

Le souci quotidien de l'accueil

« Il existe dans la plupart des maisons où sont reçus les aliénés des dénominations humiliantes... Je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offrit à l'esprit aucune idée pénible, je voudrais qu'on les nommât asile », écrit Esquirol en 1818 (1). Près de deux cents ans plus tard, cette question de l'asile et de l'accueil de la psychose reste une préoccupation première des soignants.

TROP D'« ACCUEIL » TUE L'ACCUEIL ?

C'est un mot d'une grande banalité. L'accueil ! Ce terme prolifère. Depuis quelques années, son usage se généralise pour désigner des dispositifs où sont reçues des personnes en difficulté d'existence : les migrants, les sans-domicile-fixe, les femmes battues, les enfants maltraités ou encore les malades. Centre d'accueil d'urgence, centre d'accueil temporaire, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre d'accueil de jour... J'ai tendance à penser que la prolifération d'un mot dans les organisations de soins ou autres est inversement proportionnelle à la possibilité de mise en œuvre de ce qu'il désigne. Prenons par exemple la qualité, l'évaluation ou encore la bienveillance, qui sont aujourd'hui des mots d'ordre dans les hôpitaux. De ce

fait, ils sont mesurés à la lumière de critères « objectifs », formels (telle info est-elle accessible pour le patient ? telle case a-t-elle été cochée ? tel document signé ?...). Finalement, on évalue la chose soi-disant faite mais pas la manière dont elle a été faite. Or, V. Jankelevitch nous rappelle que « la manière de donner vaut mieux que les dons, la manière de dire vaut mieux que les mots... Et tout de même la façon de faire est infiniment plus que la chose faite » (2).

Dans un contexte où le mot vaut d'être prononcé ou inscrit comme un slogan, il perd de sa valeur signifiante voire, pour paraphraser Lacan, il constitue en soi le meurtre de la chose qu'il désigne (3). Ainsi, la mise en avant de certains termes vient souvent masquer une réalité inverse et fait alors peser le manque ou la carence sur ceux qui sont directement aux prises avec le quotidien des institutions, à l'hôpital : les infirmiers, les aides soignants ou les éducateurs.

Selon des membres de la chaire de philosophie de l'Hôtel-Dieu à Paris, l'hôpital subit, comme tant d'autres services publics ou privés, des procédures de rationalisation organisationnelle qui produisent, comme corollaires à la performance attendue, des dysfonctionnements considérables en termes d'épuisement professionnel et de réification des soignants et des patients (4). Ce terme de réification est particulièrement fort puisqu'il désigne la transformation d'une relation humaine en chose. Les éléments relationnels, forcément subjectifs et mouvants, se voient figés, quantifiés et, dans

L'accueil est à penser comme un processus enraciné dans la vie quotidienne. La mise en place de protocoles est donc inopérante, puisqu'ils supposent un même procédé répliquable.

Arnaud BOEGLIN

Psychologue, Centre psychothérapique de l'Ain.



un certain sens, marchandisés. La maltraitance pointe son nez.

Il suffit pour s'en convaincre d'entendre les propos des infirmiers qui manifestent leur souffrance depuis plusieurs années. Ce qu'ils dénoncent en premier, c'est le sentiment qu'ils ont de maltraiter les patients, par manque de temps et excès de charges administratives : « *Je donne les traitements, je fais les pansements mais je n'ai pas la possibilité de rester quelques minutes au chevet d'un homme qui pleure ou qui est angoissé pour parler avec lui, alors on lui donne un anxiolytique s'il est prescrit!* » Qu'en est-il de l'accueil? Dans ces conditions, peut-on vraiment dire que le patient est au cœur du soin?

Ces dernières années, plusieurs hôpitaux psychiatriques ont fait l'objet de visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL, 5), qui a pu ainsi dénoncer des pratiques inhumaines et dégradantes. L'usage systématique dans certains services de mesures de contention et d'isolement fait encore régulièrement la Une des médias. À juste titre!

