

ACCUEILLIR L'AUTRE...CHEZ LUI !
Un paradoxe fructueux par Patrick Chaltiel

"IBORA IKASSO, INALA IKASSO"

Formule d'hospitalité Bambara: "tu es parti de chez toi et te voilà arrivé chez toi"

I) Vers une "décriture"

Les écrits ont parfois tendance à figer les processus expérientiels en les théorisants dans une ambition prédictive ou une prétention à la reproductibilité.

C'est pourquoi notre équipe s'est donnée, dans son travail d'écriture et de transmission, le principe d'une "décriture".

Il s'agit de décrire l'expérience quotidienne, en la rendant intelligible à un large public, à la fois spécialisé et profane, tout en évitant d'en tirer des conclusions gravées dans le marbre, mais plutôt cherchant à en éclairer les sous-jacences cliniques, épistémologiques et éthiques.

Car cette expérience exigeante, que nous persistons, depuis deux générations, à nommer "l'Accueil", métonymie d'une pratique plus large: celle du "Secteur de Psychiatrie", ouvre, avant toute chose, une porte sur l'imprévisible, l'effet papillon du chaos déterministe qui caractérise les interactions humaines.

Ainsi, je commencerai par vous raconter une expérience clinique éclairant la pratique de l'Accueil de l'autre souffrant, désigné malade.

La rencontre avec cette personne, à son propre domicile, où toute intrusion brutale eût été psychologiquement délabrante, illustre de façon claire que le lieu de l'Accueil, c'est le lieu de l'autre.

Cet Accueil chez autrui nous permet en effet d'éviter toute confusion entre la pratique clinique, que nous avons ainsi baptisée, qui est un art exigeant de la disponibilité psychique et ce que, de nos jours, nos autorités tutélaires nomment du même nom d'accueil et que j'illustrerai par cette petite caricature, à peine exagérée:

Exercice d'accueil et d'hospitalité, selon la méthode du «patient traceur» promue par notre Haute Autorité en Santé:

"Avez-vous bien vérifié et tracé dans le DPI que cet usager, (qui a passé 48h attaché sur un brancard aux Urgences, faute de lit), a bien reçu son livret d'accueil et son questionnaire de satisfaction?

Lui avez-vous posé la question de sa personne de confiance et de ses directives anticipées en cas de décès ou d'état végétatif".

Bon! Trêve de dérives ineptes du TST*, revenons à notre art clinique.

Voici donc l'histoire de nos rencontres d'Équipe de Secteur avec Mme B.

Madame B est signalée à l'Accueil de Bondy par la mairie. Elle aurait 67 ans. Elle vit seule, recluse dans un appartement complètement envahi d'objets et détritrus de toutes sortes, dont elle refuse de se séparer. Elle est veuve depuis 5 ans et le voisinage s'est alarmé de la dégradation progressive de son état physique et psychique.

Elle frise la cachexie, fait des chutes dans la rue, refuse qu'on l'aide, claquant la porte au nez de la sollicitude des voisins et des travailleurs sociaux et s'enferme dans un logis où elle n'occupe que les quelques mètres carrés de chambre restés libres, comme un minuscule îlot dans un océan d'ordures. Bref, "elle est, à n'en pas douter, folle!"

Proposition est faite par les services de la mairie d'une hospitalisation sous contrainte, assortie d'une « descente » des services de salubrité qui se chargeront d'évacuer l'appartement pour le rendre à un état d'habitabilité socialement acceptable.

Contre-proposition de l'équipe de secteur : un travail de crise à domicile pendant 2 à 3 mois.

Contact est donc pris, grâce à l'appui du voisinage après plusieurs essais infructueux. L'hypothèse de crise, construite au terme de quelques rencontres entre les soignants et Mme B. transforme la définition du problème et permet à la patiente d'adhérer rapidement au projet commun.

Cette hypothèse s'appuie, en effet, sur les mots de Mme B elle-même, mots validés par l'équipe soignante, qui s'engage à en respecter la valeur, transformant le discours sécuritaire en discours sécurisant. Mme B n'y est plus « une folle en danger, barricadée au cœur d'un océan d'immondices », mais « une petite fille triste abandonnée dans un océan de trésors ».

