

## D'une demande singulière à une possible rencontre

Exposé de juillet 2015 - Porto

Anouk Flausch

Le travail dont je vais vous parler, s'effectue dans un service de santé mentale, à savoir un service de consultations en ambulatoire, qui, par une approche multidisciplinaire, et en collaboration avec d'autres institutions et personnes concernées par la santé, contribue au diagnostic et au traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial du bénéficiaire, dans ses milieux habituels de vie.

Notre institution se situe, au cœur de Bruxelles, dans le quartier des « Marolles ». Il s'agit d'un quartier populaire comptant 113 nationalités différentes du fait de vagues migratoires successives. Ses habitants font partie d'un public précarisé, dont 50% de la population vit, non pas de revenus liés au travail mais de revenus de remplacement. Les politiques d'austérité menées depuis quelques années, n'ont fait qu'aggraver les conditions déjà précaires de notre population et le délitement du tissu social. En conséquence, nous nous retrouvons à être exposés à une augmentation des demandes qui nous sont adressées ainsi qu'à une intrication complexe des problématiques rencontrées.

Nous avons donc voulu adapter et améliorer notre façon d'accueillir les patients. Pour ce faire, nous avons alors confronté notre manière de procéder, avec d'autres dispositifs existants autour de l'accueil : l'Investigation Psycho dynamique Brève telle que pratiquée à Lausanne dans le centre dirigé par Mr Despland et le fonctionnement d'autres services de santé mentale bruxellois. Nous nous sommes aussi nourris de lectures diverses.

Aujourd'hui, nous proposons à un patient, qui appelle ou se présente au secrétariat, un rendez-vous avec un thérapeute dans un délai maximum de 15 jours. La majorité des thérapeutes de l'équipe ont, pour ce faire, dégagés une plage d'accueil par semaine, dans leur horaire. Quand le délai de rendez-vous dépasse 15 jours, on en revient à notre ancienne procédure que je ne prendrai pas le temps de décrire ici.

Nous avons choisi de nous réserver la possibilité de rencontrer ce patient, quatre fois, cadre modulable bien sûr en fonction de ce qui se passera dans la rencontre.

Ce dispositif donne ainsi la possibilité à toute personne, en souffrance, de pouvoir rencontrer, dans un délai suffisamment court, un professionnel de la santé mentale, de pouvoir être entendu et d'avoir ainsi la possibilité de laisser s'y déployer sa demande.

Voire de traiter la crise qu'il traverse...

Ce dispositif permet de faire un bilan diagnostic et une proposition de traitement, en intégrant les aspects médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux. Ce temps destiné à l'accueil facilitera l'émergence d'une orientation vers le ou les professionnels qui pourra l'aider au mieux.

Il s'agit de vous faire part, par la présentation d'une vignette clinique plus approfondie, de comment nous tentons d'articuler ces différentes pratiques et de nous approprier une manière d'accueillir nos patients, faite de certains repères tout en gardant la souplesse nécessaire à l'imprévu de la rencontre et à sa singularité.

Et,... cet accueil ne va pas de soi.

Ainsi, venons-en à la clinique.

Mon dilemme a été grand, pour vous donner une idée de notre manière d'accueillir nos patients, entre choisir de vous présenter plusieurs vignettes en les survolant ou une vignette plus approfondie. J'ai pris une position d'entre-deux : je vais très rapidement vous broser 3 accueils qui vous donneront une idée de ce qu'il peut permettre sur le plan de l'orientation et en approfondir un, qui mettra en exergue plus finement ce qui peut se jouer dans la rencontre.

Un accueil en 4 entretiens, par exemple, a permis la mise en place d'un travail psychothérapeutique encore en cours, avec une jeune femme, se disant peu satisfaite de sa vie, mère d'un enfant de 2 ans, en pleine séparation d'avec son conjoint, musicienne de formation, d'origine polonaise, sans emploi mais émergeant du CPAS. Tout un travail est en cours avec des remaniements importants dans les liens de cette femme à son entourage et dans son désir de choisir sa vie, sans trop la subir.