Une dérive est à l'œuvre. La diminution conséquente du nombre de lits en psychiatrie depuis 1990, des drames qui ont fixé des peurs (à Pau, Grenoble ou Marseille, 6), des prises de position politiques favorisant la mise à l'index de certaines catégories de personnes, des choix managériaux et de formation des professionnels... un ensemble de paramètres ont mis à mal les approches « humanistes ».

LA PEUR DU FOU...

Cependant, ne restons pas figés dans un discours plaintif et des lamentations stériles. « *C'était mieux avant* »... n'est pas garanti! Ainsi, les phénomènes de maltraitance des patients psychiatriques ne datent pas d'hier et ne sont pas le propre de l'Occident. Ils sont, à mon sens, le signe que le travail avec certains sujets, psychotiques notamment, est souvent difficile et parfois très éprouvant. Ce travail peut nous confronter à des situations littéralement intolérables, d'autant plus que cet intolérable est susceptible de trouver un écho en nous, en stimulant des zones de notre psychisme que nous préférons continuer à méconnaître. Dans son article *La Peur du fou* (7), Jacques Hochmann tente de saisir les mécanismes psychiques à l'œuvre dans la difficulté à être en relation avec des

patients psychotiques dans un lieu ouvert, ceux opérant chez les patients et ceux de défense mis en place par les soignants. Accueillir la folie, c'est accueillir l'humanité dans ce qui la caractérise peut-être le plus. « *L'être de l'homme*, disait Lacan, *non seulement ne peut pas être compris sans la folie, mais il ne serait pas l'être de l'homme s'il ne portait en lui la folie comme la limite de sa liberté* » (8). La peur évoquée par Hochmann est-elle alors celle d'une contamination, qui nécessiterait une mise à distance? L'enfermement serait une tentative de mettre le sujet fou sous cloche, pour l'observer *in vitro*...

Face à ces difficultés, la notion d'accueil doit être mise en travail pour désigner non pas un lieu ou une procédure mais un processus, une certaine façon d'être présent et de répondre à cette question essentielle d'Oury, « *Qu'est-ce que je fous là?* » (9) L'accueil est ainsi un processus jamais abouti mais dont il faut avoir le souci au quotidien. En d'autres termes, l'accueil n'existe pas en dehors des séquences où quelque chose de cet ordre se produit entre deux sujets... quelque chose qui a à voir avec le transfert.

SOIGNER L'AMBIANCE

La notion de cadre peut nous aider à penser cet accueil. Ce terme revient en permanence dans nos institutions, pour définir finalement l'ensemble des restrictions et obligations imposé à un sujet lors de son hospitalisation, qu'il s'agisse d'horaires, de privation des moyens de communication, des effets personnels, de la capacité à se déplacer, d'activités auxquelles il convient d'assister... Le cadre paraît parfois littéralement « fétichisé », investie comme l'alpha et l'oméga des prises en charge. Il serait une sorte de pare-excitation externe protégeant les soignants des ravages provoqués par la rencontre avec certains patients psychotiques. Il paraît intéressant de travailler cette notion un peu autrement, de la tordre vers une autre direction.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, est né le mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Les psychiatres Daumezon, Koechlin, Oury à La Borde ou Tosquelles à Saint-Alban soulignent la nécessité, quand on reçoit des sujets psychotiques, de prendre en compte l'environnement institutionnel et de soigner l'« ambiance » ou les « entours » des soins (terme que Oury a prélevé dans une



thèse sur le poème médiéval le Roman de la rose). Alfredo Zenoni, psychanalyste en Belgique, évoque quant à lui l'« *atmosphère* » des services comme étant un élément à prendre en compte dans le traitement de ces sujets (10). Aujourd'hui, nous avons « le cadre », terme suffisamment polysémique pour considérer aussi l'environnement des soins. Il s'agirait donc de soigner ce cadre, de concocter les possibilités d'un paysage, à condition que ce paysage soit ouvert. C'est Maldiney qui nous rappelle qu'il n'y a pas de lieu sans « ouvert ». Nous sommes là au cœur de la question qui traverse actuellement la psychiatrie (11). Si nous y réfléchissons un peu, nous, les « normopathes », si nous éprouvons un tant soit peu de sympathie, on imagine bien que ce n'est pas la même chose d'être attaché à un lit, enfermé dans une chambre, ou d'avoir la possibilité de circuler dans un espace ouvert et organisé de manière à ce que quelque chose de l'ordre de la rencontre soit possible. J'aime beaucoup le terme de « *jachère* » que proposait Oury (12) pour décrire ces lieux ou ces temps où quelque chose peut advenir.