Suivra, pendant plusieurs semaines, à un rythme quasi quotidien, une noria de soignants de l'équipe de secteur, qui, chacun à son tour, reviendra de chez Mme B avec un objet dont Mme B a accepté de se dessaisir, après lui en avoir raconté l'histoire. Un jour : un vieil aspirateur hors d'usage, dans son carton d'origine, le lendemain un coffret de photos, le surlendemain, des fleurs séchées hors d'âge...

Ainsi d'objet en objet, de fragment en fragment, Mme B « recolle » son histoire éparpillée en la livrant aux soignants : son enfance dans un petit village d'Allemagne, sa rencontre avec son mari, l'exclusion et l'ostracisme dont elle fut victime dans sa belle famille, l'anorexie mentale, puis le suicide de sa fille, son seul enfant, la haine mutuelle qui en a résulté au sein de son couple, puis la maladie, le décès du maudit ... et le grand silence de mort qui s'en est suivi. Au bout du compte, Mme B, acceptant peu à peu de se dessaisir de ses trésors trouve, tout d'un coup, son appartement bien trop vide ... à l'image de ce qu'il reste de sa vie. Elle tente de se pendre... puis, se ravise et appelle l'Accueil. Elle demande alors à l'équipe de l'admettre pour quelques jours, à l'hôpital et de la soigner. Depuis, Mme B a basculé du côté de la vie et a quitté de son plein gré l'enfer de ses trésors de mémoire pour un studio proposé par le bailleur communal, où elle se sent dit-elle, comme la jeune fille fraîchement débarquée de son Allemagne natale.

Conditions

Un tel accueil et accompagnement de la personne en détresse psychique paraît, à le raconter ainsi, une chose simplissime, qui va de soi. Pourtant, il s'agit là d'une suite d'actes soignants d'une grande sophistication dans leur coordination, et conditionnés par quantité de conditions contextuelles.

- Il y faut, tout d'abord, une équipe motivée par un fort désir collectif de prise de risque et d'invention. Pour cela, il faut que cette équipe n'ait pas été trop maltraitée par une administration sadique et tatillonne, par un chef de service paranoïaque, cynique ou déprimé, par une impéritie du politique laissant s'installer une pénurie de moyens conduisant à une désertification des ressources humaines locales.

- Il faut aussi que cette équipe ait su maintenir, par des transmutations continues de ses lieux et méthodes de soins, l'idée fondamentale que le soin psy passe par le lien, et la proximité humaine, bien avant les murs ou les molécules.

- Il faut que cette équipe ait choisi de positionner au moins le quart de ses moyens humains en amont du soin, dans une écoute de la souffrance psychique d'où qu'elle vienne et par quelques biais qu'elle se présente.

- Il faut que cette équipe se soit ouverte sur son environnement, sur son écosystème citoyen, afin d'y repérer les ressources locales d'entraide et de soin (famille, médecins généralistes, services d'urgence, services d'aide sociale, réseau associatif, élus locaux... etc).

- Il faut que cette équipe se sente encouragée, soutenue et valorisée dans ses efforts par une réelle volonté politique de dé-stigmatisation, et d'intégration des personnes en souffrance psychique.

- Il faut que ce consensus médical, administratif et politique ne soit pas un simple discours démagogique, mais qu'il s'inscrive dans les faits, par des mesures concrètes et efficaces.

II) L'Accueil : "Soin Hors Diagnostic"

Le soin psychiatrique débute par la rencontre, dans la nature particulière de celle-ci.