Un autre a permis d'aider une femme en situation de crise autour de sa grossesse en 4 entretiens. Elle avait fait le deuil d'être enceinte suite à un diagnostic d'infertilité liée à des soucis physiques, 10 ans auparavant. Elle apprend, il y a 3 mois, qu'elle est enceinte et vit des angoisses envahissantes. Pas de travail en profondeur donc, même si l'indication aurait été adéquate mais une temporalité a pu se remettre en place. La crise traversée, elle désire en rester là et repart apaisée.

Enfin, un accueil qui a permis d'accueillir un homme envoyé par une déléguée de justice pour des problèmes majeurs autour d'une garde d'enfant, d'identifier qu'il ne demandait rien au niveau psychologique et bien la mise en place d'un cadre clair autour du droit de visite. Une rencontre avec la déléguée, avec son accord, a permis de faire émerger le fait qu'il fallait, pour résoudre la situation, un jugement et non un traitement psychologique.

Donc, une orientation vers un travail thérapeutique, un accompagnement à la traversée d'une crise, et une réorientation vers le traitement des difficultés d'un patient par un autre professionnel plus habilité à le faire, au vu de ce qui s'est dégagé des rencontres.

3 petits exemples succinctement abordés.

Mais venons-en au cœur de la clinique avec Madame P.

Elle se présente au secrétariat et reçoit un rendez-vous une semaine plus tard. Elle remet à la secrétaire la demande d'un médecin généraliste, qui travaille dans une maison médicale du quartier, que je lis avant la rencontre et qui dit ceci : « Je vous envoie Madame P. âgée de 54 ans pour un suivi psychologique. La patiente a subi un choc émotionnel très important suite au meurtre de ses chiens, il y a quelques années. Elle exprime une haine bouffante à l'égard de la femme ayant exécuté ses animaux. Situation sociale précaire. Dépression majeure avec idéation suicidaire. Refus de prise de médicaments antidépresseurs. Met son accord pour un suivi psychologique ».

Mon premier contact avec elle se passe quand je vais la chercher à la salle d'attente.

Inévitable moment de tension, d'anxiété, d'excitation que ce moment d'avant la rencontre. Pour moi, en tous cas, pour elle très probablement.

Inévitable moment de tension, d'anxiété, d'excitation que ce moment de la rencontre. Un monde inconnu s'ouvre pour chacune.

Madame P. est de petite taille, râblée, peu soignée. Je dois avouer qu'elle me fait un peu penser à un bulldog. Cet instantané des premières secondes, lorsqu'on se serre la main et que le regard se croise pour la première fois, est un moment fort fait d'occurrences très archaïques.

On s'installe dans mon bureau et je lui fais savoir que nous disposons d'une heure pour que je puisse voir, avec elle, quelles sont ses attentes...

Elle entame l'entretien en me disant : « Je ne sais pas ce que je fais ici. Je suis envoyée par mon médecin ». Le fait qu'elle vienne à la demande d'un tiers va jalonner toute cette première rencontre, bien qu'elle soit formulée sous différentes formes.

Elle continue en disant : « j'ai dû piquer mes chiens » et se met à pleurer.

« Ma propriétaire m'a dit qu'elle allait tuer mes chiens. Je vais la tuer. J'en attends juste l'occasion.

On m'a dit de rencontrer un psychologue mais ce que j'ai l'intention de faire, je le ferai. J'ai tout perdu, j'ai perdu ma famille. Je vivais pour eux ».

Si accueillir, c'est se laisser traverser par l'imprévu et ce qui va en émerger, c'est bien ce qui est en train de m'arriver.

Je suis sous l'impact de la violence de ce qu'elle vit, de la puissance de ses propos.

J'apprends alors que cela s'est passé il y a 3 ans. Même si le médecin le dit dans sa demande, elle me fait vivre que les choses se sont passées hier, que le temps pour elle, s'est arrêté comme sous l'effet d'un moment traumatique. Elle continue en disant qu'il s'agissait de 11 chiens et pas n'importe lesquels : c'étaient des pitbulls. 11 pitbulls donc... vivant chez elle. Elle habite alors dans une ferme. Elle en parle comme étant de braves bêtes, qu'ils étaient sa vie, sa famille.

