

Du soin psychiatrique en général au soin de crise en particulier*

Dominique Murbach

L'auteur étudie quelques exigences des soins à donner au psychotique en s'appuyant sur des données winnicottiennes. Il exemplifie son propos par une description de certaines caractéristiques de la Maison d'Accueil Psychothérapique (MAP), centre de crise situé à Villeurbanne.

Les soignants en psychiatrie peuvent se répartir en deux catégories : ceux qui interviennent de façon discontinue, dans des moments repérés, pour des actes délimités, pour des soins codifiés, et ceux qui ont à assurer auprès des patients une fonction d'entourage dans la vie quotidienne, nécessitée par leur pathologie.

Ce dernier type de soignants éprouvent une grande difficulté à décrire et expliciter leur travail. En effet, il existe, en France tout au moins, une véritable crise des soignants qui se formule dans les termes d'une crise d'identité, d'une exigence de reconnaissance sociale, de revendication d'un savoir propre, voire de la promotion d'une « science infirmière ». Des hiérarchies institutionnelles spécifiques s'installent dans les hôpitaux. Des outils se développent, tels le dossier de soins infirmiers et le diagnostic infirmier.

Ce mouvement s'accompagne, dans les pratiques, de la généralisation des « référents » (un infirmier est désigné comme soignant principal, celui auquel le patient et les collègues doivent se référer). Les psychothérapies sont de plus en plus souvent confiées aux infirmiers. Ces soignants sont incités à écrire, à exposer. Être infirmier, soignant de base, est devenu une profession intellectuelle. Parallèlement, à cette demande d'une reconnaissance professionnelle spécifique, subsiste la tendance à l'anonymat, à la position du « on », à la notion de rôle perçu comme interchangeable des personnes.

Ce débat soulève une question importante visant l'essence même du travail soignant. Les modèles théoriques sont ceux des soins primaires, maternels qui ont été développés par les psychanalystes et particulièrement Mélanie Klein, Bion, Winnicott. Ceux qui poursuivent cette théorisation sont eux-mêmes des psychanalystes dans une proximité/extériorité avec ces soignants.

* Ce texte est la version remaniée d'une conférence donnée au colloque L'intervention de groupe : critique et prospective, Montréal, mai 1994.

Je ne crois pas que des avancées soient à attendre d'une transformation du travail infirmier en psychothérapie banalisée, en techniques sophistiquées d'observation, en activités pointues... Ni en allant vers une quête du pouvoir institutionnel, encore qu'il y a là d'autres enjeux...

Il faut d'abord prendre acte de la difficulté à penser une pratique qui s'enracine dans un monde d'avant les mots. Une pratique dans laquelle on a à tenir personnellement (c'est-à-dire en y étant impliqué) une position où il faut accepter d'exister très peu en tant qu'objet pour l'autre.

Narcissisme vs lien objectal : la transitionalité

Chez les psychotiques ou chez ceux qui peuvent le devenir, existe un antagonisme entre le narcissisme et le lien objectal. L'objet nécessaire est d'abord une menace pour le Moi. Une double menace : celle de l'envahissement et de la confusion s'il devient trop proche; celle de l'anéantissement, de la disparition, du vide insupportable s'il se révèle trop différent. Cet antagonisme se formule en un paradoxe : « j'ai besoin de l'objet et parce que j'en ai besoin, je suis en danger ». Le travail de soin doit pouvoir transformer ce paradoxe de façon telle que des issues apparaissent : comment faire pour que ce dont le psychotique a besoin lui devienne acceptable?

Une institution soignante tente de soutenir cette question. On a dit et démontré que le psychotique baigne dans les institutions comme un poisson dans l'eau. Or, les institutions ne sont pas soignantes du seul fait qu'elles existent, le soin a d'autres exigences. Mais si l'institution n'est pas une condition suffisante pour qu'existe un soin, elle est néanmoins nécessaire.