Il conviendrait donc de mettre en œuvre les conditions pour que de tels espaces existent dans les institutions, pour que quelque chose d'animé émerge de l'humus



(humus, humain, humanité... ont une étymologie commune). La psychothérapie institutionnelle prône qu'il faut soigner l'institution. Il faut faire le ménage chez soi avant d'accueillir quelqu'un... tout le monde le sait! Pour Oury, être psychiatre signifie d'abord être un balayeur et un pontonnier (13) (la possibilité d'un pont c'est la possibilité d'un lien) et je rajouterai qu'il doit aussi être paysagiste! Faire le ménage pour aseptiser l'espace institutionnel autant que faire se peut, afin de nuire le moins possible à ceux qu'on accueille, ceux qui finalement sont nos hôtes. Il suffit pour cela de se référer à l'étymologie du mot hôpital qui renvoie directement à la notion d'hospitalité. L'hospitalité, l'accueil de l'autre, selon le philosophe Emmanuel Lévinas, définit la subjectivité et éclaire la notion de responsabilité envers autrui (14). Toujours dans le contexte de la psychothérapie institutionnelle, Jean Oury a élaboré le concept de « transfert dissocié » (15) pour rendre compte de la spécificité du transfert dans la schizophrénie, qui ne transfère pas sur une seule personne, comme le psychanalyste dans une cure-type, mais sur différentes figures (soignantes ou non) présentes dans l'institution. Gardons aussi cette perspective à l'esprit pour mettre en œuvre des modalités d'accueil adaptées.

VIGNETTES CLINIQUES

Comme je le disais en préambule, les infirmiers et aides-soignants à l'hôpital, les éducateurs dans d'autres structures médico-sociales, sont en première ligne de l'accueil. Ils reçoivent ceux qui arrivent, le tout-venant, et accueillent la détresse ou l'agitation. Je dis agitation pour des raisons précises. Ce terme était largement utilisé au début de ma pratique hospitalière. Petit à petit, le vocable de violence lui a été substitué. Or, ce n'est pas du tout la même chose. Le terme d'agitation, même s'il n'est pas très précis sémiologiquement, laisse entendre que celui que l'on reçoit est sous l'emprise de quelque chose de non-maîtrisable, qui le dépasse et dont il est l'objet. Ce « quelque chose » ne nous vise pas, nous ne sommes pas la cible de ce qui agite le patient. Le terme de violence génère d'autres représentations, dont vont découler des modalités de prise en charge nécessairement plus coercitives. On ne traite pas un agité comme on traite un violent.

• Rosa. « Mais c'est où, chez moi ? »

Rosa, la quarantaine, a toujours vécu en institution. L'orphelinat, l'institut médico-éducatif (IME), puis l'hôpital psychiatrique. Elle souffre d'une psychose infantile et pourrait passer pour une personne déficitaire si elle ne présentait pas de manière récurrente des crises clastiques témoignant de son intranquillité quant à l'Autre. Malgré son long parcours institutionnel, le travail acharné de l'équipe infirmière a permis de construire avec elle un projet de vie dans un appartement situé à proximité de l'hôpital, chose a priori inimaginable!