Il est vrai que je suis habitée par une autre représentation du pitbull, connu comme étant un chien dangereux. Des recherches plus avant vont même me faire découvrir que ces chiens sont des croisements faits dès le 19<sup>ème</sup> siècle entre des terriers et... des bulldogs pour combattre – à mort - des taureaux et des ours dans les arènes.

Elle dit alors que c'est difficile pour elle de parler de cela et qu'elle n'a pas envie de répéter. Je lui demande ce qu'elle pense de cette démarche : elle me répond que son médecin a peur. Elle enchaîne sur la mort de son boxer qui lui est mort de mort naturelle et dans le droit fil, me parle de son mari qu'elle a tabassé avec une poêle. Il est parti. Elle a vu beaucoup de psychiatres dans sa vie dont certains lui ont joué de sales tours.

Et vous voilà face à une psychologue, dis-je... Qu'en pensez-vous ?

Mon médecin m'a dit de venir mais je voudrais qu'on me foute la paix.

Tenter de créer de l'ouverture pour qu'un espace potentiellement compatible avec un travail psychologique se mette en place, me semble à ce moment, difficile. Tout au plus, essayer que s'amorce un lien de confiance.

Mais je la sens campée sur ses positions comme un chien sur ses pattes arrière.

Cette femme a été hospitalisée en psychiatrie, quelques jours, y a rencontré un psychiatre qui l'a prise de haut, ce qu'elle n'aime pas. Elle n'avait rien à lui dire. « Et puis elle n'a rien à foutre de ces fous. Ils ont des problèmes plus graves que moi. J'étais là parce que j'ai eu une folie de boissons ». Elle dit avoir rencontré un psychologue, gentil celui-là, lors d'une hospitalisation pour un cancer de la mâchoire.

Elle a une fille de 40 ans qu'elle ne voit plus. Celle-ci est le fruit d'un viol.

Elle a deux fils dont un qu'elle ne voit plus et l'autre, avec lequel le lien semble bien ténu.

Elle parle aussi du fait qu'elle a toujours vécu avec des animaux qui sont là pour « combler un trou ». J'interroge et dit : « Un trou ? ». Oui, ce trou est là depuis ses 13 ans, moment de la mort de son père. Elle le décrit comme un brave type, un nounours doux et souriant même si elle a appris tardivement que ce n'était pas son père.

Il est vrai que vu ce qu'elle me dit de ses chiens, qui est ce père qu'elle me dit brave comme eux ? Elle ne décolère pas par rapport à sa mère qui était « le diable ». Elle se faisait tabasser par elle mais surtout s'est remise en couple, 6 mois après le décès de son père, avec un pédophile « qui n'a jamais eu l'occasion avec moi, croyez-moi, je lui aurais fracassé le crâne ».

Elle est alors placée en famille d'accueil, famille qui habite en face de... chez sa mère.

J'ai l'impression – même s'il y a des mots qui sortent de sa bouche – qu'elle aboie mais aussi qu'elle est aux abois.

Parce que, cette femme me touche. La fragilité que je sens chez elle, la souffrance est cette autre part d'elle qui suinte voire s'exprime par ses larmes. Et ainsi, ce n'est pas le bulldog de mes premières impressions que j'ai devant moi mais le pitbull tel qu'elle m'en parle, tel qu'elle se le représente.

Tenant de me représenter son quotidien - mais je pense aussi, tentant de faire au moins mal avec cet afflux d'éléments archaïques, non symbolisés et que je perçois déjà comme difficiles à tenter de métaboliser avec elle - je lui demande ce qu'elle fait, où elle vit. Je tente de survivre à cette rencontre tant ce qu'elle me transmet est ravageur.

Elle dit devoir courir partout, et être dans un logement de transit chez Nativita. Elle aura un appartement fin du mois.

Elle revient sur ses chiens, qu'elle dort mal depuis et qu'elle n'oublie pas leur regard quand ils ont été piqués.

