

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2014

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en PSYCHIATRIE

par

Marie-Charlotte BLANCHET-MOMAS

née le 17/04/1984 à Neuilly Sur Seine

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} avril 2014

La Chronicité en Psychiatrie Aujourd’hui : un détour par la

Psychothérapie Institutionnelle.

Réflexions à partir de cas cliniques.

Président : Monsieur le Professeur J-L VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur M. MARINESCU

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse.

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

Nous le remercions vivement pour son aide, sa disponibilité et la pertinence de ses remarques qui nous ont accompagnées tout au long de notre internat.

Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

*La qualité de son enseignement a marqué nos premières années
Nous le remercions vivement pour sa disponibilité et la pertinence
de ses réflexions.*

*Qu'il trouve dans ce travail le témoignage de notre profond
respect.*

A Monsieur le Professeur Olivier Bonnot.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

*Qu'il trouve en ces quelques mots la reconnaissance de notre
profond respect.*

A Monsieur le Docteur Matéi Marinescu.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse.

Nous le remercions vivement de sa disponibilité, de sa bienveillance, de la pertinence de ses remarques.

Par sa générosité, sa clairvoyance, sa vision humaniste, il demeure un exemple pour nous.

A Alexandre et Quentin, mes amours...

A ma mère et ma grand- mère pour leur réconfort, pour tout ce qu'elles ont fait pour moi...

A ma belle-famille pour leur soutien....

A tous les médecins rencontrés ces dernières années, pour leur disponibilité, leur enseignement, leur pédagogie, leur personnalité : Matéi, Anne-Charlotte, Gwenael, Olivier, Jacques, Pierre C., Jean-Noël, Christophe, Pierre F., Dominique, Marion, Sylvain, Bruno, Pierre L., Isabelle, Brigitte....

A toutes les équipes pour leur créativité, leur enthousiasme, leur dynamisme : Challans, Sud-Ouest, Psychiatrie 3 Saint-Jacques, Centre de Soins de Blain, Psychiatrie 3 Saint-Nazaire, Hôpital de semaine, Salomé, équipe du G06....

A tous nos amis qui nous ont soutenues tout au long de notre parcours.....

Table des matières

Introduction.....	10
I. Chronicité et Psychothérapie Institutionnelle.....	13
I.1. Chronicité et Psychothérapie Institutionnelle : de quoi parlons-nous ?.....	13
I.1.1. Origine de la notion de chronicité.	13
I.1.2. Réflexions autour de la définition de la chronicité en psychiatrie.....	17
I.1.3. Psychothérapie Institutionnelle : émergence, définition.....	19
I.2. Illustrations par des cas cliniques.....	25
I.2.1. Clément : face à l'anti-pensée, l'institution doit survivre.....	25
I.2.1.a Présentation du service.....	25
I.2.1.b Présentation clinique.	26
I.2.2. Cas de Monsieur A.. : place de sujet, faire face au déni.....	33
I.2.2.a Présentation du service.....	33
I.2.2.b Présentation clinique.	33
I.2.3. Cas de Madame B.. : rechutes ou échecs thérapeutiques ?.....	40
I.2.3.a Présentation du service.....	40
I.2.3.b Présentation clinique.	42
I.2.4. Cas de Mademoiselle C.. : face à l'épuisement soignant.	58
I.2.4.a Présentation du service.....	58
I.2.4.b Présentation clinique.	59
II. Le patient : une position de sujet.....	65
II.1. Le patient : évolution de sa place dans le soin.....	65
II.1.1. Repères historiques.....	65
II.1.2. Un patient, un sujet.	70
II.2. La temporalité de chacun.	74
II.2.1. L'approche phénoménologique.	74
II.2.2. Liens entre une (des) chronicité et une (des) temporalités ?	76
II.2.3. Comment restaurer une temporalité ?.....	80
II.3. Contenir l'incontenable.....	82

II.3.1.	Contenance institutionnelle	82
II.3.1.a	Le cadre	82
II.3.1.b	Les soignants, les médiations.	88
II.3.2.	Contenance chimique ?.....	92
II.4.	Le transfert.	93
II.4.1.	II.4.1.Définition.	93
II.4.2.	Illustrations cliniques.....	94
II.5.	La réaction thérapeutique négative.	95
II.5.1.	Définition.....	95
II.5.2.	Illustrations cliniques.....	96
III.	Les soignants : la bonne distance.....	97
III.1.	Evolution de la position soignante, de l'institution, mise en place du secteur.....	97
III.1.1.	Changement de point de vue.....	97
III.1.2.	Le secteur.....	102
III.2.	Le contre-transfert.	104
III.2.1.	III.2.1.Définition.	104
III.2.2.	III.3.2 Illustrations cliniques.....	106
III.3.	La position soignante.....	107
III.3.1.	III.3.1 Entre désir et réalité.....	107
III.3.2.	Chronicité soignante ?.....	112
III.3.3.	Enjeux actuels.	114
III.4.	L'équipe.....	116
IV.	L'institution : suffisamment bonne.....	119
IV.1.	Notion d'institution.	119
IV.2.	les réunions.....	121
IV.3.	L'articulation intrahospitalier-extrahospitalier.....	122
IV.4.	Institution immuable ?.....	126
	Conclusion.....	131
	Références Bibliographiques	133

Introduction

Tout au long de notre internat, nous avons effectué plusieurs stages dans des services et établissements de la région avec des fonctionnements différents. Chaque service avait sa propre organisation, avec une gestion singulière de l'intrahospitalier et de l'extrahospitalier, des médiations thérapeutiques attachées, ou non, au service d'hospitalisation ou intersectorielles, des repas thérapeutiques, des références infirmières, des associations de patients, des séjours thérapeutiques.

Au-delà de la question du nombre de lits, de patients, d'infirmiers et de temps médical, chaque service avait également un dispositif institutionnel propre, comprenant les réunions médicales, les synthèses cliniques, les réunions d'équipes, les transmissions infirmières, les réunions médecin-cadre, les réunions institutionnelles.... Autant de temps primordial, nous semble-t-il, pour appréhender la maladie mentale et co-construire, avec le patient, le soin le plus adapté pour lui. N'oublions pas, non plus, le temps d'échange entre les soignants et avec le patient, « non déclaré » mais tout aussi important.

Quoiqu'il en soit, malgré leurs différences d'organisations, de gestions, de courants de pensées, ils ont tous eu un point commun : tenter de « rencontrer le patient », et le mettre au centre de son dispositif de soin. Lorsque nous évoquons « rencontrer le patient », nous mettons en avant l'importance de son histoire, en tant qu'individu, son unicité, ses ressources, devant être nécessairement associées à notre capacité d'empathie soignante.

Ce n'est qu'à ce prix, que l'ensemble des soignants peut élaborer, une ou plusieurs « hypothèses psychopathologiques », afin de donner du sens au trajet de vie de chaque patient, les accompagner vers une trajectoire différente, s'il le désire. Ce serait un leurre de penser que le soin détient « la vérité », qu'il suffirait de donner du sens et des directives pour que les difficultés de chacun soit résolues. Le patient, amené à être dans une position de « sujet », est le plus à même de faire ce travail.

Mais, cette vision du soin n'a pas toujours été d'actualité.