Le jour de la remise des clefs, Rosa se rend avec son infirmière référente au rendez-vous. Le propriétaire lui remet les clefs et part. Rosa semble perdue. Une sorte d'angoisse monte, que l'infirmière saisit dans une sorte de *praecox gefuhl* (16), qui lui fait se rapprocher de la patiente et l'interroger sur ce qui se passe. Et Rosa de répondre : « *Mais c'est où, chez moi ?* »

Sans plus poser de questions, l'infirmière lui prend la main et lui répond : « *Viens, je vais te montrer.* » Elle lui fait faire le tour de l'appartement en lui faisant toucher les murs, fenêtres et portes qui délimitent cet espace nouveau pour elle. C'est le corps qui est en jeu ici. Un corps mal foutu, marqué par le

morcellement. L'infirmière l'a compris et son geste permet d'apaiser l'angoisse qui monte chez Rosa. Une main dans la main, un corps à corps enveloppant, un acte qui dessine l'espace, le paysage domestique.

C'est un détail... un presque rien, mais nous pouvons convoquer à nouveau Vladimir Jankélévitch pour nommer ce qui se joue dans cette séquence et qui constitue l'accueil au quotidien.

Il s'agit presque d'une épistémologie de la connaissance et de ce autour de quoi peut s'opérer la rencontre. Chez Jankélévitch, pour connaître, ce n'est pas tant l'objet qui compte, mais bien notre manière de l'approcher. La vérité, nécessairement subjective, consiste en un indicible qu'il nomme « je ne sais quoi ». Une étincelle, une apparition-disparaissant qui se manifeste dans ces « presque rien » sans lesquels il manque tout (17).

La clinique se localise ainsi dans des éléments parfois très discrets, des « choses de finesses », pour paraphraser Jacques Alain Miller (18).

• Nora. « Vous m'en voulez, hein ? »

À 36 ans, Nora fréquente l'hôpital de jour mais il lui est compliqué de s'y rendre quotidiennement. Sur le trajet, les croassements des corbeaux l'agressent, ils se moquent d'elle, elle y entend des injures. Une voiture qui se singularise par sa couleur ou sa vitesse lui signifie que quelque chose la concerne. Une carte postale représentant un chien génère l'impression d'être poursuivie par une meute hurlante...

Au CMP, je la reçois en entretien. Nora évoque les moments où la ventilation de son appartement lui parle... c'est juste un souffle, très discret, qui s'adresse à elle. Elle va démonter son installation pour tenter de voir qui parle.

En fait, tout lui parle... Elle est l'objet d'un Autre méchant et persécuteur. Cette situation rend très périlleuse sa présence à l'hôpital de jour. Rapidement persécutée par les autres patients, Nora peut s'enflammer, hurler, crier à l'injustice parce qu'untel a changé de chaîne de télévision ou s'est installé sur « son » fauteuil.

Le travail des infirmières est délicat. Comment faire avec ce qui semble parfois relever du caprice? « *Pourquoi lui il a plus de frites que moi? Parce que vous m'en voulez hein ?* »

Au quotidien, les soignants doivent se distancier de ce qui apparaît comme des revendications injustifiées, et reprendre le fil clinique. Ce travail de dentellière nécessite d'être soutenu institutionnellement, *via* la fonction phorique (19). Cette notion montre qu'il faut soi-même être porté pour pouvoir porter autrui. Je reçois Nora une demi-heure par semaine, pour essayer de l'aider à se dépendre de cet Autre... Ce n'est rien face aux six heures quotidiennes des infirmiers, qui parviennent à lui éviter l'hospitalisation à temps plein. Ça, c'est de l'accueil ! Un accueil qui doit s'élaborer dans le quotidien de la rencontre.

• Tristan. « Je suis bloqué »

À son admission à l'hôpital, Tristan est placé en chambre d'isolement. Difficile pour tout le monde, mais sûrement et surtout pour lui-même. Selon l'équipe, il refuse tout. La moindre sollicitation rencontre son opposition. Prendre un repas, sortir ou entrer dans sa chambre, se doucher... tout est matière à conflits et entraîne une violence dont tout le monde souffre.

On en parle beaucoup en équipe, quotidiennement.