Les travaux de Winnicott ont permis de franchir un pas décisif vers la possibilité de penser l'activité soignante en lui indiquant l'aire, l'espace où elle se déploie : la transitionnalité. « La séparation réussie », dit-il en substance, « c'est celle qu'on parvient à ne pas faire, grâce à l'aire transitionnelle ». Ceci, dans le soin, devient : « comment créer le lien sans que la question de la différence entre le sujet et l'objet (ne) soit posée? »

C'est du moment fondateur de l'illusion dont il est alors question, du temps indispensable au psychotique pour qu'il puisse reprendre espoir et laisser se réanimer une capacité à jouer, c'est-à-dire à expérimenter l'environnement. Cette illusion va lui permettre d'abord de considérer comme environnement des pans de la réalité, y compris de sa réalité corporelle, qui avaient été désinvestis et déniés.

Deux remarques à propos de cette période d'illusion. La première : pour le patient, dans ce temps de l'illusion et de la reprise de contact avec l'environnement, il n'est pas encore question d'objet. L'objet est comme inclus, fondu dans l'environnement. Il en fait partie et ne s'en détache pas nettement.

La deuxième : pour le soignant, il importe de ne pas confondre ce qui est une disposition interne dans laquelle il se met, avec une activité de maternage. Le psychotique n'est pas un nourrisson mal levé avec lequel il faudrait tout reprendre

à zéro. Il s'agit d'entrer nous aussi dans l'illusion, celle que le patient a des capacités à jouer, des possibilités créatrices de lien avec l'objet, qu'il a connu ou approché ces expériences avant de s'en détourner ou de les laisser devenir lettre morte.

Notons que temps de l'illusion n'est pas l'idylle, les relations n'y sont pas toujours positives. Le contact avec l'environnement, l'expérience du jeu se font aussi dans la rugosité, la destructivité, la violence parfois. Le travail soignant dans cette période consiste dans une large part en un repérage et un balisage pour le patient des limites du terrain et des phases de jeu.

Voici trois exemples de balisage. Bunny, un jeune schizophrène qui a « élu » la MAP¹ comme seule alternative à la vie familiale, y fait montre de toute son extravagance. Pendant deux jours, il persécute activement l'infirmière en l'enfermant à clé dans le bureau ou en la menaçant avec des araignées accrochées aux poils du balai. Lorsque je l'apprends, je me trouve au dispensaire d'où je lui téléphone immédiatement pour lui signaler que « s'il continue, il aura affaire à moi... ». Il répond : « j'ai entendu » et cesse ses attaques.

Jojo, sans doute affolé par l'émergence de sentiments dépressifs qui apparaissent en lui dès qu'il commençait à se sentir bien dans la maison, se mettait à s'agiter ou s'exhibait, ou pratiquait le harcèlement sexuel des stagiaires. Il était rapidement rassuré et calmé par une intervention autoritaire ou une punition prenant la forme de deux jours de « mise à pied ». Il sortait du jeu pour entrer dans l'excitation...

Je pense aussi au début du séjour d'Aliette venue à contre cœur et avec laquelle aucun de nous n'avait de contact. Nous parlions d'elle en réunion d'équipe de manière tellement désinvestie, mais sans nous en rendre compte, que la simple question du médecin a produit un effet immédiat : « Alors, pour Aliette, on la soigne ou on attend que le séjour se termine? ». Ainsi, pour les soignants aussi, le repérage est nécessaire... car nous attendions, hors du jeu, qu'Aliette joue...

Le soin : une affaire de groupe

Le groupe de patients

Maintenir implicite la question de la séparation du sujet et de l'objet exige de ne pas mettre le patient en situation de se demander « qu'est-ce qu'ils me veulent? », qu'il ne soit pas seul avec nous, d'où cette constatation : le soin est une affaire de groupe. Le groupe est un cadre nécessaire pour approcher « par la bande » cet individu « hors de soi », écorché et méfiant qu'est le psychotique.

La présence du groupe n'implique pas que l'on soigne le groupe. Le groupe existe, faisant partie de l'environnement, comme une évidence. Il permet une modulation de la distance relationnelle, une répartition des investissements. Il provoque et mobilise des émotions, des affects. Le groupe, c'est aussi de façon supportable le maintien d'une dimension sociale, des autres dont il faut tenir compte, avec qui il faut partager, sur lesquels on peut agir. Esquisses de rapprochements,

disputes plus ou moins sérieuses : grâce au groupe, le psychotique peut s'essayer aux relations...