Ainsi, la psychiatrie a pu être, les siècles précédents, basée sur un modèle asilaire, où l'enfermement et les directives soignantes étaient de mise. Ce n'est véritablement que dans l'après-guerre, au vu des atrocités qu'ont subies les malades mentaux, que l'ensemble des

psychiatres, en France et en Europe, a mené une réflexion autour de la prise en charge de leurs patients psychiatriques.

L'enfermement n'était donc plus la solution pour ces malades, même si plus confortable pour la société, le rôle de « gardien » des infirmiers étant également insatisfaisant. D'ailleurs, médecins et infirmiers exprimaient leurs difficultés à tenir de tels rôles. L'établissement psychiatrique était, désormais, considéré comme néfaste, aliénant, chronicisant, personne n'en sortait....

L'expérience de la psychiatrie des siècles passés, l'évolution de la médecine, de la pharmaceutique, la guerre, les courants de pensées, psychiatriques ou philosophiques, ont permis l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, nouveau modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique, utilisant de manière ordonnée à des fins psychothérapeutiques, le lieu d'échanges et de rencontres où est accueilli le malade.

Ses principes sont issus de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile, de la singularité de la personne et de la subjectivité de la souffrance psychique. Elle préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant, visant à mettre en place un système de médiations symboliques, favorisant une dynamique d'échanges, en induisant une créativité au sein du monde hospitalier. L'intégration des patients, au sein de la cité, a été dès lors possible, avec entre autre, l'organisation du secteur.

Cependant, malgré ces avancées, un problème majeur persiste, assimilé à l'implicite de l'exercice de la psychiatrie : même avec l'amendement des éléments cliniques, retrouvant une place dans la société, certains malades nécessitent une prise en charge « sur la durée », générant une « chronicité », problématique majeure de santé publique.

Comment faire avec ces patients ? Que doivent faire les équipes qui les prennent en charge, qui les accompagnent sur la durée, de toute une vie pour certains, pour ne pas s'épuiser, tenir, voire survivre psychiquement ?

Il nous semble qu'une possibilité réside au travers d'un modèle, prenant en considération tant le patient, sur un plan individuel, que les soignants et l'institution, princeps premiers de la psychothérapie institutionnelle.

Après avoir défini la chronicité et la psychothérapie institutionnelle, notions illustrées par quatre situations cliniques, nous nous questionnerons successivement sur la position du patient, du soignant et de l'institution, mettant en avant les principales interrogations que ces différents angles de vue ont suscitées, pour nous, tout au long de notre travail.

I. Chronicité et Psychothérapie Institutionnelle.

I.1. Chronicité et Psychothérapie Institutionnelle : de quoi parlons-nous ?

I.1.1. Origine de la notion de chronicité.

A ce jour, nous pouvons constater une équivalence, voire une synonymie, faite systématiquement entre « folie » et « longue durée », comme si cela allait de soi.

La psychiatrie, en contraste avec d'autres champs de la médecine, devient « la médecine de la chronicité ».

Mais, il n'en a pas toujours été ainsi. En nous référant aux écrits de **Georges Lantéri-Laura**, nous apprenons que les premiers travaux des aliénistes n'accordaient que peu d'importance à la chronicité, n'étant pas, selon eux, une « *dimension cardinale de la pathologie mentale* » (1).

Dans l'œuvre de **Pinel**, notamment dans son « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* » (2), l'adjectif « chronique » est utilisé, à plusieurs reprises, mais ce terme ne désigne pas un état permanent servant à désigner une catégorie morbide déterminée.

Cet adjectif est même absent des quatre types morbides qu'il décrit : « *manie* », « *mélancolie* », « *démence* » et « *idiotisme* », pouvant se présenter, chacune, sous des formes « *continues ou périodiques* ». Quand il parle de l'idiotisme, il le décrit **comme un état non comme un certain devenir**. Pour lui, l'évolution est la succession éventuelle de plusieurs types d'affections, dans le temps, chez un même patient.

De même, **Esquirol**, dans son ouvrage intitulé « *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiéniste et médico-légal* » en 1838, n'utilise pas la notion de chronicité pour les catégories nosographiques de sa classification : « *hypomanie* », « *monomanie* », « *manie* », « *démence* », « *imbécilité* », « *idiotie* ».

Pinel et **Esquirol** considèrent l'aliénation mentale comme un processus unique, qui peut revêtir des apparences diverses. La psychiatrie de cette époque ne connaît qu'une seule maladie, unité fondamentale, qui s'exprime par des formes cliniques diverses.

L'arrière-plan de ces réflexions, c'est le **vitalisme** (1) : « *l'idée qu'il existe de façon autonome une matière vivante, irréductible aussi bien à la matière inerte de la chimie minérale qu'à l'esprit (...)* c'est cette importance de la matière vivante qui explique la rationalité de ce

syncrétisme étiologique surprenant pour le lecteur d'aujourd'hui ». Comment ranger dans un groupe présenté comme homogène « *l'amour contrarié, les traumatismes crâniens, l'ambition réussie... L'homogénéité tient à ce que toutes ces causes n'agissent que par leurs effets sur cette matière vivante que constitue le cerveau et, par sa situation intermédiaire se trouve sensible aux significations aussi bien qu'aux coups...* » (3).

Fodéré (4) décrit, quant à lui, le délire comme « *un état dans lequel la raison est éclipsée par un dérangement quelconque, direct ou indirect, de la substance intermédiaire qui sert aux relations entre l'intelligence et les organes corporels* », la dimension de chronicité étant étonnamment absente de cette définition.

Tous s'avèrent optimistes, parlent de guérison, et s'intéressent à l'évolution de la maladie, en remarquant comment un syndrome peut être suivi par un autre, chez le même malade.

Le temps n'est donc pas le temps péjoratif des guérisons rares ou le temps de la courte période de l'aigu, ou de la longue période du chronique, mais « *comme le temps où une forme morbide peut advenir après une autre, sans entamer la qualité du pronostic* » (1).

La temporalité ne fournit alors pas d'axe décisif. Pour **Pinel**, l'aliénation mentale est, par nature curable pourvu que nous laissions œuvrer la raison, et le temps de cette curabilité, court ou long, ne constitue pas une caractéristique importante de la psychiatrie (3).

Nous pouvons alors nous demander à quel moment le poids de la chronicité s'est manifesté dans notre vocabulaire et dans celui des conceptions théoriques....

Selon **Georges Lantéri-Laura**, c'est au Second Empire, au cours du dernier tiers du XIXème siècle puis dans les débuts de la Troisième République, que la chronicité apparaît, à l'occasion de l'élaboration de la notion de délire chronique, de l'édification de la théorie de la dégénérescence, et de la notion de démence.

Certains de ces termes représentent l'introduction de la chronicité dans la nosographie des maladies mentales et dans le vocabulaire de la psychiatrie.

A cette époque, **Magnan**, **Lasègue**, **Falret**, **Morel** et **Foville** critiquent les monomanies d'Esquirol, se refusant à caractériser une espèce de délire par son thème prévalant, la spécifient alors par les phases typiques de son évolution (1).

La diachronie prend alors le pas sur la thématique, la chronicité étant indispensable à la caractérisation de la maladie. Le délire chronique à évolution systématique déploie alors une chronicité irréversible, passant obligatoirement par une phase d'inquiétude, puis un

moment de persécution, suivie d'une époque de grandeur, et, enfin une dernière phase d'affaiblissement intellectuel.