Finalement, je décide de le rencontrer avec une infirmière. J'entre dans la chambre d'isolement, et m'assieds à sa gauche. L'infirmière prend place à sa droite. Je me présente et lui dis que je viens le voir parce qu'on a parlé de lui avec les soignants et que tout semble très compliqué. Quand j'évoque ces difficultés, Tristan murmure : « *Je suis bloqué.* »

Quelques instants plus tard, il dit avoir soif. L'infirmière se lève et va lui chercher un verre d'eau. Nous constatons tous les deux que la main de Tristan se tend pour saisir le verre puis s'arrête à quelques centimètres de celui-ci. Comme une fulgurance, sans même m'en rendre compte, je m'entends dire : « *eh toi, la main, prends donc ce verre* ». La main de Tristan prend le verre et il parvient à le boire d'une traite.

Par la suite, différents membres de l'équipe parviendront à se saisir de cette observation. Ils « parlent » aux jambes du patient pour l'aider à franchir le gouffre que semble représenter un seuil de porte ou un simple joint de carrelage. Cette illustration pointe l'importance du détail. Il a suffi d'un moment, d'un « je-ne-sais-quoi » pour aboutir à ce

« presque rien » qui permet à Tristan de boire un verre ou de mettre un pied devant l'autre.

Tristan ne s'opposait pas, il avait juste besoin de « se brancher » sur un autre pour remobiliser son corps. Les signifiants de l'autre lui étaient indispensables pour mouvoir ce corps désertifié par le langage.

• Claire ou l'ironie de l'existence

Claire, qui souffre de schizophrénie, fréquente l'hôpital de jour depuis un an. Les premiers mois, elle est « morte » et trimbale sa tristesse, son mal de vivre et son aboulie (20). Rien ne l'émeut, jusqu'à ce qu'elle soit contrainte de déménager. Elle est relogée dans un appartement de transition et « la galère » commence.

Claire s'anime. Elle met l'équipe de l'hôpital de jour en difficulté par la multiplicité de ses initiatives. Elle drague sur des sites internet, se met à jouer au rugby et trouve un emploi précaire de revendeuse de produits de beauté. Elle utilise Facebook pour son activité commerciale et le fait depuis des ordinateurs mis à disposition par l'institution. Elle trouve même quelques clientes parmi les patientes...

Les infirmiers s'en aperçoivent et la rappellent à l'ordre. Rien n'y fait. Claire répond « *oui oui* »... mais reste connectée sur l'ordinateur ou son portable.

Nous évoquons cette situation en séance d'analyse de la pratique. Je m'attends un peu à des propos dénonçant cette situation, eu égard à l'idée qu'elle est injuste pour les autres qui eux se soumettent à la règle ! Pas du tout. Bien sûr, quelques récriminations timides surgissent. Mais globalement ce qui prédomine c'est une sorte de compréhension éclairée.

Car Claire, comme beaucoup de sujets schizophrènes, doit composer avec un Autre inconsistant. La règle, pour elle, c'est du baratin, du vent ; elle ne peut s'y soumettre puisque cette règle est de l'ordre de l'inconsistance du discours établi. Claire est dans l'ironie face à ce qui règle les rapports à la réalité. Alfredo Zenoni nous indique « *qu'il s'agit d'un excès de réalisme... ce n'est pas que le sujet ne perçoive pas la réalité telle qu'elle est, c'est plutôt qu'il expérimente, trop sans doute, la structure d'inexistence de ce qui constitue cette réalité. Les règles, les convenances,*

tout le registre symbolique de la vie humaine apparaît comme foncièrement vide, inconsistant. » (21)

Ce positionnement de l'équipe infirmière témoigne d'une pertinence très fine quant aux ressorts de la clinique à laquelle ils sont confrontés. Cette grande justesse leur permet de laisser place à ce qu'il faut d'ironie et de jeu avec les semblants tout en gardant un œil suffisamment ouvert et éclairé sur la limite qui permettra à Claire de rester dans une zone autorisant un lien social suffisamment adapté.

• Léon. Une atmosphère étrange...

Léon arrive à l'hôpital dans un tel état qu'on ne donne pas cher de sa peau. Des années d'alcoolisme massif et ces derniers mois passés au fond de son lit dans son urine et ses excréments font que ses vêtements semblent adhérer à sa peau. Il faudra des bains quotidiens pendant plusieurs jours pour qu'il se défasse de l'odeur de charogne qui se dégage de lui.