La discussion biquotidienne pour décider du repas est un moment très investi à la MAP. Au fil des années, les patients et stagiaires l'ont ritualisé. La négociation y est souvent tendue et la décision difficile à prendre quand il faut choisir entre une côte de porc et un steak hâché. Et ceux qui discutent le plus âprement sont souvent ceux-là mêmes qui affichent individuellement leur désinvestissement massif de l'alimentation. Le groupe dans la vie quotidienne est un révélateur irremplaçable d'aspects du patient qui restaient cachés.

Le groupe de soignants : l'équipe soignante et le groupe soignant

Groupe de patients et aussi, mais autrement, groupe de soignants. Du côté soignant, je distingue deux cadres différents de groupes, celui de l'équipe soignante qui relève du dispositif et celui du groupe soignant qui inclut le patient, se crée avec lui et existe pour lui.

L'équipe soignante est un groupe de personnes ayant des compétences, des rôles, des fonctions différents, définis, reconnus par les autres. Chacun y est identifié et peut entretenir des relations avec chacun des autres. Chaque membre de l'équipe peut se situer par rapport aux objectifs communs, faire valoir son point de vue. L'équipe doit être organisée et non pas cloisonnée. S'il faut éviter la confusion où tout le monde ferait tout et n'importe quoi, il est tout aussi nécessaire que les fonctions de chacun soient partagées, que les contours n'en soient pas étanches. Je dirai que les fonctions doivent être halogènes. L'estime mutuelle des différents soignants est un gage et un indicateur de cet aspect. Concrètement, il s'actualise par une manière de porter la position du soignant absent. L'équipe soignante assume la dimension administrative, les conditions légales, réglementaires, matérielles qui ordonnent la vie institutionnelle. L'équipe soignante est inscrite dans un ou des réseau(x) d'échange, de partenariat, de réflexion théorique et pratique.

Voici sommairement énumérées les conditions pour qu'une équipe soit vivante. Vivante, c'est-à-dire potentiellement thérapeutique, et sa vitalité se révèle dans sa capacité à générer des groupes soignants qui eux, impliquent un ou des patients au titre de participant(s).

Ce qui apparaît aussitôt dans un tel modèle, c'est la différenciation, la conflictualité potentielle inhérente au soin et qui rejoint celle de la tension individu/groupe ou société et celle des « organisateurs » de la vie familiale.

Ainsi, lorsqu'un séjour arrive à son terme, il y a parfois une controverse avec les soignants les plus engagés dans la prise en charge du patient, en particulier les thérapeutes. Ces derniers argumentent pour une prolongation du séjour. L'équipe en débat en réunion et prend la décision qu'elle juge la plus conforme aux objectifs fixés. Les soignants font alors à des degrés divers l'expérience de leur double appartenance : au groupe soignant et à l'équipe.

On se trouve toujours sous la menace de deux dérives :

- celle de l'investissement excessif d'un patient au risque de ne soigner que lui ou de le privilégier par rapport aux autres avec la tendance à se substituer alors à ses soignants au long cours;
- celle de surinvestir notre dispositif et d'en écarter ceux qui en perturbent le fonctionnement ou l'agrément. Privilégier l'aspect groupal peut aller dans ce sens.

Distinguer ces deux formes du groupe des soignants renvoie notamment à cette problématique de l'objet et de l'environnement, du fond d'environnement dont nous avons à faire en sorte qu'en émerge puis s'en détache progressivement la figure ou la forme de l'objet.

La référence familiale

La référence familiale dans le soin psychiatrique est inévitable, constante et pertinente. Elle se formule souvent en termes d'objet : le père, la mère avec l'impression désagréable d'une inadéquation. Je préfère parler de dimension paternelle ou maternelle ou parentale dans les soins. En tout cas, dans ces moments du soin où le patient a besoin de l'institution. Dans cette idée de dimension plutôt que de personnage ou de rôle, il y a du vague, du flou, de l'indéterminé. Si le soignant se pense comme représentant la mère pour tel patient, il n'aura pas cette souplesse interne qui suppose pour toute « bonne mère » d'être imprégnée de la dimension paternelle.