L'évolution est prévisible, la psychiatrie devient scientifique, autorisant une prévision pronostique, garantissant un avenir chronicisé. L'avenir est connu mais il s'agit d'un avenir pathologique.

L'œuvre de **Magnan**, dont le délire chronique à évolution systématique, va être par la suite controversée par de nombreux auteurs y substituant d'autres formes de délires (délire d'interprétation, psychose hallucinatoire chronique, délire d'imagination...) mais, en conservant irrémédiablement la dimension de chronicité comme héritage. Dès lors, l'adjectif chronique devient quasiment un pléonasme lorsqu'il s'agit de délire.

Une donnée supplémentaire, cette fois démographique, doit être également soulignée : la mortalité infantile a considérablement baissé de la fin du XVIème aux débuts du XXème siècle. Les populations, contemporaines de **Pinel**, **Magnan** ou **Alzheimer**, n'étant pas identiques, la sémiologie pouvait être différente.

Il semble alors qu'il n'y ait aucun hasard à ce que la chronicité apparaisse comme une donnée fondamentale de la psychiatrie, à partir du moment où l'espérance de vie s'accroît. La chronicité des maladies mentales ne peut se manifester que dans une population où nous vivons assez vieux pour ne pas mourir avant d'être devenus chroniques....

Lanteri-Laura trouve d'autres explications à l'indissociation entre chronicité et psychiatrie : il met en avant la dérive de la loi de 1838, avec par la suite, la construction d'établissements spécialisés qui ont recréé la ségrégation observée des malades mentaux dans la société.

Ces établissements ont assuré, dans des conditions avantageuses, le traitement des malades mais ne pouvaient subsister, en raison de leur fonctionnement économique autarcique, qu'à la condition de pouvoir exploiter de vastes domaines, avec une main-d'œuvre peu qualifiée, mais très bon marché, et rendue abondante par une longue durée d'hospitalisation. La durée d'hospitalisation était d'ailleurs sous la responsabilité du médecin-directeur....

La longue durée d'hospitalisation, d'où a découlé la chronicité, indispensable au bon fonctionnement de ces établissements, est devenue alors une donnée économique essentielle et non plus sanitaire (1).

Rajoutons que l'isolement des établissements à la campagne, leur fonctionnement agricole, leur basse productivité, leur faible qualification, alors que le reste de la société devenait

urbaine, que l'économie devenait industrielle, rendait pratiquement irréalisable la réinsertion, hors de l'asile, du malade indigent qui s'était amélioré dans de pareilles structures... D'autant plus que le monde extrahospitalier devenait de plus en plus exigeant et perdait toute tolérance (3).

La lecture historique de **Lantéri-Laura** trouve, ainsi, quelques explications à l'apparition de la chronicité en psychiatrie, à la fin du XIXème siècle, au fil des évolutions sociétales, politiques et médicales, en rupture avec les enseignements précédents, mais cette lecture reste à nuancer....

D'autres sources nous confirment l'époque de l'émergence de la chronicité.

Si nous prenons en référence le rapport du **Congrès de Marseille de 1964**, sur la chronicité de **Bonafé, Le Guillant, Mignot**, nous pouvons préciser l'apparition des « *chroniques* » : l'asile d'aliénés, où sont à la fois placés curables et incurables tend à devenir, à partir du milieu du XIXème siècle, « l'établissement-type » qui révèle rapidement selon **Bonafé** (5) ses « *vices* » dont le « *surpeuplement* » et « *l'indifférenciation* ».

Concernant le surpeuplement, il précise : « *l'asile d'aliénés souffre d'un mal chronique : même là où il reçoit des malades récents, même où il joue son rôle d'établissement de soin, il s'encombre, parce qu'il ne peut rendre à la Société autant de sujets qu'il en reçoit.* » L'indifférenciation est ainsi définie : « *la masse de l'asile est ainsi faite de chroniques* ».

Les « *chroniques* » apparaissent, descendants des incurables, observés dans l'asile voire formatés par l'asile...

Se pose alors la question de la iatrogénie de la chronicité, induite par l'institution elle-même (6). La chronicisation apparaît comme un « phénomène nosocomial », lié à « *l'hospitalisme psychiatrique* » selon **Racamier** (7). La véritable question étant de savoir si la chronicité est uniquement inhérente à la pathologie et/ ou dépendante des conditions qui lui sont extérieures....

Même, si les nosographies actuelles sont différentes, la chronicité introduite se maintient.

La pathologie mentale, réputée donc pour durer toute la vie, ne guérit pas dès que l'épisode aigu est fini, semble parfois commencer par un tel épisode, ou bien, perdure avec toute la force de l'acuité décompensatoire sur un mode chronique.

I.1.2. Réflexions autour de la définition de la chronicité en psychiatrie.

Si nous nous référons au « **Larousse** » (8), le terme « chronique » désigne un état « *qui évolue lentement, se prolonge ou qui sévit depuis longtemps, persiste* » et celui de chronicité comme « *un état, caractère de ce qui est chronique* ».

« Chronique » n'est pas un mot péjoratif, ça veut dire « *qui dure...* ». Mais c'est vrai aussi que nous ne parlons pas de « *bonheur chronique* »...

Le terme de chronique, dans le domaine de la santé, désigne le fait d'un état de longue durée dont l'issue n'est jamais positive à priori. Il est vrai que dans les représentations sociales, et parfois soignantes, la chronicité reste un qualificatif négatif associé à un sentiment d'échec, de démission thérapeutique voire de résignation, à la fixité d'un état psychique. Les maladies chroniques « *durent longtemps et se développent lentement* » (9).

Piedinelli déplore que cet adjectif soit l'objet de « *significations contaminantes* » qu'il précise :

« *incurable* (qui n'est pas accessible à des soins), *inguérissable* (qui ne peut prétendre à la guérison), *invalidé* (dont les capacités ont subi une altération en majeure partie définitive), *sédimenté* (qui demeure pratiquement sans espoir dans les bas-fonds du système hospitalier) » (10).

Plusieurs auteurs se sont attelés à éclaircir cette notion... Référons-nous, en premier lieu, à la définition de **Juillet P.** dans le Dictionnaire de Psychiatrie : « *caractère d'une maladie mentale qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phases aigues ou rémissions, entraînant à la longue une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques* » (11).

Quant à **Tougeron B.** (12), elle définit ainsi la chronicité : « *la chronicité est d'une certaine manière l'expression la plus achevée de cet attachement à la routine et au non-changement qui caractérise le patient schizophrène* »... nous rajouterions « et à un bon nombre de nos patients » !

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la chronicité semble revêtir une double polarité (6) : d'une part les phénomènes liés à la succession des différentes phases, durée

d'une maladie et d'autre part ceux liés aux conditions de prise en charge (internement de longue durée, effets de cet internement...).

Mais d'autres situations peuvent faire évoquer la chronicité : en 1964, **Bonafé** anticipe en reprenant que « *le type du malade chronique ce n'est plus le malade sédimenté à l'hôpital psychiatrique, c'est le malade qui constitue la clientèle intermittente du service hospitalier, ou même le malade posant un problème chronique en cure ambulatoire* » (5). La chronicité hospitalière se déplace alors vers l'extérieur...