Il ne faut pas se méprendre sur la nature de nos outils:

Ainsi, le DSM ou la CIM ne sont que Nomenclatures (instruments de transactions entre Autorités de Santé,, Assurances maladie et Industrie Médicale et Pharmaceutique) et non pas Nosographies médicales (instruments de consensus scientifique, de recherche, de transmission et de formation)

Aussi, quand nous prétendons donner toute sa valeur au soin d'accueil en tant que "soin hors diagnostic", nous n'y voyons nul renoncement à l'entreprise nosologique qui anime tout clinicien. Cette expression: "soin hors diagnostic" n'est pas de notre fait. C'est une proposition d'Allen Frances, l'un des concepteurs du DSM4...et des plus sévères critiques du DSM5.

Dépité par le résultat des DSM, qui ont conduit à une surenchère noso-maniaque et à une très mauvaise allocation des dépenses de santé, Allen Frances en vient à cette idée que face à l'inflation diagnostique produite, il faudrait revenir à la préconisation d'une démarche diagnostique déployée dans le temps permettant l'instauration d'un soin relationnel préalable à toute prescription.

Quant à nous, nous y voyons une démarche soignante que nous avons inaugurée dans les années 80 (le Soin d'Accueil et de Crise) fondée sur de tout autres bases: les pré-requis cliniques, éthiques et idéologiques du Secteur de Psychiatrie: rencontre de la folie "hors les murs", accueil de l'autre au lieu où il se trouve, démarche soignante préalable à tout diagnostic médical, accessibilité et précocité des soins, continuité d'attention aux patients et à leur contexte humain, pédagogie territoriale intégrative.

Cette démarche serait donc, de surcroît, économiquement avantageuse (ce qui ne g^oâte rien en période de vaches maigres...)

Quelle est la nature de cette rencontre, qui lui donne un statut de soin à part entière, qui marquera et déterminera tout ce qui suit.

S'il s'agit d'un soin, c'est qu'au delà de l'humanité de ce premier contact, l'Accueil exige aussi une grande technicité.

Il n'est ni spontané, ni intuitif d'accueillir en soi le psychisme souffrant, désigné malade, d'un autre.

Dans quel registre se situe ce soin. Pour clarifier ce point, il nous faut faire un détour par la Médecine en général.

Notre évolution sociétale accentue une dualité voire un clivage éthique et épistémologique entre deux courants, au sein desquels la souffrance subjective ne tient pas la même place:

En médecine, ces deux axes sont portés par deux conceptions, selon les époques complémentaires ou divergentes, alliées ou concurrentes, du métier:

1- La médecine "d'Assistance", humanitaire et humaniste, qui met au premier rang de ses préoccupations la personne souffrante et son soulagement: le mot d'ordre en est la consigne d'Ambroise Paré, l'un des ancêtres mythiques: "guérir?...parfois. soulager?...toujours!"

C'est de cette médecine, qui réunit sous sa bannière: la médecine humanitaire, la prise en charge des pathologies longues et chroniques, le soin palliatif, la réduction des risques,..., qu'est issue la Psychiatrie (rappelons le "rapport d'assistance" des hôpitaux psychiatriques, complétant les rapports de Neurologie et de Psychiatrie jusqu'à l'avant guerre).

Elle est exposée, dans ses excès d'humanisme:

- aux risques de frontières peu claires
- à une technicité parfois imprégnée de moralisme, voire d'une dimension mystique,
- à un manque d'évaluation rationnelle de ses méthodes et de ses résultats, au profit du "cas par cas" et au détriment de la statistique.

2- La médecine Scientifique, pour laquelle la souffrance du patient n'est que symptôme utile au diagnostic, et surtout pas objet premier du soin (Curing).

Cette dernière devient parfois caricaturale et contreproductive dans ses prétentions et ses excès, qui confinent parfois au scientisme plus qu'à la scientificité: "évidence based médecine", obligation de résultat...quand bien même le malade en mourrait! (Comme l'a dit Henri Michaux dans son livre «Equador»: "il est de ces maladies, si on les guérit, de l'homme il ne reste rien"), traçabilité, subordination au "consensus statistique" au détriment de l'art du "prendre soin" (Caring) et de la "réduction des risques" (Coping).

Dans cette seconde acception, le rapport au malade et à sa souffrance n'est pas objet d'enseignement et est laissée à l'appréciation et à la dimension humaine (fut-elle totalement absente) de chaque professionnel.