Ainsi, par exemple, un enfant, en présence de sa mère, enfreint une règle édictée par son père. « C'est défendu! », ou « ton père a dit non! » dit la mère qui, à ce moment là, est le père, qui le représente littéralement. « Je le dirai à ton père » dit, par ailleurs, la mère qui se réfère au père mais n'assume pas sa position. « Si ton père était là, tu verrais »... dit pour sa part la mère flottante, séparée, parfois dissociée, voire divorcée du père. C'est aussi à partir de là que s'ouvre le champ vaste et porté aux extrêmes de l'incestuel² dont parle Racamier.

En rapport avec ces dimensions paternelle et maternelle du soin, la distinction entre le groupe soignant et l'équipe soignante renvoie à deux « organisateurs » de la familialité. L'équipe soignante est du côté des parents sexuels, ayant une vie entre eux dans le cadre familial et le souci de maintenir ce cadre. Il n'est que d'écouter les réflexions que font les patients à propos de la réunion d'équipe ou de penser à leurs comportements pendant ce temps-là pour s'en convaincre.

Le groupe soignant renvoie à la dimension parentale dans le soin aux enfants (dont la sexualité est absente bien que subsistant à l'état de traces, indices, évocation qui deviennent des attracteurs pour la vie psychique des patients).

L'objet émerge

Les liens que le patient va, peu à peu, avec notre aide, tisser entre ces expériences et ces espaces, entre ceux-ci et des séquences de sa vie à l'extérieur, vont tracer des différenciations. L'objet émerge et prend forme. Des affects vont être perçus et vécus comme internes, subjectifs et le patient va souhaiter en parler,

à quelqu'un en particulier. L'idée d'une psychothérapie individuelle se précise. Bien entendu, j'isole là artificiellement deux phases. En réalité, beaucoup de patients continuent pendant ce temps du soin une psychothérapie en cours. Mais je pense que dans ces périodes, le travail avec le thérapeute relève plus de la maintenance du cadre et du soutien.

En tout cas, dans ce temps critique où le patient se trouve (se retrouve) confronté à la question de la relation à l'objet, le soignant de base s'efface. Sur le point d'être objectalement investi et reconnu, le voilà avec sur les bras un deuil à faire, un double deuil : celui du patient qui va poursuivre son évolution avec d'autres, et celui de la reconnaissance, le deuil de la relation qui n'a jamais eu lieu.

Boris est un jeune schizophrène qui vit dans un retrait presque total chez ses parents. Il serait tout le temps occupé par une recherche mathématique dont l'ambition est d'apporter une réponse définitive et globale. Son séjour à la MAP commence dans ces conditions, mais assez rapidement il compose un problème épineux de mots croisés qu'il soumet à une stagiaire. Il s'enquiert auprès des autres soignants de l'intérêt, du temps qu'elle consacre à ce problème. Il développe peu à peu des relations avec les gens de la maison, un projet pour la suite et nous quitte. Il reviendra deux fois après son séjour pour voir cette stagiaire. Boris s'isole dans une recherche-symptôme. Un aspect de son symptôme devient matière à jouer. La personne visée par le jeu n'est pas encore un objet, plutôt une sorte de pré-objet qu'il est plus facile d'approcher en tant que passant que comme cohabitant.

Le soin de crise

Pour en venir à la question du soin de crise, mais j'y suis déjà, on pourrait dire avec Paul Fort, dans *La Marine*, poème chanté par Brassens :

Toutes les joies, tous les soucis
Des amours qui durent toujours
On les trouve en raccourci
Dans nos p'tites amours d'un jour...

C'est un lieu commun que de considérer la crise comme un moment d'exacerbation des tensions : celles-ci peuvent être d'origine interne ou externe ou les deux. Cet accroissement de l'excitation est parfois ingérable par le patient et son entourage habituel, qu'il soit familial ou thérapeutique. Souvent la situation de crise se précipite dans l'urgence par un passage à l'acte agressif ou suicidaire, ou elle s'installe dans un état dépressif, un tableau délirant, l'isolement, le retrait. Même sans issue dramatique, il existe toujours une grande insécurité, une sensation de rupture, de perte de la continuité de l'existence. Le patient est obnubilé par sa situation, son état, dans une sorte de fascination. Il fait parfois penser à ces gens qui ont la sensation de manquer d'air, qui tentent en vain d'en aspirer encore, augmentant par là l'étouffement alors qu'il faudrait souffler.