Piedinelli (13) évoque, à partir de sa pratique clinique, quatre aspects du phénomène de chronicité dont celle du secteur :

- « *la chronicité en pratique de secteur semblant être la manifestation directe de la dépendance des patients à l'égard du soutien thérapeutique extrahospitalier* ». La vie de ces patients est « *conditionnée par les institutions du secteur* » se laissant « *balloter* » entre elles.

Aujourd'hui, et ce depuis quelques décennies, la chronicité, donnée inhérente à la psychiatrie, est devenue prévisible entre autre suite à la volonté médicale de « classer » les patients en différentes pathologies.

Une fois le diagnostic posé, la chronicité devient la transformation précoce de la personne, enfant ou adulte, en personne « spéciale », destinée à «incarner » un trouble « idéal » et à accomplir un « idéal médical ». C'est une chronicité en construction préalable, bâtie à priori, dans l'avant-coup.

Dans le passé, nous regardions la chronicité en train de se faire. Maintenant, nous l'imaginons, nous la visionnons (14). La chronicité semble alors être une affirmation «neutre», de préférence, précoce et «athéorique », d'un pronostic sombre constitué par les incapacités futures du patient.

Plusieurs auteurs donnent à la chronicité d'un individu un sens : stratégie défensive contre leur persécuteur interne (15), entretien « *d'un rapport singulier avec ce qui fait vivre le*

sujet » (16) ; ils tentent de trouver une ou des significations aux échecs thérapeutiques ou de trajectoires de vie, aux répétitions (17)...

Il serait réducteur de considérer qu'il n'existe qu'une chronicité. Tout comme nous ne parlons pas d'une schizophrénie ou d'une bipolarité, il existe plusieurs chronicités, devant être autant de richesses psychopathologiques. Ce terme définirait dans ce sens plusieurs réalités...

Enfin, il est important de faire le distinguo entre la chronicité, à potentiel d'évolution toujours possible et la chronicisation, ou sédimentation, davantage apparentées à un état psychique fixé et figé, dans lequel toute évolution mettrait en péril l'équilibre psychique. Le processus de chronicisation « *fige le temps existentiel* » des patients chroniques (12).

Donc, si nous avions à tenter de définir la chronicité en psychiatrie, du point de vue des patients, nous en dirions ceci : « **chronicité : situation d'apparente fixité, trouvant son origine soit dans la pathologie du patient, amenant à des soins de longue durée, soit dans l'institution, possiblement aliénante, intra ou extrahospitalière, porteuse quoiqu'il arrive de sens pour le patient.** » .

Au fil de notre travail, nous nous sommes rendus compte que définir la chronicité restait un travail de longue haleine, ce terme regroupant finalement une pluralité de conditions ou de situations. Une des réflexions à mener serait, peut-être, de s'interroger sur la pertinence d'un terme aussi vaste....

Mais, nous préférons, pour conclure ce paragraphe, citer **Bonnamé** qui, en 1959, rappelait que le terme de chronicité, selon le dictionnaire de médecine de Littré et Robin, « *se dit des maladies qui tendent à parcourir lentement leurs périodes et qui exigent du médecin un effort soutenu* ». Tout est dit.

I.1.3. Psychothérapie Institutionnelle : émergence, définition.

Le concept de psychothérapie institutionnelle est apparu, progressivement, grâce à un mouvement important, dans lequel plusieurs psychiatres se sont engagés à la fin de la guerre 1939-1945. Rappelons-nous que les malades hospitalisés, en psychiatrie, ont été les premières victimes des restrictions alimentaires, imposées par le régime de Vichy et

l'occupant allemand de 1940 à 1944 : 40 000 d'entre eux moururent de faim dans les hôpitaux.

La notion de psychothérapie institutionnelle a été utilisée pour la première fois par **Daumézon et Koechlin**, en 1952, dans les *Annales portugaises de psychiatrie*, avec comme projet d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique (18).

Koechlin écrit ainsi : « *la psychothérapie institutionnelle correspond aux psychothérapies réalisées au sein de l'institution elle-même et de ses structures internes ; ces diverses psychothérapies sont intégrées dans un système global qui seul autorise que l'on parle de psychothérapie institutionnelle au singulier* » (19).

Jean Ayme la définit comme naissant « *de la rencontre de la psychanalyse et de la psychiatrie publique* » (20).

Quant à **Daumézon**, il décrit l'asile psychiatrique comme une institution totalitaire, dénonce son caractère aliénant et, comment ce système, hiérarchisé en castes, place le malade en bas de la pyramide. Il explique que **pour pouvoir traiter les malades, il faut auparavant traiter l'hôpital** et ceci en permanence, d'où sa réflexion : « *Est-ce qu'il faut traiter l'institution et la traiter sans arrêt ? C'est donc une psychothérapie institutionnelle* ».

Dans ce sens, la psychothérapie institutionnelle vise à structurer et à accompagner les équipes soignantes psychiatriques, de telle façon qu'elles soient aptes à la pratique de psychothérapies véritables, quelles qu'en soient les modalités, grâce aux constellations transférentielles.

La psychothérapie institutionnelle est apparue dans un des hôpitaux les plus pauvres de France, en Lozère, dans le village de Saint-Alban. **Paul Balvet** avait dès 1936 introduit plusieurs réformes, transformant la vie des malades vers davantage d'humanisation.

Pendant l'occupation, l'hôpital de Saint-Alban accueille des résistants, des personnalités poursuivies par Vichy, des hommes de lettres comme le poète Paul Eluard ou le philosophe Georges Canguilhem.

En 1941, le psychiatre espagnol **François Tosquelles** arrive à Saint-Alban. Originaire de Réus en Catalogne, il a été le chef des services psychiatriques de l'Armée de la République. L'écrasement de la république espagnole par Franco, l'oblige à quitter l'Espagne ; il arrive, en France, le 1 septembre 1939. Il instaure un service psychiatrique dans le camp de concentration Sept Fonds où il est enfermé.

Invité à l'hôpital de Saint-Alban, il y est accueilli le 6 janvier 1940 et y reste jusqu'en 1962.

Les évènements de 1939-1945 amènent une situation particulière dans cet hôpital rural de Lozère, où l'isolement relatif rend nécessaire des contacts avec les paysans des alentours, pour survivre, et où cet isolement favorise cet acte politique essentiel : résister.

Les maquis ont caché les résistants : Paul Eluard, Tristan Tzara et Georges Canguilhem. D'où cette ouverture sur le dehors, sur la vie intellectuelle (19).

Tosquelles organise pendant la guerre un système d'approvisionnement d'aliments, en faisant participer le personnel et les malades, en relation avec la population lozérienne. Par la suite, il étend cette organisation à l'intérieur de l'hôpital sous la forme « d'un *club* ».

L'importance du « *club* » est de pouvoir créer un lieu « *autre* », en dehors de l'institution, **un ailleurs pour sortir du totalitarisme de la relation soignant-soigné**.

A son arrivée à Saint-Alban, **Tosquelles** détient deux livres importants : « *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique* » d'**Hermann Simon** et « *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* » de **Jacques Lacan** où il y développe que le discours du psychotique a un sens. Mais il faut avoir les moyens et les lieux pour lire et accueillir ce discours.

Tosquelles insiste sur l'importance de créer des lieux d'échanges, des possibilités de rencontres, de réunions, où prime la parole du soignant et du soigné. Il faut donc créer des activités pour les patients.