Les semaines passent, puis les mois, Léon est toujours hospitalisé. Des observations et des remarques bizarres sont de plus en plus audibles dans le service.

« *Il nous observe – Il connaît le nom de mon mari ou de ma femme – la marque de ma voiture – il a vu que j'étais arrivé en retard mercredi de la semaine passée... tu crois que c'est un pervers ?* » Une étrange atmosphère se dégage de cette prise en charge. Parfois, nous devons nous débattre avec nos préjugés !

Je commence à recevoir Léon en entretien. Il me parle de sa vie passée à la ferme, évoque le suicide de son frère cadet. Léon, qui a toujours vécu entouré de sa famille proche (ses parents, son frère et un oncle), vient de perdre ses derniers parents (sa mère et son oncle). À partir de là, l'enfer se conjugue au quotidien. Certes, l'alcool est présent depuis longtemps pour lui dans cet enfermement familial et rural, mais depuis ces décès, les choses prennent des proportions telles que le maire du village finit par demander une hospitalisation sous contrainte.

Léon est dans le service et il observe, l'air de rien, la vie des autres autour de lui.

Un élément se révèle essentiel dans sa prise en charge. À un moment donné, un projet d'appartement de transition

est mis en place. Léon visite la structure et les choses se passent très mal. En allant sur place, il reconnaît toutes les femmes qu'il croise dans la rue. Elles le fixent et leur regard le concerne, il n'est jamais neutre pour Léon mais toujours porteur d'une intention menaçante. Il termine cette visite en voulant « *casser la gueule* » au médecin. Les infirmières mettent au jour un vécu persécutif. L'idée d'une structure psychotique se profile. Retour à la case départ dans le projet de soin !

Une prise en charge en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) est retenue et je continue à recevoir Léon en consultation une fois par semaine.

Il confie avoir peur dans son nouvel environnement. Petit à petit, ses fragilités apparaissent. L'inconnu, les lieux non encore explorés, revêtent une dangerosité qu'on ne soupçonnait pas.

À l'hôpital de jour, Léon occupe toujours la même place dans la salle commune, un point stratégique qui lui permet d'observer les allées et venues à l'extérieur et dans le service. Comme une tour de contrôle, il dresse la cartographie de son environnement. Il est une sorte de calendrier perpétuel à lui tout seul. Son alcoolisme n'a en rien affecté sa mémoire des dates, des anniversaires et de tous les petits événements qui attirent son attention.

Léon est un sujet psychotique et de ce fait, il est sans cesse au travail. Tel Sisyphe, dans un recommencement perpétuel, il vérifie si les choses reviennent toujours à la même place ou si elles subissent une légère modification...

C'est un ouvrage constant pour faire tenir le monde qui l'entoure et garantir sa permanence. L'enjeu inconscient pour lui est d'éprouver la continuité de son être.

La vie au CHRS s'avérant trop difficile pour lui, nous lui proposons d'intégrer un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

Quel étonnement ! Léon trouve enfin ses marques et parvient dans ce lieu à apaiser ses relations aux autres. Il devient le « patron » du potager et le « chef » du barbecue. Il est toujours aussi peu disert avec ses colocataires mais me rend compte chaque semaine des choses qui animent son quotidien ou me fait part de son inquiétude pour untel de ses voisins (à qui bien sûr il ne parle pas !)

L'accueil peut aussi consister à suivre un sujet pas à pas et à le soutenir avec d'autres partenaires, pour construire un cheminement autorisant un lien social enfin supportable autour d'une constellation transférentielle (22), qui tienne compte de la singularité du sujet.

EN CONCLUSION

Hétéroclites, ces vignettes cliniques montrent bien que l'accueil est à penser comme un processus enraciné dans la vie quotidienne. La mise en place de protocoles est donc inopérante, puisqu'ils supposent un même procédé répliquable. Comme l'ont très finement décrit les auteurs de la psychothérapie institutionnelle, qui nourrissent notre outillage conceptuel, il s'agit plutôt de mettre en œuvre une certaine ambiance, pour favoriser l'émergence de séquences d'accueil de l'altérité, voire de l'étrangeté d'autrui.