En parler est très dur. « Quand j'en parle, dit-elle, ça me bouffe ».

A la fin de l'entretien, je lui restitue et la tristesse, la souffrance que je sens chez elle par rapport à la mort de ses chiens et aussi sa difficulté à en parler. Je peux comprendre ses réticences à rencontrer quelqu'un et aussi l'inquiétude de son médecin face à ses propos.

Je me dis en effet que si elle ne se voit pas participer pleinement à cette rencontre et être d'accord avec le fait de venir parler de tout cela, je me dois de le lui restituer. Tout comme, il me semble nécessaire de lui restituer l'inquiétude de son envoyeur.

Je lui propose un deuxième rendez-vous pour en reparler avec elle.

Elle dira alors : « Comme ça, le médecin sera soulagé ».

Cette première rencontre ressemble à une tourmente émotionnelle qui peut provoquer une résistance chez le patient, compréhensible et vitale.

Moi-même, je suis bombardée de sensations, d'émotions, sidérée par une histoire chaotique, faite de ruptures et de transgressions. Malgré cela, je perçois ses résistances, d'une part, mais aussi la précarité de sa vie actuelle. On peut se demander si celle-ci n'interfère pas, voire ne prend pas le pas sur son monde interne. Les entraves sociales peuvent, je pense, prendre le pas sur la mise en place d'un travail au niveau psychique.

Mes réflexions en après-coup émergent doucement. Si fil il y a eu dans ce premier entretien, c'est moi qui l'y ait mis, dans un deuxième temps. J'ai eu beau tenter de savoir quelle pouvait être sa position à elle par rapport à l'envoi du médecin, et qu'elle me répond que son médecin a peur et qu'elle enchaîne sur son boxer et son mari qu'elle a frappé avec une poêle, je n'ai plus, face à une parole si décousue, l'esprit suffisamment clair pour lui demander si son médecin a des raisons d'avoir peur.

Si un premier entretien implique une recherche mutuelle de contact, un ajustement réciproque, qui aboutirait à un premier nouage relationnel, j'avoue ne pas en être assurée. Même si j'ai l'impression qu'une certaine confiance a permis que quelque chose soit dit de sa souffrance, de son histoire, mais dans une telle tempête émotionnelle, je ne peux alors que tenter de la contenir, y survivre et lui montrer par la proposition d'un autre rendez-vous que je résiste à ses propos, quelle qu'en soit la teneur. Je tente aussi d'en rassembler les éléments épars en nommant ce qu'elle vit, ce qu'il me semble qu'elle me transmet qu'elle vit tout en le reliant au cadre de la demande, faite ici par un tiers et qu'elle ne se réapproprie pas... ou pas encore. Mais j'ai des doutes...

Je ne pense même pas que nous soyons dans un entretien « préclinique » comme le nomme Madame Proia-Lelouey, à savoir, dans le cas où une demande est faite pour le patient et non par le patient – ça c'est le cas - et où l'entretien porte sur une négociation autour d'une implication éventuelle de la personne, dans sa demande. Je ne négocie rien avec elle : je contiens, et tente de transformer par mes mots ce qu'elle dit par son corps, sa labilité de pensée, ses paroles qui ressemblent plus à des actes qu'à des mots constitutifs d'une adresse à un autre. Je m'identifie à elle dans un accordage émotionnel. Je me sens engagée dans le lien tout en veillant à rester discrète, sans envahir le champ de mes émotions.

Lui proposer un engagement contractuel, un cadre pour nos rencontres, sous la forme des 4 entretiens d'accueil ne me semble pas opportun. Lui proposer une temporalité au sein de laquelle elle puisse mieux saisir les enjeux de ce que je lui propose, l'aider à différer son idée de ne pas utiliser cet espace pour elle, lui renverrait que je n'ai pas entendu ce qu'elle me dit haut et fort, à savoir qu'elle ne veut pas venir. Mais pourtant elle est là ! Je sens que le fil entre elle et moi est ténu, et ne pense pouvoir proposer qu'une prochaine rencontre et, peut-être ainsi, tisser un lien de fois en fois.