Tosquelles, dès 1934, tire les conséquences des difficultés structurelles rencontrées par l'introduction de la psychanalyse classique du divan, dans les institutions, puis pour les enfants et les psychotiques.

Ce fut, grâce à une malade, W. Wolf, que l'avenir professionnel de **Tosquelles** eut une toute autre incidence. Cette malade, tout à coup, ne dit plus rien sur le divan. **Tosquelles** demanda l'aide au groupe de contrôle, où Wolf dévoila ce que tous les infirmiers savaient déjà, qu'elle avait choisi de parler à une malade du service, sourde et aveugle.

C'est le point de départ de la psychothérapie institutionnelle : « *un ensemble d'éléments, d'espaces articulés, dont on ne peut isoler les parties, voire les individus en coaction dans ces espaces* » (21).

Tosquelles et **Daumézon** créent, pendant l'occupation, la *Société du Gévaudan*, et élaborent les bases théoriques, pratiques, de cette volonté de désaliénation de l'institution psychiatrique que va incarner, plus tard, la psychothérapie institutionnelle.

Le groupe du fictif *Docteur Batia* (signifiant espoir en basque), à l'instar du *Groupe Bourbaki*, fondé par les mathématiciens, réunissant **Bonafé**, **Ajuriaguerra**, **Daumézon**, **Lacan**, **Duchêne**, **Ey**, **Follin**, **Fouquet**, **Le Guillant**, **Mignot** et **Sivaddon**, a l'idée, lui, de conjuguer le psychanalytique et l'institutionnel. Ce groupe, formé juste après la guerre, réunit des praticiens de la psychanalyse, des hôpitaux publics et de la psychothérapie institutionnelle. Il s'agit du premier groupe à réfléchir aux conditions pratiques et théoriques de la prise en charge des schizophrènes, en prenant comme support la vie quotidienne et la convivialité.

En 1947, **Jean Oury**, futur créateur de la *Clinique de la Borde*, suit les conférences rue d'Ulm et écoute **Henri Ey**, **Jacques Lacan**, **Lucien Bonafé** et **François Tosquelle**. **Ajuriaguerra** l'informe de l'existence de deux postes d'internes à Saint-Alban et **Oury** décide d'y aller. Il y reste deux ans, jusqu'en 1949, date à laquelle **Tosquelle**s lui propose le remplacement à la *Clinique de Saumery*, près de Blois.

Cette clinique comptait 12 malades et était la seule institution psychiatrique dans le Loir-et-Cher. Au départ de **Jean Oury**, en 1953, le nombre de lits était de 40.

Le refus du propriétaire d'agrandir la capacité d'accueil de la clinique précipite le départ de **Jean Oury**, qui se porte alors acquéreur d'une propriété voisine : celle du château de la Borde. Ce site va être le nouveau berceau de la psychothérapie institutionnelle.

Un important travail de recherche est effectué en étroite collaboration avec **Jacques Lacan** et le philosophe **Félix Guattari**. **Oury** met en place des principes et des dispositifs spécifiques qui ont constitué « la marque » institutionnelle de la *Clinique de la Borde*. Ils se fondent sur des références psychanalytiques, directement issues des expériences de Saint-Alban.

L'enseignement d'**Oury** est constant à travers ses écrits, ses conférences, ses participations aux congrès, ses séminaires à Saint-Anne...

D'autres institutions privées vont également s'ouvrir comme la *Clinique de la Chesnaye*, en 1956, avec une partie de l'équipe de la Borde, dirigée par **Claude Jeangirard**, ancien élève de **Daumézon** et d'**Henri Ey**. Amateur d'arts, ce psychiatre va donner une identité particulière au soin du psychotique et au cadre architectural de son institution.

Une autre partie de l'équipe de la Borde ouvre la *Clinique Freschines*, en 1972.

Les Centres psychothérapeutiques de Nantes, fondés dès 1965, ont développé à partir de 1971, sous l'impulsion de **Claude David** et **Marc Leclerc**, un projet autour de la psychanalyse et de la commercialisation de produits de leurs ateliers. La structure a eu une histoire tumultueuse, aussi bien dans ses rapports de forces internes, qu'avec ses relations avec la Caisse de Sécurité Sociale Régionale : elle a pris par la suite le nom d'ESPER.

Entre Cholet et Angers, la *Clinique du Pin aux Mauges*, accueille depuis 1974, dans une structure associative, des jeunes de moins de 25 ans. Le projet est fondé sur la psychothérapie institutionnelle et sur la thérapie familiale systémique.

La *Clinique de Saint Martin* de Vignogoul, créée en 1972, près de Montpellier, maintient toujours son projet initial : son équipe, sous l'impulsion de **Jean-Marie Enjalbert**, puis d'**Hervé Bokobza**, accueille de jeunes psychotiques pour un soin basé sur la psychothérapie de groupe quotidienne, sur la thérapie institutionnelle et sur la vie associative; sa pratique se fonde sur la psychanalyse.

Dans les années 60-70, le mouvement de psychothérapie institutionnelle semble s'être dispersé entre ceux qui pensaient que celle-ci pouvait, peut-être, prendre à la psychanalyse mais qu'elle n'était pas la psychanalyse dans l'institution (concept de **Daumézon**) et ceux (l'école du XIII^e arrondissement avec **Paumelle**, **Racamier**) prônant « *c'est la psychanalyse en institution...mais surtout pas la psychanalyse lacanienne* ».

Enfin, il ne faut pas oublier que les mouvements populaires éducatifs d'avant-guerre ont, également, contribué aux apports de la psychothérapie institutionnelle. Leurs points communs avec la psychothérapie institutionnelle sont la dimension apportée au groupe et les liens avec la psychanalyse.

Célestin Freinet a initié une pédagogie s'appuyant sur «*des méthodes actives*» permettant la formation de la personnalité de chacun, tout en respectant des structures groupales. Il institue, entre autre, un système de coopérative scolaire et d'imprimerie qui va être, plus tard, adapté dans les hôpitaux.

Fernand Oury, frère de **Jean Oury**, instituteur et psychanalyste, organise sa classe suivant des principes démocratiques et la traite comme un champ transférentiel. Toutes ces pratiques pédagogiques ont la volonté de favoriser l'ouverture et la créativité des enfants, qu'ils soient « normaux » ou pas, en leur donnant initiatives et responsabilités.

Depuis le début, la psychothérapie institutionnelle essaie, contrairement aux thérapies somatiques et pharmacologiques, de mettre l'accent sur l'histoire du malade et non seulement l'histoire clinique, c'est-à-dire la « chronologie des symptômes ».

Elle tente de rendre claire les dynamiques psychologiques ayant précédé la manifestation de symptômes psychopathologiques déclarés, avec pour objectifs de sauver la continuité de l'existence du malade.

Par le processus d'institutionnalisation, les soignants et les administratifs transforment l'établissement en institution thérapeutique, en promulguant une loi locale qui est l'obligation d'échanger (22).

L'enjeu est de créer différents lieux de rencontres, essentiellement les activités, mais aussi les réunions et tous les moments forts de la vie quotidienne (repas, distribution de médicaments...), qui sont l'occasion privilégiée du déclenchement des échanges sous le regard du tiers social. L'institution devient, alors, ce troisième terme médiateur qui s'oppose au désir fusionnel et oblige à un dialogue réciproque.