Le contre feu en est "l'empowerment" politique des "usagers", légiférant, voire judiciarisant le rapport soignant-soigné afin de lui garantir un minimum d'humanité face aux dérives d'une technicisation froide du soin.

Ces deux courants sont partie constituante de la médecine: comme les deux serpents du Caducée: un entrelacs de Science de la nature et d'Art de la relation de Soin.

Ce dualisme structurel ne devient dysfonctionnel que lorsque le rapport entre ces deux composants se hiérarchise et que la dimension relationnelle du soin se trouve, comme souvent à notre époque, reléguée, dévalorisée, voire réprimée, au nom d'un scientisme qui n'est que le masque d'une doctrine économique utilitariste.

La question de l'empathie et de la souffrance portée, non seulement inéluctable, mais part intégrante du soin, se trouve alors non reconnue, voire disqualifiée par une idéalisation pseudo-rationaliste, au sein de laquelle les affects et émotions des soignants sont traitées comme des déjections encombrante ou des "événements indésirables".

Il va sans dire que la hiérarchisation inverse est également délétère et toute négligence aux grandes avancées des Neurosciences ou de la Psychologie scientifique, sous prétexte d'un subjectivisme érigé en dogme, ramène la Psychiatrie à la médecine de Molière!

L'Accueil psychiatrique, s'il privilégie, dans son premier temps, l'intérêt pour la personne en souffrance et le souci pour la qualité relationnelle de l'échange (loyal, empathique, optimiste...), plus que la nature de la « maladie » en cause, n'en constitue pas moins une démarche diagnostique qui sera d'autant plus fine et performante que partagée par le patient lui-même, d'autant plus intéressé à cette démarche qu'il s'en ressent l'acteur et non l'objet.

III) Quelle réponse à l'Urgence Psychique inter-Subjective ?

C'est autour de la réponse à la question de l'Urgence qu'est né le concept de l'Accueil.

- L'Urgence psychiatrique est rarement une urgence vitale objective, mais plus souvent une situation collective de stress entraînant un « vécu d'urgence intersubjectif » ayant valeur de « prédiction auto réalisatrice ». C'est ce dernier terme (non reconnu par certains de nos prédécesseurs qui énonçaient : « il n'y a pas d'urgence psychiatrique ! »), qui justifie une réactivité immédiate à ce « vécu », car sa non reconnaissance produit une escalade conduisant souvent à un réel danger.

- L'urgence psychiatrique est donc autant une urgence contextuelle qu'un trouble individuel engageant un pronostic vital.

La réponse adaptée doit, en conséquence, être dirigée autant vers l'individu que vers son environnement humain. Cette conduite est à l'opposé de l'urgence somatique dans laquelle la séparation entre l'individu souffrant et son proche entourage facilitera la prise en charge intensive et la « distance professionnelle » nécessaire à la mise en œuvre des protocoles diagnostics et thérapeutiques adaptés.

- En tant que traitement contextuel, la conduite à tenir face à l'urgence psychiatrique ne peut être « protocolisée » (contrairement à l'urgence somatique) ni répondre à des conduites réflexes automatisées (qui constituent la base du savoir-faire de l'Urgentiste d'expérience)

- La construction collective d'une hypothèse de crise et d'une conduite à tenir s'inscrit, par ailleurs, dans une tout autre temporalité que celle de l'Urgence médicale. Pour cette dernière, la priorité est le diagnostic immédiat et le traitement extemporané des dysfonctionnements mettant en jeu la survie, immédiatement suivi de l'orientation du patient vers un service de suite adapté à la prise en charge de la pathologie diagnostiquée.

Pour l'Urgence psychiatrique, au contraire, la négociation des premiers soins sera conditionnée par l'obtention d'une alliance, d'un consensus minimal, qui peut nécessiter de nombreuses rencontres avant qu'une orientation thérapeutique soit choisie. L'Urgence devient ainsi le PRE-TEXTE du Soin.