Le deuxième entretien se déroule dans une tonalité à l'image du premier. Sa pensée est chaotique, ses propos crus ....

Elle reparle de sa souffrance par rapport à la mort de ses chiens, de l'accueil qu'ils lui offraient à son retour à domicile (à l'opposé de son mari, rivé à son ordinateur), qu'ils étaient sa famille et aussi et surtout, qu'ils n'avaient qu'un seul maître : elle !

Elle va évoquer que sa mère tenait un chenil et s'occupait plus des chiens qui y vivaient que d'elle. Elle formulera plus clairement le fait qu'il y a eu menace de meurtre mais que c'est elle qui a fait piquer ses chiens par le vétérinaire. Sa propriétaire la menaçait de les faire tuer par la police et elle a alors anticipé qu'elle allait mettre cette menace à exécution. Ainsi, elle se sent envahie d'une insupportable culpabilité.

Je lui propose de contacter sa généraliste et de lui renvoyer ce que je lui ai dit à la fin du premier entretien et que je reprends avec elle au deuxième. Elle acquiesce.

Lors de mon contact avec le médecin, elle me dit combien cette femme la met dans des vécus d'impuissance. Elle souffre de divers problèmes somatiques, prend des rendez-vous mais ne s'y présente pas. Elle refuse la prise d'antidépresseurs par peur d'être droguée par ceux-ci. La réflexion du médecin est qu'elle correspond aux critères de MEO mais elle ressortira après 3 jours. Et après ? Notre vécu d'impuissance est partagé. Sa rage contre sa propriétaire permet-elle à cette femme de ne pas être « bouffée » par sa culpabilité d'avoir fait piquer ses chiens ? Et le 2<sup>ème</sup> entretien a-t-il permis ce léger espace entre rage et culpabilité ? Va-t-elle passer à l'acte ou sa rage est-elle une façon de ne pas être en contact avec cette culpabilité envahissante ? Les questions restent posées... Madame P. ne vient pas aux entretiens suivants fixés.

Je lui écris un courrier. Elle me téléphone alors pour me signifier qu'elle va arrêter, qu'elle a trop de choses à faire. Elle a déménagé la veille et doit trop courir pour ses papiers.

Elle dira que ses cours d'informatique sont sa nouvelle passion après ses chiens mais qu'elle ne peut les oublier. Elle n'a plus envie de meurtre mais si elle doit, elle la tue ! Elle a trop de haine.

Elle dit qu'elle reviendra sans doute plus tard. Je lui signifie que la porte reste ouverte.

Je lui dis que j'ai téléphoné au médecin pour transmettre ce dont on avait parlé.

On en reste là.

Il ne s'agissait pas de vous montrer, au travers de cette vignette clinique, un accueil « réussi » mais de vous montrer la complexité de l'accueil, les enjeux qui y sont présents et, dans le cas de Madame P., avec une personne en situation de précarité. De partager avec vous, ce que cela peut nous faire vivre.

Je voudrais aussi ajouter à ma réflexion que Madame P. est en perte d'objets sociaux, comme le dit Jean Furtos en définissant la précarité sociale, à savoir sans emploi, entre 2 logements précaires, sans entourage familial sécurisant.

Que, vu sa situation de précarité sociale et ainsi psychique, elle est dans un autre rapport au temps. Une forme de présent continu. Je veux dire par là que, se souvenir des moments passés est trop douloureux, qu'il faut parer à l'urgence, survivre et s'en sortir au jour le jour.

Les entraves sociales dans lesquelles elle est prise, empêchent l'accès au travail psychique que son médecin lui propose, cette dernière étant inquiétée par son état physique et psychique ainsi que par l'expression de son désir de meurtre.

Son médecin reste quand même un ancrage pour cette femme même si sa venue aux rendez-vous reste en partie aléatoire. Elle a actuellement un logement mais pour combien de temps ? Et elle dit peut-être revenir ultérieurement.

Pourra-t-elle saisir cette occasion et s'appuyer sur une aide psychologique éventuelle ?

La question reste posée...