Pour conclure, nous pourrions dire que « *la psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique utilisant de manière ordonnée à des fins psychothérapeutiques le lieu d'échanges et de rencontres où est accueilli le malade* » (22). Ses principes sont issus de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile, dénommé hôpital psychiatrique en 1937, de la reconnaissance de la singularité de la personne et de la subjectivité de la souffrance psychique.

I.2. Illustrations par des cas cliniques.

I.2.1. Clément : face à l'anti-pensée, l'institution doit survivre.

Clément est un jeune de 18 ans, présentant une psychose infantile, que nous avons rencontré au cours de notre stage dans le service infanto-juvénile de Blain.

I.2.1.a Présentation du service.

Commençons par présenter le « dispositif institutionnel » du centre de soins de Blain. Ce centre est l'un des quatre du secteur 44-I-05, délimité depuis 1978. Les autres centres de soins sont sur les sites suivants : Orvault, Châteaubriant et Nort sur Erdre.

Ils comprennent tous, un hôpital de jour, hormis le centre de Nort sur Erdre, avec un nombre de places limitées, destiné aux enfants de 3 à 12 ans présentant des troubles psychiatriques graves, un centre médico-psychologique, recevant en consultation toute demande suivant les règles de sectorisation, pour les enfants de 0 à 16 ans, et un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P), correspondant essentiellement à des groupes thérapeutiques, avec peu d'enfants, groupes proposés aux enfants de 3 à 16 ans en grandes difficultés.

Il existe, par ailleurs, un Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents (C.A.S.A) avec un pédopsychiatre, une équipe infirmière, une psychomotricienne, des possibilités de consultations et de prise en charge en C.A.T.T.P pour les adolescents en difficultés du secteur.

Cette organisation particulière, avec plusieurs centres de soins, a été pensée pour qu'aucun enfant ne fasse plus de 25 km pour se rendre en soins.

Chaque centre de soins est composé d'une équipe pluridisciplinaire avec des pédopsychiatres, des psychologues, des éducateurs, des enseignants spécialisés, des psychomotriciens, des assistantes sociales, une orthophoniste, des secrétaires, des agents des services hospitaliers et des stagiaires dont les internes.

Dans une dynamique de promotion du réseau, chaque centre de soins a construit son propre réseau avec selon les sites : la pédiatrie, l'éducation nationale, les services sociaux et judiciaires, la protection maternelle et infantile (P.M.I), les instituts médico-éducatifs (I.M.E) et la médecine générale.

Chaque site a mis en place des réseaux spécifiques (petits, adolescents, P.M.I) dans le cadre de leurs missions de prévention primaire et secondaire.

Une possibilité d'accès aux soins, de façon différée, est proposée via un « accueil sans rendez-vous », à toute famille le désirant. Il s'agit d'un entretien, réalisé par un binôme (interne-infirmière-psychomotricienne), dont le contenu est restitué en réunion d'équipe afin d'orienter, de la façon la plus adaptée, les familles dans leur demande de soins.

Au-delà de l'organisation de ce secteur de pédopsychiatrie, le département de la Loire Atlantique a une particularité : il n'existe qu'un service hospitalier intersectoriel de soins pédopsychiatriques avec une dizaine de places. La liste d'attente et la file active de ce service étant importantes, il existe, suivant les hôpitaux, des possibilités d'hospitalisation en pédiatrie générale.

I.2.1.b Présentation clinique.

Clément est originaire de la région de Chartres. Ses parents étaient relativement jeunes à sa naissance : 18 ans pour sa mère, et 17 ans pour son père. Son père est parti du domicile lorsque Clément avait 3 mois et il ne l'a plus revu.

La mère de Clément a vécu chez ses parents, ces derniers se sont occupés de Clément.

En maternelle, Clément, très turbulent, est scolarisé via le cursus scolaire de 3 ans à 4 ans et demi. Le directeur de l'école propose, rapidement, une orientation vers une structure spécialisée, un Institut Médico-Educatif (IME) sans consultation pédopsychiatrique.

A la rentrée suivante, Clément est pris en charge en I.M.E.

D'une seconde union, sa mère a trois enfants de 13, 9 et 7 ans aujourd'hui. Clément n'a pas montré de difficulté pour accepter ses frères et sœurs, n'étant pas dans une relation d'exclusivité avec sa mère.

Dès l'âge de 5 ans, Clément est pris en charge tous les jours, dans un I.M.E d'Eure-et-Loir. Pendant deux années, il voit régulièrement un pédopsychiatre. Il n'y a pas d'autre suivi,

comme par exemple au Centre Médico-Psychologique. Aux dires des parents, il n'y a pas de difficulté de prise en charge.

En 2005, la famille déménage mais reste en Eure-et-Loir, suite à une mutation professionnelle du beau-père. La famille y reste un an et demi, puis déménage, suite à un cambriolage.

Clément, âgé de 10 ans, est alors dans un autre I.M.E d'Eure-et-Loir, il y va tous les jours, apparemment sans problème particulier. Clément rentre dans les apprentissages, connaît toutes les couleurs, commence à lire. Il a un suivi pédopsychiatrique une fois par semaine seul, sans suivi au Centre Médico-Psychologique (C.M.P).

En juin 2005, l'ensemble de l'équipe de l'I.M.E observe des problèmes de comportement « comme les autres » selon les parents. Il commence à être en difficultés dans les apprentissages : il ne sait pas écrire, mais il compte et lit l'heure.

En 2006, la famille déménage en Loire Atlantique, suite à une deuxième mutation professionnelle du beau-père de Clément. Clément fait d'ailleurs partie, dans sa commune, d'un club de football, pendant deux ans : il va avec enthousiasme aux entraînements mais les cours sont arrêtés par manque de participants.

Depuis octobre 2005, le beau-père de Clément fait des démarches auprès de la Maison Des Personnes Handicapées de Loire Atlantique (M.D.P.H) pour un relais de prise en charge en I.M.E.

La M.D.P.H oriente la famille vers l'ensemble des I.M.E de la région, seul un accepte de recevoir Clément, en janvier 2007. Clément, âgé de 12 ans, est donc plusieurs mois sans prise en charge, restant au domicile familial avec sa mère.

Clément est, depuis janvier 2007, au sein de cet Institut Médico Educatif (I.M.E) à raison de deux matinées par semaine puis 3 demi-journées en 2008-2009, 4 demi-journées par semaine début 2012, 3 demi-journées à la rentrée 2012 et à partir de janvier 2013, 4 demi-journées.

Un essai de 3 jours complets en internat a été essayé avant l'admission ; les intervenants se sont rendus compte des difficultés de Clément (peur du noir, impossibilité d'être seul, énurésie), stipulant l'impossibilité d'internat.

Depuis son entrée à l'I.M.E, Clément est suivi par le psychiatre référent de l'I.M.E, des entretiens familiaux avec ses parents sont également organisés. C'est avec ce médecin qu'un diagnostic plus précis est évoqué « *troubles graves de la personnalité* ». Ce médecin est, également, l'initiateur d'un traitement par antipsychotique atypique, en 2007, suite aux problèmes de masturbation et de troubles du comportement présentés par Clément.

A cette époque, la prise en charge est difficile. Clément présente des troubles du comportement, avec hétéroagressivité verbale et physique, envers les autres jeunes de la structure et les éducateurs. Il nécessite, au sein de l'I.M.E, une prise en charge individuelle par un éducateur, du fait de pulsions sexuelles importantes avec plusieurs passages à l'acte envers les femmes.