Dans ces moments, l'aspect d'environnement du soin en devient l'essentiel, transitoirement. C'est en référence à cette idée de transition qu'on peut dire que la Maison d'Accueil Psychothérapique est un lieu de soin de crise.

La crise ne doit pas durer, elle doit trouver une issue rapide. Étymologiquement, la crise est le moment du jugement, de la décision. La MAP accueille temporairement les patients. La coutume a établi une durée de deux mois.

C'est un lieu de transition dont la fonction est d'aider au passage d'une situation à une autre, d'un état à un autre. En géologie, une couche transitive se trouve entre deux couches d'âges différents.

Lieu transitionnel aussi, non seulement dans cette fonction de lier un intérieur et un extérieur, un avant et un après, mais au sens d'un espace où l'on musarde, joue, découvre, que l'on parcourt plus qu'on ne le traverse. Tout ça pour dire qu'un espace transitionnel, ça vaut la peine de s'y arrêter un peu, on y trouve et on y fait des choses intéressantes.

Et nous voilà invitant le patient angoissé, déprimé, préoccupé par sa situation, à venir faire un tour dans notre terrain vague. Ou, comme on le voit d'entrée de jeu, le soin de crise, à l'inverse du soin d'urgence, n'a pas pour modèle les « soins intensifs ».

Mais j'ai dit *invitant*, car c'est un travail de Sisyphe avec les psychotiques, en crise par dessus le marché, que de maintenir vague le terrain. Ceux-ci s'ingénient à transformer le terrain vague en dépotoir, en désert ou en quartier bétonné suivant qu'ils versent du côté de la schizophrénie ou de la paranoïa.

Ce que j'appelle le terrain vague, Racamier le nomme « ambiguïté », qui a quelque parenté avec le paradoxe accepté de Winnicott, à propos de la nature et de l'origine interne ou externe de l'objet transitionnel.

La MAP

Concernant la MAP, on peut repérer quelques ambiguïtés. J'en étudierai quatre :

C'est un lieu habité/habitable, à investir pour le quitter, on y fait semblant pour de vrai, elle (la MAP) est fiable et pleine de lacunes.

1. UN LIEU HABITÉ/HABITABLE

Par l'aspect, la banalité du mobilier, le désordre, un peu de saleté, les odeurs, la MAP apparaît à l'évidence comme un lieu habité. Notre accueil, notre présentation de la Maison indiquent qu'elle est, bien qu'habitée, toujours habitable. Elle est bien sûr habitable puisqu'habitée, mais pas totalement habitée puisqu'elle reste habitable. Et ce, pas seulement pour des nouveaux, mais aussi pour les patients actuels, pour les soignants. Des relations se jouent autour des questions de chambre, de clés, des pièces où on peut fumer ou non, du bureau, etc... Habitable, c'est-à-dire que chacun peut moduler visiblement sa manière d'habiter la maison : de David qui « louait son studio », à Basile qui s'arrangeait toujours pour dormir sur un canapé au salon en passant par Daniel qui a transformé sa chambre en caverne d'un Ali Baba brocanteur.

Des façons d'occuper les lieux : discrète ou envahissante, furtive, sournoise. Celui sur qui on tombe chaque fois qu'on ouvre une porte, Bunny dont on disait

qu'il occupait comme un gaz toute la maison. Ceux qu'on surprend dans le bureau, curieux, fureteurs. Celui qui se dérobe aux regards, mais s'impose avec la radio, la fumée. Philippe qui « aéra sa chambre » en ouvrant la porte, vers l'intérieur donc.

Comment chacun va-t-il agir? participer aux tâches, les ignorer, les éviter. Considérer que c'est l'affaire des soignants. Et les soignants? S'en sentent-ils responsables? et jusqu'à quel point?

Ceux qui nettoient, ceux qui salissent, ceux qui font les deux alternativement, voire en même temps. Basile qui répare et Boris qui casse... Anne qui faisait la vaisselle en envoyant valser verres et assiettes n'a jamais rien cassé...

C'est un lieu intégrant des espaces différenciés : le commun et le personnel, la pièce d'entretiens où un patient n'entre pas seul, règle non formulée et qui, curieusement, n'est pour ainsi dire jamais transgressée.