- L'efficacité du soin qui s'en suivra tiendra autant à l'efficacité thérapeutique du traitement choisi qu'à la qualité des échanges qui ont précédé son instauration. En ce sens, la fameuse « compliance » au traitement doit être conçue, en psychiatrie, comme un échange dialectique : une caractéristique de la relation et non pas du malade. Pour obtenir la compliance du patient, le soignant ne peut se contenter d'une prescription émanant d'un savoir prétendu scientifique et incontestable, mais doit se montrer, lui aussi, compliant aux croyances, aux convictions, aux doutes et aux appréhensions du patient et de son groupe humain.

- Enfin et toujours au chapitre des différences, le passage entre le temps de l'Urgence et celui d'un soin à plus long terme ne doit, en aucun cas constituer une rupture des liens construits au cours de ce premier temps de rencontre, souvent « hémorragique » en termes de transfert et de contre-transfert, mais au contraire une transition très prudente et progressive, impliquant un dialogue approfondi et prolongé entre les acteurs de l'urgence et ceux du soin ultérieur.

Si ces différentes conditions, complexes et peu compatibles avec le style et le rythme de travail d'un SAU d'hôpital Général, ne sont pas mises en œuvre avec un soin particulier, on aboutira au résultat d'une iatrogénie de la hâte. Une entrée dans les soins traumatique, non négociée, désobjectivée sur le mode de l'automatisme ou du systématisme, conduira le plus souvent à une perception dramatique et à un rejet du soin psychiatrique par le patient et par ses proches, induisant une attitude de repli. Ceci expose à une aggravation du délai de mise en œuvre d'un soin, dont l'épidémiologie a prouvé que la précocité constituait un facteur essentiel d'amélioration du pronostic des pathologies psychiques. Trop de hâte peut donc conduire paradoxalement à un retard préjudiciable.

En dernier lieu, il nous faut souligner un fait général, bien connu de tous les urgentistes, mais particulièrement crucial en psychiatrie. C'est que les urgences sont comme une baudruche : plus on souffle dedans, plus elles enflent en volume. Ceci peut conduire à une véritable perversion du système de santé : le déplacement des moyens vers l'urgence créant une saturation auto entretenue de celles-ci par la carence des prises en charge d'aval, conduisant ainsi à une escalade sans fin et un emballement.

Or, si les contours et les limites de l'urgence somatique sont relativement définies, ce n'est pas le cas des urgences psychiatriques qui peuvent devenir, si l'on n'y prend garde, le déversoir de toutes les misères, les violences et les exclusions, conduisant à la psychiatrisation abusive de toute souffrance psychique et de tout conflit ! Ainsi, à l'hôpital général, la tentation est grande, pour les équipes somaticiennes, de se défausser sur la psychiatrie d'urgence de tous les aspects de psychologie médicale inhérentes au soin et partie intégrante de toute pratique thérapeutique.

Pour toutes ces raisons, la psychiatrie d'urgence nécessite un espace propre, inscrit dans une logique de Secteur Psychiatrique, développant, à l'égard des urgences générales, une disponibilité sans faille, mais non pas une inféodation.

La pratique de « l'accueil psychiatrique », forme la plus aboutie de la psychiatrie d'urgence, gardera ainsi toute liberté de réponse à la demande, à son rythme propre et selon ses modalités, subversives à l'égard de la mécanisation ultra technicisée qui constitue le piège déshumanisant de l' « urgentisme ».

Sa fonction est autant de déconstruire l'urgence, sans précipitation ni brutalité, que de mettre en œuvre une pédagogie du dialogue et de l'échange humain, au bénéfice de tous les protagonistes impliqués dans son contexte.

Nous insistons donc sur deux constats d'expérience :

- 1) L'Urgence psychiatrique présente des spécificités qui la rendent inassimilable à l'urgence Médico-Chirurgicale, dans sa nature, dans sa temporalité et dans l'organisation de sa prise en charge. Elle doit donc en être distinguée, en termes d'espaces, de rythmes et de pratiques soignantes.
- 2) L'urgence psychiatrique est indissociable de la continuité des soins. Les acteurs de l'un et de l'autre doivent être organiquement et fonctionnellement proches et étroitement connectés.