Les parents sont soutenus par l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E) qui a mis en place une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F), une fois par semaine, pour faire des activités avec Clément et soulager sa mère au domicile.

Au vu des troubles du comportement observés au sein de l'I.M.E, les parents de Clément sollicitent, sur les conseils de l'I.M.E, le C.M.P de Nort sur Erdre afin d'étoffer la prise en charge, la place de Clément étant compromise au sein de l'établissement. Le psychiatre référent de l'I.M.E préconise, dans son courrier, une prise en charge en hôpital de jour lorsqu'il n'est pas à l'I.M.E.

Clément et sa famille sont reçus, à plusieurs reprises, en consultation, par un médecin du C.M.P qui constate à l'interrogatoire qu'il n'existe pas de trouble du comportement majeur. Clément peut être effectivement dans une attitude de collage à l'autre mais présente, avant tout, un retard mental. De plus, il n'existe pas, au sein du service, d'hôpital de jour pour adolescents.

Le service ne disposant pas de structure adaptée, Clément a alors un suivi, une fois par mois, avec un pédopsychiatre, pendant deux ans.

En avril 2008, Clément, âgé de 13 ans, bénéficie de trois demi-journées par semaine à l'I.M.E et le reste du temps est au domicile de ses parents. En plus de se rendre en consultation sur le C.M.P, Clément continue son suivi avec le psychiatre de l'I.M.E une fois par semaine.

Devant l'impossibilité de mettre en place un soin adapté pour Clément et les nombreuses sollicitations de l'I.M.E (psychiatre référent, assistante sociale, éducateur référent, directeur de l'I.M.E), sa situation est discutée sur le Centre de Soins de Nantes avec l'indication, pour ce jeune et sa famille, de se rendre au Centre d' Accueil et de Soins pour Adolescents (C.A.S.A), partie intégrante du service de pédopsychiatrie.

Au cours de cet entretien d'accueil, l'éducatrice évoque les révélations de Clément, auprès de l'I.M.E, en février 2008, d'abus sexuels dans les toilettes publiques, à plusieurs reprises, par un voisin âgé de 15 ans.

Suite au signalement effectué par l'I.M.E, Clément a été reçu par la brigade des mineurs. Le jeune mineur, quant à lui, a été jugé et condamné à trois années d'emprisonnement avec sursis, ainsi qu'une obligation de soins et de travail.

Depuis, Clément présente un débordement sur le plan sexuel, avec des troubles du comportement, agressions verbales et physiques, envers la gente féminine. L'instauration d'un traitement par antipsychotique atypique a quelque peu amendé les troubles.

Au décours de cet entretien, il n'y a pas de prise en charge organisée, du fait de l'impossibilité de prendre en charge ce jeune qui nécessiterait des temps d'hôpital de jour.

A la rentrée 2009, l'I.M.E propose à Clément, âgé de 14 ans, de venir tous les jours, mais suite à des troubles du comportement sexuels, des tentatives d'attouchements sur les jeunes filles et l'impossibilité d'être en collectivité, Clément est hospitalisé quinze jours dans le Service d'Hospitalisation Intersectorielle de Pédopsychiatrie de Loire Atlantique (S.H.I.P) à la rentrée 2009.

La contenance du cadre de l'hospitalisation favorise la réduction des troubles du comportement, permettant un retour à domicile rapidement.

A sa sortie, Clément reprend l'I.M.E, à raison de 2 demi-journées par semaine, et est orienté, en octobre 2009, vers un autre pédopsychiatre, responsable de C.A.S.A, posant le diagnostic de troubles de la maturation sexuelle en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation.

En octobre 2009, l'équipe C.A.S.A reçoit Clément et sa famille, entretien durant lequel est évoqué la possibilité d'une prise en charge individuelle, avec deux soignants, une fois par semaine, et un soutien psychothérapeutique par le pédopsychiatre référent.

La prise en charge individuelle est arrêtée en février 2010, au décours de la deuxième séance, Clément ayant agressé verbalement, dans la salle d'attente, une autre jeune fille. Le pédopsychiatre fait un signalement de cet incident au Substitut du Procureur, en sollicitant un rappel à la loi pour Clément.

Par ailleurs, devant le « sentiment d'impasse » que suscite la situation de Clément pour l'ensemble des intervenants, des concertations régulières avec l'I.M.E sont organisées, lieu propice aux échanges et à une élaboration commune.

La prise en charge reste toujours difficile, avec une impossibilité de mettre en place un suivi satisfaisant et adapté à Clément.

En septembre 2010, suite à une réunion médicale, un changement de pédopsychiatre est envisagé, sur le C.M.P de Blain, dont des consultations tous les quinze jours avec Clément et sa famille. L'objectif est « d'essayer autre chose, autrement ».

Ces consultations bimensuelles ainsi que le travail avec les parents de Clément, les concertations avec l'ensemble des protagonistes du soin, contribuent largement à l'amélioration clinique de Clément.

En novembre 2010, un groupe thérapeutique est évoqué en réunion clinique, le groupe forge (groupe C.A.T.T.P). Cet atelier thérapeutique est composé de 4 jeunes et 3 soignantes dont une ergothérapeute. Le médiateur utilisé est le métal avec possibilité d'utilisation d'outils à métaux. Cet atelier, débuté en février 2011, met en avant les difficultés de Clément à être en groupe, à respecter le cadre de l'atelier. Il est régulièrement attaqué verbalement par les autres jeunes du groupe, il peut être très intrusif vis-à-vis des autres jeunes et des soignants. Le groupe est arrêté au vu des difficultés de Clément dont son impossibilité d'être en collectivité.

Par ailleurs, il continue son suivi individuel et l'ensemble de l'équipe du centre de soins de Blain tente d'élaborer une autre proposition thérapeutique. Il est important de souligner que, pour chaque groupe thérapeutique, une « reprise entre soignants » est instituée, après chaque séance, ainsi qu'un temps de supervision, avec un pédopsychiatre ou une

psychologue, plusieurs fois dans l'année. De plus, chaque semaine, une réunion de synthèse « C.A.T.T.P » est prévue pour évoquer en équipe « les situations qui posent problème ».

Parallèlement, une concertation entre l'I.M.E, l'A.S.E et le centre de soins de Blain est organisée, début 2011, signifiant une amélioration globale de l'état psychique de Clément, un début d'apprentissage de l'écriture, d'autonomie au domicile. L'avenir de Clément, âgé de 16 ans, est abordé ainsi que la question d'un projet d'Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T).

Clément a régulièrement présenté, ces dernières années, des épisodes d'apragmatisme sévère, avec repli sur soi, masturbation et hypersomnie, probables réponses défensives réactionnelles à une montée pulsionnelle, dans des contextes de séparations, répétées, avec son milieu familial bien souvent (déménagement, longue période de vacances, départ seul chez ses grands-parents).

La concertation entre l'équipe de soins, l'I.M.E et l'A.S.E, en juillet 2011, met en avant une meilleure adaptation de Clément au sein de l'I.M.E, l'attaque du cadre n'est plus que verbale. L'équipe de l'I.M.E envisage, alors, une augmentation du temps de Clément, à trois demi-journées par semaine dont une aide scolaire.