2. UN LIEU À INVESTIR POUR LE QUITTER

Les patients, les soignants-stagiaires aussi investissent la MAP avec force. Comme disait Amélie alors que nous lui parlions de la fin de son séjour : « Mais c'est que je me suis attachée à la MAP, moi! ». C'était dit comme un problème qui se posait à elle et à nous. Autant à nous qu'à elle, comme si elle nous interrogeait : « Comment allez-vous vous débrouiller avec mon attachement? ». L'inéluctable séparation est inscrite d'entrée de jeu dans la brièveté annoncée du séjour (deux mois), dans la fermeture hebdomadaire, dans l'importance que nous accordons au maintien des liens extérieurs du patient, aux projets et démarches qu'il doit réaliser. Les entretiens-bilans tous les dix jours attestent de cette préoccupation.

Des signes tangibles caractérisent la qualité de résident à la MAP. Les modalités de franchissement de la porte d'entrée en témoignent, la possibilité d'utiliser le téléphone aussi.

Il arrive que des patients effectuent un séjour plat, sans histoire, mais c'est plutôt rare. Pour la plupart l'investissement est accompagné de phénomènes qui évoquent cette nécessaire « période d'hésitation » que décrit Winnicott dans le jeu de la spatule avant que l'enfant puisse utiliser l'objet.

S'il fallait résumer à l'extrême ce qu'est un séjour à la MAP, on dirait que c'est une expérience d'attachement et de séparation.

3. FAIRE SEMBLANT POUR DE VRAI

L'appui sur la réalité matérielle et sa prise en charge par les habitants de la maison constituent une caractéristique de la vie quotidienne. Il n'y a pas de personnel chargé de ces questions. Si personne ne s'occupe du repas, on ne mange pas, ce qui n'est encore jamais arrivé. Si la caisse est pauvre, on mange peu et à bon marché, ce qui arrive souvent.

La préparation du repas a souvent des allures de jeu de dînette, les uns et les autres prenant des initiatives peu coordonnées. La succession et la composition des plats sont parfois fantaisistes et la qualité laisse souvent à désirer. On cuisine pour de vrai et ça prend des allures de faire-semblant, de jeu.

La vie de la maison qui est pourtant loin d'être drôle, est ponctuée de rires et de séquences ludiques. Même les conflits y prennent facilement un tour psychodramatique. La réalité qui a tant d'importance dans ce lieu semble mettre des pantoufles en y pénétrant, elle se fait moins rude.

Les patients questionnent notre position dans ce « faire semblant pour de vrai ». Ils le font de diverses façons : celle de nos tics professionnels par exemple. Ils n'ont pas leurs pareils pour imiter un « psy » en consultation ou caricaturer la gentillesse professionnelle des soignants. Ils nous posent le problème de notre « travail » et en quoi est-ce un travail? C'est souvent sous la forme de leur intérêt pour le métier de psychologue dont ils disent que c'est somme toute « facile » et qu'« ils s'y verraient bien »... D'autres fois c'est plus perfide, comme Georges me rétorquant, alors que je le poussais à écourter son arrêt de travail : « mais c'est que moi, j'ai un vrai travail, fatigant... je ne reste pas assis... ». Ambiguïté dans laquelle nous sommes nous-mêmes pris, comme l'autre soir où je dis aux deux personnes s'attardant au salon : « je vais vous laisser, j'ai du travail... ».

Mais au fond, « ce faire semblant pour de vrai », c'est à une autre dimension du vrai, de la vérité qu'il se rattache, témoin cette question récente de Daniel à ma collègue, alors qu'ils finissaient leur repas : « Quand vous rentrez chez vous, est-ce que vous remangez avec votre mari? ». À quoi elle répondit : « Quand je mange avec vous, je suis vraiment avec vous »...

Faire, pour les patients, c'est se risquer, se confronter à une réalité inquiétante, hostile, hors de portée. En se glissant dans les interstices de séquences complexes comme la préparation d'un repas, les patients apprivoisent des tâches qui les attirent et les effraient à la fois. Mettre le couvert puis faire la sauce de la salade et couper le pain sont des tâches prisées. Viennent ensuite des tentatives de préparation de plats où la MAP peut servir de terrain pour un essai qui sera transformé ailleurs. Matthieu nous prépara un jour une tourte au thon et nous confia que plus tard, ayant invité des amis, il leur avait servi une tourte au thon de sa fabrication.