Ces deux constats peuvent être déclinés sous des formes diverses en termes de dispositifs, selon les spécificités sociologiques et les moyens en équipement sanitaire et social de chaque secteur...et non pas sous une forme standardisée, rigide et clivée du contexte d'exercice.

IV) L'Accueil comme métonymie du "Secteur psychiatrique":

Soin et Santé Publique

Notre "médecine de la liberté"(comme Henri Ey rêvait la psychiatrie)...qui pratique, à contrario, la contrainte, notre médecine de l'émergence subjective...qui pratique, à contrario, l'adaptation sociale...ne vont pas sans violences, quand leurs inéluctables contradictions ne sont pas mises en débat.

Pour exemple de contradiction, prenons le défi fondateur de la Psychiatrie de Secteur: Soin ET Santé Publique Territoriale par la même équipe. Il y a là tension éthique. L'éthique du soin (un contrat privé de maximisation des chances pour chaque patient) n'est pas celle, nécessairement utilitariste, de la Santé Publique. Au pire, cette tension éthique devient source de conflits et de clivages. Au mieux, elle devient au contraire source d'une dynamisation mutuelle de ces deux aspects de notre mission qui se veut humainement holistique.

Une unité d'Accueil est au centre de cette tension car ses missions plurielles (toute entrée urgente dans le soin,toute rupture de continuité du soin, tout appel de détresse, toutes demandes d'appui, d'assistance...ou de simple présence) imposent sans cesse une hiérarchisation et des choix prioritaires...tout en sachant être suffisamment disponible à chacun !

De l'Accueil de l'urgence au travail de crise : continuité du soin

la continuité des soins peut être la meilleure ou la pire des choses, la plus douce ou la plus violente, la plus réconfortante ou la plus désespérante. C'est pourquoi je lui ai toujours substitué, dans mon éthique personnelle la continuité DU soin... Ou continuité d'attention.

Comment transmettre à nos patients le sentiment d'une continuité dynamique, d'une temporalité en mouvement, d'un franchissement d'étapes de vie, par opposition à une continuité mortifère du registre de l'a-chronie (souvent baptisée, à tort, "chronicité"), ou l'éternelle répétition du même, du rituel, de la routine, fait violence et ne laisse place qu'à la "pulsion de mort".

Continuité et discontinuité, en opposition dans le champ du langage, sont, en réalité, dans le champ existentiel, les deux faces de la même pièce, à l'instar de nombre d'antonymes langagiers, tels par

exemple: "autonomie" et "appartenance" (ou même, vie et mort), qui constituent autant de pièges, séparant et opposant, au niveau symbolique, ce qui, dans l'existence, s'intrique et ne peut aller l'un sans l'autre.

Faute d'une lecture ainsi complexifiée de la notion de "continuité des soins", c'est à des "ruptures" que nous exposons nos malades, ruptures en général péjoratives, mais que nous devons comprendre comme l'irruption salutaire de la vie, en réaction à une "pseudo-continuité" linéaire et dévitalisante. La rupture est ainsi, dans nombre de cas, le signal, à prendre en compte par le soignant, d'une "continuité" mal conçue, désespérante car perdant toute valeur vitale par la disparition radicale de son antonyme.

C'est dans ces moments de rupture que le rôle de l'Accueil est, entre autres, crucial. Il faudra comprendre ce qui, de la continuité précédente, s'est rompu, et proposer de nouvelles formes de continuité plus dynamiques du soin.

Pour ce faire, il faut savoir passer de l'Accueil de l'urgence (dé-construction) au travail de la Crise (bifurcation).

Le moment de cette transition est à saisir...ni trop tôt, ni trop tard, mais précisément celui où l'intérêt pour la relation de soin prend le dessus sur le déni, la peur, le refus. Le moment où le soin peut être contractualisé.

La démarche du travail de crise est délibérément réductrice, mais dans le même temps, paradoxalement complexifiante.

