le regard, les préférences, les trajectoires, la pulsionnalité de contact, etc. Les zones d'observation concernent également les relations établies avec le milieu, les réactions, son registre d'expression. Les odeurs sont un élément d'observation, odeur d'un corps qui se soigne ou s'abandonne. Et ceci, en lien avec notre présence et en dehors d'une interaction avec l'observateur.

10 / Du côté de l'équipe, une fonction de coopération des tâches.

Du côté de l'équipe, après le temps de recul et de préparation psychique, c'est essentiellement une fonction de coopération des tâches qui a été mobilisé. Il s'agit pour le collectif d'actualiser et d'articuler leurs actions en

cours. Ces opérations d'articulation, de répartitions concernent ici la tâche, c'est-à-dire la part peu compressible et programmée du travail qui échoit aux soignants.

Pour l'accueil de Rémi, ces actions ont mobilisé une bonne partie du groupe soignant. Des opérations de distribution et d'attribution sont donc nécessaires. Cette fonction coopération des tâches prend alors en compte plusieurs facteurs dans ces opérations d'arbitrage :

- Un facteur en lien avec les préférences et les ressources des collègues. La prise en compte de ces affinités en adéquation avec les envies personnelles et la connaissance des centres d'intérêt de chacun est un élément facilitant l'investissement. Par exemple, se proposer de réaliser cet accueil avec Gérard.
- Un facteur en lien avec l'état émotionnel momentané du ou des collègues. Il s'agit de la fonction inversée du facteur précédent quand il convient de prendre en compte une lassitude, une difficulté à se mettre en situation d'aller vers, un coût énergétique de mobilisation trop important d'un ou de plusieurs collègues. Cette contribution transitoire et de nature symétrique prend alors en compte les aléas du quotidien, les bons et les mauvais jours. Cette répartition n'est donc pas appelée à s'inscrire de manière structurelle.

En conclusion

Différentes actions informelles ont été déployées autour de l'accueil de Rémi en hospitalisation.

Prise indépendamment les unes des autres, leurs effets sont moins perceptibles et directes. C'est bien leur maintien ensemble et leurs connectivités qui impriment une cohérence à l'ensemble de cette séquence d'admission.

Parmi les lignes de pensées organisatrices de ces pratiques, **nous pouvons retenir quelques axes.**

Accueillir, c'est aussi s'adapter à la situation du patient, s'en approcher progressivement là où il est, là où il en est. Il s'agit ici de mettre en avant la fonction de portage, de « holding » que peut représenter et incarner ici l'indication d'hospitalisation et donc de soins institutionnels. Un des objectifs

est de contribuer à créer du familier, du connu, entendu comme du prévisible et du potentiellement rassurant. La prise en compte de l'aspect déambulatoire, du corps y participe. Pour Rémi, nos actions ont pu générer une forme de conflit socio cognitif entre ses craintes, sans doute ses représentations, et la réalité de nos actions. La création de cette espace limite les points d'appui persécuteurs. Un certain nombre de fonction, explicitation, réglage, action parlante relève de dimensions de cognition sociale, notamment par une démutisation des codes locaux. Ces actions permettent à Rémi d'arriver. **Il faut donc pouvoir se poser pour ensuite pouvoir déposer.**

Accueillir, devient accueillir la personne avant d'accueillir le problème, ou la maladie. A ce moment, et dans ces moments inauguraux, nos actes peuvent devenir plus important que nos mots, les détails plus importants que la globalité. Citons P.C Racamier (1988): « *Nos actes et nos dispositifs seront alors plus significatifs que nos paroles* ». Jacques. Hochmann (1984): « *Les patients psychotiques n'ont pas besoin de mots, ils ont besoin d'autres preuves* ».

Accueillir le patient est le premier temps de toute prétention soignante en psychiatrie. Il y a toujours deux temps dans nos démarches, un premier temps d'accueil et de rendre possible des rencontres, c'est le temps de la démarche clinique. Le deuxième temps sera celui du projet ou de la démarche de soins.

Jean-Paul Lanquetin - GRSI
Saint Cyr au Mont d'Or, le 24 novembre 2015