Dans tout cela, ce que le patient redécouvre souvent, c'est un plaisir à faire, à fonctionner, tout simplement. C'est la retrouvaille avec un autoérotisme constitutif du narcissisme.

4. UN LIEU FIABLE ET PLEIN DE LACUNES

Les institutions de soin qui se lancent dans l'aventure de vouloir « répondre aux besoins des patients » y perdent leur âme. À la MAP, l'exemple le plus manifeste de lacune est la fermeture du week-end, si difficile à supporter pour les patients. Elle les confronte presque toujours à leur dépendance, leur besoin d'un environnement continu, sans faille, sans brisure. Elle leur impose une frustration, source d'hostilité, de rage, de haine. Mais ce qui importe c'est de réouvrir le lundi matin, de les accueillir à leur retour maussade, de supporter sans rétorsion leur mauvaise humeur, si possible en la reliant à cette fermeture du samedi. L'objet se constitue en survivant à la destructivité davantage que dans l'expérience de satisfaction.

Vie quotidienne et analyse de situation

Nous voilà sur le passage, l'importance du travail soignant dans son aspect de relation d'environnement étant assez établi. L'intérêt du calme, de la valeur d'expérience de la vie quotidienne lorsqu'elle s'accompagne d'une mise en latence de la crise. La redécouverte d'un plaisir de fonctionnement permettant de renouer avec les autoérotismes, leur effet de renforcement narcissique et de reconstitution du système pare-excitation.

Pour autant, nous savons que le patient est venu pour des raisons impérieuses, dans des conditions difficiles. Il va retrouver à l'extérieur une situation perturbée et perturbatrice qu'il ne peut éviter de traiter.

Ce passage se présente comme une oscillation et non comme une succession. En effet, tout au long du séjour, la question de la crise reste posée avec celle de savoir où et comment en trouver l'issue.

À la configuration environnement/objet correspond dans une prise en charge celle de vie quotidienne/analyse de situation. Avoir à traiter avec le patient sa situation est posé comme un objectif lors des entretiens d'admission. Il en est souvent question dans les conversations courantes, dans la réunion hebdomadaire du groupe aussi. Il est toutefois un lieu et un moment particulier qui lui est consacré, c'est l'entretien-bilan régulier avec le médecin et un permanent. On y fait le point, les soignants y montrent leur souci de l'avenir du patient, leur intérêt pour ce qu'il entreprend. C'est aussi un lieu de décision.

Ce qui éclaire nos interventions, c'est ce que nous comprenons et découvrons du patient dans sa vie avec nous, à la fois dans l'estimation de sa capacité actuelle à être mis en question, stimulé, voire bousculé; et dans le repérage, à travers des séquences quotidiennes, des éléments qui aident à comprendre en quoi le patient est acteur de la crise. Crise qui d'ailleurs se transforme au fur et à mesure que l'on comprend mieux comment le patient, par la projection, l'expulsion, le déni d'éléments psychiques, peut devenir un véritable metteur en scène de la crise.

Sonia effectuait un séjour où, bien que pénible et souvent déroutante, elle évoluait favorablement. Elle était arrivée à la MAP après avoir été enlevée de chez ses parents par ses sœurs inquiètes. Depuis une bouffée délirante huit ans auparavant, Sonia végétait chez eux. Existence entrecoupée de crises qui l'avaient pour quelques semaines à chaque fois lancée dans des aventures amoureuses, thérapeutiques, toxiques ou touristiques.

Alors qu'un premier entretien avec les parents est imminent et source d'angoisse pour Sonia, elle se dispute à table avec Philippe, patient omnipotent et qui nous occupe beaucoup.

À la suite de ce conflit, Sonia se brûle le bras avec une cigarette d'une façon grave et spectaculaire.

La rage autodestructrice, à l'origine de son accrochage parasitaire aux parents, devint alors plus compréhensible lorsqu'on pu mettre en liaison ce conflit avec ce

qui apparut dans l'entretien de la place d'enfant-roi dévolue au jeune frère, dont la naissance reléguait Sonia au rang de « dernière fille ».