1- Jean Étienne Dominique Esquirol, *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*, 1818.

2- Vladimir Jankelevitch, « *Le je-ne-sais-quoi et le Presque-rien* », Tome 1, *La manière et l'occasion*, éd. Seuil, 1981.

3- « *Le mot est le meurtre de la Chose* », expression attribuée à Lacan dont on retrouve une trace dans « *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* » ou « *le discours de Rome* » in *Écrits*, éd. Seuil, 1966.

4- Cynthia Fleury et Eric Worms, « *Introduction à la philosophie à l'hôpital : notions et textes* », 26/01/2016, *chaire-philo.fr*

5- On retrouve les rapports de la CGLPL sur le site : www.cgpl.fr/

6- En 2004 et 2008, trois drames ont défrayé la chronique. Des sujets souffrant de schizophrénie sont passés à l'acte, qui sur deux soignantes à Pau, qui sur un étudiant à Grenoble, ou le compagnon de sa grand-mère à Marseille. Ces événements ont été entre autres à l'origine du discours « sécuritaire » controversé soutenu par Nicolas Sarkozy en 2008 à Antony.

7- Jacques Hochmann, « *La peur du fou* », in *Santé mentale au Québec*, 1981 vol. 6, n° 1.

8- Jacques Lacan, « *Propos sur la causalité psychique* », *Écrits*, éd. Seuil, 1966.

9- Jean Oury, *Préalables à toute clinique des psychoses, dialogue avec Patrick Faugeras*, érès, 2012

10- Alfredo Zenoni, *L'autre pratique clinique, Psychanalyse et institution thérapeutique*, érès, 2009.

11- Chris Younes, « *Maldiney et l'ouverture de l'espace* », in *Le territoire des philosophes*, Ed La découverte, 2009.

12- Jean Oury, « *Transfert et espace du dire* », in *L'Information psychiatrique*, 59, 3, 1983.

13- Jean Oury, « *L'invisible* », interview donnée en marge du tournage de « *La moindre des choses* » et disponible sur YouTube.

14- Emanuel Levinas, *Humanisme de l'autre homme*, Le Livre de Poche, Biblio Essai, 1987.

15- Jean Oury, « *Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique des psychoses* », in *Cahiers de psychologie clinique*, 2003/2 (n° 21).

16- Le « *praecox Gefühl* », concept décrit par le psychiatre Rümke en 1941, définit un événement singulier ou une coloration de la rencontre avec le patient schizophrène. C'est finalement une « *saisie très rapide* », une sorte d'intuition fulgurante de ce qui se passe. Voir aussi Jean Oury, « *Alors, la vie quotidienne ?* », Séminaire de Ste-Anne Septembre 1986, in *revue-institutions.com*

17- Vladimir Jankelevitch, op. cit.

18- Jacques Alain Miller, « *Choses de finesse en psychanalyse* » in *CauseFreudienne.net*

19- Pierre Delion, *Fonction phorique, holding et institution*, éd. Eres 2018.

20- Diminution de la volonté entraînant une indécision et impuissance à agir.

21- Alfredo Zenoni, op. cit.

22- Pierre Delion, « *Constellations transférentielles* » in *Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile 2009*. Cairn. info

Résumé : Pour les équipes soignantes ou éducatives, la rencontre au quotidien avec la psychose demande un outillage conceptuel, permettant de penser l'accueil en permanence. La fonction phorique doit notamment être assurée sur le plan institutionnel, car il faut en effet être porté pour pouvoir porter et quelquefois supporter la fréquentation quotidienne de la psychose. Dans cette perspective, l'accueil est à penser comme un processus visant à favoriser l'émergence des conditions institutionnelles propres à ce que quelque chose d'instituant advienne pour les patients.

Mots-clés : Accueil – Cadre thérapeutique – Cas clinique – Écoute – Psychiatrie – Histoire de la psychiatrie – Psychothérapie institutionnelle – Savoir être – Temps informel.