- Elle est réductrice car elle s'organise autour d'une hypothèse de crise : amorce d'un contrat de soin, objet partiel transitionnel, construit par résonance entre l'équipe de crise, le patient et son entourage, exigeant une participation active de tous les protagonistes.

C'est une métaphore (image transformante, trait d'humour,condensation) qui provoque une surprise, un intérêt centré sur un enjeu partiel. Elle permet ainsi un regain de coopération autour d'un objectif apparemment restreint dont la fonction est de restaurer l'espace transitionnel de la relation de soins.

- Elle est complexifiante car elle cherche à intégrer des composantes contextuelles jusqu'alors ignorées, négligées ou abandonnées en s'appuyant sur l'entourage du patient (famille, amis proches, médecin généraliste, tuteur ou curateur légal, intervenants sociaux...) et sur son histoire propre.

Sa dynamique se décompose en 3 phases :

- L'interaction de crise (premiers contacts : quelques heures ou jours : construction d'une hypothèse, d'un plan de travail)

- L'élaboration de crise, transformation des tensions associées à la rupture de l'homéostasie préexistante en propositions d'alternatives nouvelles ouvrant à de nouveaux choix.

- La conclusion de crise, construction d'une conclusion formulable et transmissible : ce qui a changé entre l'avant et l'après.

- On peut ajouter à ces 3 phases les deux « passages » (initial et final) qui constituent deux événements d'une importance majeure car c'est l'écart entre ces deux transmissions qui mesure l'efficacité de la démarche et l'évolution permise par le travail de crise.

V) En conclusion

Le travail de l'Accueil, en psychiatrie, est un chemin étroit, bordé de deux précipices:

" l'urgentisme pompier" d'un côté, aux conséquences souvent traumatiques...et « l'attentisme asilaire » de l'autre.

L'Accueil est une pratique de déconstruction active de l'urgence, redéfinie en crise, individuelle et collective, par l'élaboration conjointe (soignant, patient, entourage) d'une "hypothèse de crise": socle de l'alliance thérapeutique.

Ce qui signera sa qualité, c'est le fait que le patient en sorte avec le sentiment d'un intérêt pour ce qui se passe en lui, intérêt réduisant progressivement l'impact traumatique de l'angoisse, et son cortège

défensif de déni et de fuite. Et que cet intérêt se confirme et se renforce tout au long de la séquence des soins d'accueil (séquence brève, mais intense).

Il est conditionné par :

- La prise en compte immédiate du « sentiment d'urgence » vécu par le patient, la famille, le médecin généraliste ou tout autre personne concernée.
- La recherche de confiance et le refus de tout « primat de la contrainte », si redoutée de qui se débat dans les filets de la folie.
- Une réponse sans hâte, mais intensive, au sentiment d'urgence par des contacts relationnels quotidiens permettant d'amorcer une contractualisation du soin.
- Une approche contextuelle (invitation de participation au soin faite à la famille, au médecin généraliste, à l'environnement social)

*TST: "Tétrapode Sociétal Totémique": Un animal totem de nos sociétés modernes et développées . Il a surgi de l'effondrement du dualisme idéologique Marxisme VS Capitalisme qui caractérisait la 1^{ère} partie du 20^{ème} siècle, jusqu'à la chute du bloc soviétique. Le monisme idéologique "social-libéral" qui s'ensuit à donné le jour à cet ersatz an-idéologique que constitue le Tétrapode:

Un animal à quatre pattes, comme son nom l'indique.

Ces pattes sont quatre principes:

- le principe de simplification: hostile aux détours et paradoxes de la "pensée complexe"
- Le principe de transparence: hostile à l'intime, au privé, à la confiance, suspecte de collusion corruptrice
- Le principe de précaution: visant le risque zéro
- Le principe d'auto-évaluation continue: dévitalisant toute improvisation

Il a une tête: "l'obligation de résultat" et une queue: "la traçabilité"

Il se nourrit de pensée, qu'il digère et transforme en les excréant, au pôle caudal, sous forme de tableaux Excel, de protocoles et de procédures.