Le séjour à la MAP aurait pu être dans la vie de Sonia une crise de plus, entrer dans la répétition. L'élaboration de cet événement a contribué à transformer cet épisode en véritable séparation d'avec la famille.

L'élaboration qui consiste à trouver-crée un sens aux événements, actes, pensées, émotions, est un processus complexe qui articule un travail intrapsychique, interindividuel, groupal. Je le résume dans les termes d'analyse de situation, en situation, qui constituerait le volet traitement d'un soin à la MAP.

L'objet du soin de crise n'est pas l'explicitation de la crise. Il s'agit de trouver une issue, une ouverture à une situation actuelle. Notre intérêt pour la vie psychique du patient vise à lui permettre d'utiliser ses capacités de penser pour mieux vivre.

Récemment, irrité par la prise en charge psychiatrique excessive dont étaient l'objet plusieurs patients, j'imaginai, paraphrasant Harpagon, inscrire en grosses lettres sur la porte d'entrée : « Il faut se soigner pour vivre et non pas vivre pour se soigner »... Sans tomber dans l'avarice, qui est une perversion, je suis partisan d'un peu de pingrerie dans les indications de soins.

Concrètement, nous sommes attentifs au projet de soins du patient et nous apportons notre concours à son orientation qui se décide avec ses soignants au long cours.

Nous nous préoccupons tout autant de ses projets relatifs à sa vie personnelle et sociale. Où va-t-il vivre? Que va-t-il faire? Quelles sont ses ressources?

Nous sommes un peu « tâtilons » sur ce point. Nous demandons au patient des précisions sur les démarches qu'il fait, à qui il s'adresse, dans quels délais elles vont aboutir, etc...

L'insistance que nous mettons à la construction par le patient d'un projet concret et réaliste peut surprendre quand on sait que nous n'avons ni compétence, ni moyen matériel, ni temps à consacrer à une aide à la réalisation. Nous pouvons, au mieux, diriger le patient vers des interlocuteurs spécialisés.

Je pense que c'est là notre principale voie du travail de restitution au patient. L'aider à élaborer un projet, exiger qu'il le concrétise, authentifie à la fois notre confiance dans ses capacités et notre conscience qu'il répugne à les utiliser, c'est-à-dire à en éprouver à la fois l'étendue et les limites.

Les projets de soins et de vie m'apparaissent comme une métaphorisation de la situation de crise, une transformation de celle-ci. Ce n'est pas une explication, ni une traduction. C'est un changement de registre, un transport sur un autre plan.

Conclusion

Dans une crise, il y a d'abord à perdre. Perdre un objet, un procès, une illusion, une situation, etc... les choses à perdre ne manquent pas et notre vie est émaillée de deuils plus ou moins difficilement éprouvés et accomplis.

Si la marque du psychotique est, selon Racamier, un deuil originaire jamais effectué et avec lequel, toujours, il ruse pour l'éviter, alors la crise est une situation limite de ce scénario-type, le risque d'un choc.

Éviter le choc, entreprendre l'apprivoisement de l'effroi par l'expérience d'un mini-deuil, de petites pertes et parvenir à se consoler en gagnant quelque chose par ailleurs peut constituer le modèle, la trajectoire d'un soin de crise.

dominique murbach
santé mentale et communautés,
136, rue louis-becker
69100 villeurbanne, France

Notes

1. MAP : Maison d'accueil psychothérapique. Ouverte en octobre 1986 par l'association Santé Mentale et Communautés; elle est un Centre de Crise intersectoriel.
2. Cf. références bibliographiques à la fin de ce texte.

Bibliographie

- JEAMMET, P., Le cadre n'appartient à personne in *Cadres Thérapeutiques et Enveloppes Psychiques.*, PUL.
- RACAMIER, P.C., 1992, *Le génie des origines*. Payot, Paris.
- RACAMIER, P.C., 1993, L'incestuel, *GRUPPO*, n° 9, Travail de Soin et Attaques des Soins, p. 154.
- SASSOLAS, M., 1993, La fonction soignante en psychiatrie ou Comment affronter la douleur de penser, *Gruppo*, n° 9.
- WINNICOTT, D.W., 1971, *Jeu et Réalité*. trad. française, Gallimard, Paris, 1975.