

Les pratiques d'accueil comme résistance

La question de l'hospitalité est décisive pour définir des conditions de soin prenant en compte le sujet en souffrance et son environnement social, tant dans les structures de soins sur le territoire qu'à l'hôpital.

Jean-Pierre Martin,
psychiatre

Cette question est gravement déniée dans les pratiques actuelles et leurs cadres gestionnaires, qui privilégient l'urgence, l'efficacité diagnostique et médicamenteuse immédiate, les courts séjours au coût maîtrisé, et un suivi aléatoire du fait des restrictions de moyens de proximité. La médicalisation vient ainsi clore ce qui relève du temps à prendre, de l'écoute attentive, du prendre soin pour établir un lien relationnel aux potentialités thérapeutiques.

Nous retrouvons ainsi la multiplication des contraintes en urgence déclenchées par les psychiatres (HDT ¹) depuis la loi du 27 juin 1990, ou les maires (HO ²) dans le climat politique sécuritaire actuel.

Ce recours à la contrainte se différencie de celles d'avant les années 70 où les pathologies concernées étaient la psychose aiguë et les démences avec de graves troubles du comportement. Aujourd'hui, elles sont élargies à tous les troubles mentaux comme principe de précaution ou de traitement précoce, et ainsi à tous les troubles du comportement.

Les pratiques d'accueil sont donc les conditions même d'un non recours à la contrainte, la transformant en exception.

« L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central. »

Elles ont une histoire de pratiques alternatives dans les Centres d'accueil et de crise, les centres médico psychologiques (CMP), parfois dans les centres et hôpitaux de jour, rarement à l'hôpital, qui se décline comme une autre approche du sujet et des tiers (ses proches, les acteurs médicaux et sociaux intervenants...).

L'expérience d'un centre d'accueil et de crise que nous soutenons depuis vingt ans, avec ses effets sur l'ensemble des pratiques dans les structures de soins qui en font la suite thérapeutique, dont l'hôpital, nous sert ici de référence.

Le soin psychique est un ensemble de pratiques fondées sur l'altérité, donc une relation avec un tiers. Si le tiers nommé est sur le plan thérapeutique un travailleur de la psychiatrie, l'autre social et ses institutions qui constituent le sujet est dans chaque soin à l'œuvre, que ce soit dans l'apparition du symptôme,

l'accès aux soins et sa continuité. Le soin est un temps social traversé par ses fictions et ses utopies. De ce point de vue, au-delà d'être des porteurs d'idées acquises : la théorie, nous sommes des faiseurs de pratiques utopiques dans le projet de désaliéner. Les centres d'accueil et de crise sont une expérience de construction d'altérités dans le cadre du secteur psychiatrique qui repose :

Premièrement sur une conception du secteur fondée sur une organisation de la psychiatrie dans la communauté et son inscription dans une dimension de santé mentale. Organiser l'accès aux soins et sa continuité au plus près de la vie sociale décentre le soin de l'hospitalisation en première intention. Elle fait apparaître le rôle des tiers politiques et sociaux dans cette intégration du soin dans la cité. Ce décentrement est d'abord une autre approche de la clinique fondée sur la subjectivité du sujet au sein de son environnement, et place l'hospitalisation comme une structure de soins parmi d'autres avec un travail précisant son utilité. De fait, il a réduit de la moitié le nombre d'hospitalisations. Le secteur met en place cette continuité.

Deuxièmement, le centre d'accueil est ouvert 24 heures sur 24, il accueille le tout venant en souffrance psychologique et les tiers partie prenante de la situation.

L'écoute de la subjectivité est l'élément clinique central, dans un rapport de reconnaissance des places réciproques, avec une recherche de consentement aux soins. La parole du patient potentiel est la base de toute négociation. L'écoute des tiers familiaux et sociaux dans leur légitimité permet la dédramatisation de la crise et fait apparaître la dimension multiple de l'approche du symptôme. Le temps à prendre pour saisir la situation de souffrance et de crise ouvre une approche qui n'est pas une réponse en urgence au symptôme, et évite de précipiter le diagnostic et la prescription d'un traitement. L'écoute et l'échange, dans un lieu pensé en termes d'approche institutionnelle (nuits, soins corporels, repas, temps d'un café...) avec une dimension communautaire.

Le choix d'une responsabilité soignante élargie par

[§]Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur
[§]Hospitalisation, hospitalisation d'office/irresponsabilité pénale
[§]Subjectivité
[§]Réseau de soins, réseau de santé

une première ligne infirmière, les médecins présents en permanence étant mobilisés selon ce qui se passe, est une façon de multiplier les situations de rencontre et de les penser hors du strict acte médical.

Nous l'illustrons à travers trois courts exemples :

1. Une patiente qui présente des épisodes délirants psychotiques sur des vécus de transformation du monde quotidien vient s'y réfugier et reprendre le traitement qu'elle arrête régulièrement. Le lieu et la présence relationnelle créent les conditions de la confiance et de la négociation pour le suivi au CMP.
2. Les parents d'un jeune homme qui s'enferme dans sa chambre, avec des vécus de persécution qui envahissent son univers, viennent demander de l'aide. Une démarche avec eux au domicile, répétée sur plusieurs jours, permet d'accéder au fils. Il finit par accepter de venir au centre d'accueil et d'y rester plusieurs jours sans recours à l'hospitalisation psychiatrique, alternative qui fonde un lien soignant non menaçant et la prise d'un traitement, avant d'accepter un suivi psychothérapeutique au CMP.
3. Une famille accompagne le père qui présente un état dépressif occasionné par un début de maladie d'Alzheimer. Un accompagnement s'élabore à partir du domicile vers un bilan mémoire, et la mise en place d'une aide ménagère pour aider sa femme. Le suivi médicamenteux est adressé au médecin généraliste qui a été partie prenante de la démarche.

L'articulation avec les autres équipes de soins donne sa logique globale sur le plan soignant. Nous avons appelé interface ce processus d'accueil vers des soins, comme un moment de construction d'une démarche vers les soins. Aucun traitement n'est donné sans l'accord du patient.

Il s'est avéré, également, que les patients suivis trouvaient là un repère dans les moments d'angoisse et de vécus psychiques envahissants, en particulier les psychotiques, pour lesquels le lieu est d'abord protection face aux sentiments de menace du

monde extérieur, avant même tout échange thérapeutique.

Il introduit clairement un débat sur le soin psychique dans ses dimensions du prendre soin par l'écoute réciproque, la place des tiers dans la constitution, la reconnaissance et le traitement du symptôme dans sa multiplicité.

Lieu d'accueil en urgence, il est un lieu de sécurité pour les patients et les familles et non une réponse sécuritaire de précaution. Ses limites sont celles de l'échec de l'écoute ou d'une violence symptomatique qui ne cède pas sur le plan relationnel.

Ce lieu s'est avéré indispensable à l'inscription du dispositif de soin dans la communauté, et garde toute sa valeur sanitaire et sociale dans la société actuelle, bien qu'il n'ait jamais été reconnu comme une priorité gouvernementale.

Fondé sur le travail clinique, il ne peut être une solution de nature strictement gestionnaire et comptable. C'est le danger majeur qui le menace aujourd'hui avec les nouvelles gouvernances de la santé et du social.

Si les conditions en moyens de sa création sont aujourd'hui gravement altérées par les politiques de gestion à l'activité (ses critères cliniques sont déniés au profit de l'efficacité médicale symptomatique et du coût), il demeure une piste du soin psychique qui peut être pensée dans tous les lieux d'accès aux soins, en particulier les CMP et aux urgences de l'hôpital général, et devrait l'être pour l'arrivée à l'hôpital.

Sa défense passe ainsi par celle d'une création qui fait résistance ³. ■

■

1. HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers, qui est une mesure de contrainte médicale.
2. HO : hospitalisation d'office qui est une mesure de police d'urgence qui est avalisée par l'autorité préfectorale.
3. La tentative de fermeture d'un autre centre d'accueil, rue de la Roquette à Paris, a tourné court par la mobilisation d'un collectif de patients et d'élus locaux.