L'ensemble des prises en charge, le travail en collaboration avec d'autres professionnels, l'adaptabilité des structures aux difficultés de Clément, en fonction de leurs propres limites, semblent porter leurs fruits.

Ce n'est pas pour autant que les troubles ont disparus. En septembre 2011, une éducatrice porte plainte contre Clément, suite à des gestes déplacés de celui-ci envers elle. Clément est auditionné à la gendarmerie, il n'y a pas de suite judiciaire mais une expertise psychiatrique est ordonnée par le juge, émettant de vives inquiétudes quant à la situation de Clément et son maintien à l'I.M.E.

A la rentrée 2011, un nouveau groupe thérapeutique en équithérapie, auquel nous avons participé, est proposé à Clément, groupe formé de trois soignantes dont une équithérapeute et un autre jeune.

Chaque séance d'équithérapie hebdomadaire est suivie d'une reprise entre soignantes, permettant de rediscuter des séquences de la séance, et, une fois par mois, une supervision est organisée avec le pédopsychiatre référent. Cette médiation propose un cadre bien précis

avec la permanence du lieu, des soignants et des différentes séquences (temps d'accueil, pansage auprès des chevaux, temps avec les chevaux et temps de discussion après la séance). Nous allons voir par la suite les difficultés que Clément, ainsi que celles des soignantes, lors de cette prise en charge.

Au fil du temps, soutenu par des prises en charge intensives, variées et élaborées pour lui, Clément présente moins de passages à l'acte, est davantage dans l'élaboration, les troubles du comportement s'amendent.

D'ailleurs, la concertation au sein de l'A.S.E, en janvier 2012, insiste sur une meilleure adaptation de Clément, avec une distance plus adaptée à l'autre. Clément retrouve une place dans l'I.M.E avec les autres jeunes. En mai 2012, pour la première fois Clément fête chez lui son dix-septième anniversaire avec d'autres jeunes de l'I.M.E.

En juin 2012, la concertation pluridisciplinaire met en avant les progrès de Clément ; les autres jeunes n'ont plus peur de lui, il peut tenir deux heures d'activité, les règles ne sont pas encore intériorisées mais il respecte le cadre.

La question de son avenir est envisagée avec une orientation Section Aménagée de Centre d'Aide par le Travail avec un foyer d'hébergement, ainsi que la possibilité de l'I.M.E d'augmenter le temps de Clément dont le temps scolaire et un essai d'internat voire de séjour.

Le service de pédopsychiatrie décide, malgré l'âge de Clément, de poursuivre une année supplémentaire le suivi et l'équithérapie, afin de préparer le relais en psychiatrie adulte.

L'avenir de Clément questionne l'ensemble des professionnels ainsi que son entourage. Une réflexion commune est menée autour de son autonomie avec plusieurs alternatives : essai de stage en E.S.A.T, de foyer occupationnel, d'internat ou d'appartement avec aide.

Au travers de ce cas clinique, nous pouvons illustrer quelques points fondamentaux, pour la prise en charge de patients chroniques, par l'abord de la psychothérapie institutionnelle, comme l'importance de la permanence de l'institution dans le temps, de l'élaboration, de la mise en sens des passages à l'acte, pour le patient et le soignant, en équipe, afin, de contrer la sidération psychique parfois vécue dans la psychose mais, également, de la possibilité de la projection des mécanismes de défense d'un patient au sein même d'une équipe soignante...

Comment contenir par moment l'incontenable, quand la parole n'est plus possible quels relais avons-nous ? Pouvons-nous porter seuls le poids de la chronicité ? Comment faire face à la violence et ne pas être dans le rejet du patient hors de l'institution ?

I.2.2. Cas de Monsieur A. : place de sujet, faire face au déni.

Il s'agit d'un patient de 40 ans, présentant une schizophrénie dysthymique, que nous avons rencontré au cours de notre stage au Centre Hospitalier Georges Mazurelle de la Roche-Sur-Yon. Il a été hospitalisé pendant trois mois pour un délire chronique évoluant depuis environ cinq ans, non pris en charge jusque-là.

I.2.2.a Présentation du service.

Il s'agit du service du Sud-Ouest comprenant en intrahospitalier (sur le site du C.H.S. Georges Mazurelle) une unité d'admission de 40 lits et une unité intersectorielle de 10 lits pour des patients avec une durée moyenne de séjour très importante. En extrahospitalier, deux C.M.P, deux hôpitaux de Jour, se situant à La Roche-Sur-Yon et sur les Sables d'Olonne.

Il existe également une unité intersectorielle de médiations thérapeutiques dont l'ergothérapie et les séjours thérapeutiques. Enfin, des ateliers thérapeutiques « les Bazinières » permettent l'évaluation des compétences de chaque patient, ainsi qu'une réinsertion professionnelle, lorsque cela est possible.

Plusieurs réunions (institutionnelle, médecins-cadres, synthèse, supervision) scandent l'intra et l'extrahospitalier.

I.2.2.b Présentation clinique.

Monsieur A. est originaire du Maine et Loire, il est célibataire sans enfant. Il est l'aîné d'une fratrie de trois, deux sœurs habitant en Loire Atlantique. Ses parents, tous les deux retraités, sont très présents.

Il a travaillé comme commercial dans plusieurs entreprises après son Brevet de Technicien Supérieur et un baccalauréat professionnel. Il n'a plus d'emploi depuis qu'il vit en Vendée,

c'est-à-dire depuis cinq ans. Il ne perçoit aucun revenu, ses parents subviennent totalement à ses besoins.

Il vit seul dans la maison secondaire familiale, en Vendée, il est très isolé. Ses parents vivent dans la région angevine.

Il est adressé en mai 2010 en Hospitalisation à la demande d'un tiers (son père) aux urgences des Sables d'Olonne, par son médecin traitant, pour une hospitalisation en psychiatrie, suite à sa convocation auprès du Juge des Tutelles.

A l'interrogatoire, nous ne retrouvons aucun antécédent, notamment psychiatrique. Cependant, il existe probablement un voyage pathologique à la Réunion, il y a cinq ans, au moment de l'apparition des troubles.

Début mai 2010, il a été expertisé pour une mise sous tutelle, demandée par ses parents, du fait de dépenses intempestives. Le psychiatre en charge de l'expertise aurait préconisé une hospitalisation en milieu spécialisé. Par la suite, il aurait vu le juge des Tutelles qui lui aurait conseillé de voir son médecin traitant pour recevoir des soins.

Monsieur A. n'est plus en mesure de s'assumer financièrement, notamment son prêt immobilier contracté, il y a plusieurs années, pour l'achat d'appartements. Il est totalement dépendant financièrement de ses parents, depuis l'apparition des troubles délirants, il y a cinq ans.

Aux urgences des Sables d'Olonne, Monsieur A. se présente avec un courrier de son médecin traitant demandant une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie.

Le patient pense que ce courrier relate la nécessité de passer un scanner dans le cadre de ses douleurs diffuses.

Son discours est délirant, à thématiques mégalomaniaque et mystique. Il est observé une discordance idéo-affective, une logorrhée, des bizarries dont des rires immotivés. Sa pensée est diffluente, il se perd dans des détails anatomiques pour expliquer sa demande d'examens somatiques. Il est incapable de fournir des informations claires. Il est dans le déni de ses troubles, hermétique à toute critique. Il ne présente cependant pas de tension psychique majeure.

Son médecin traitant est joint par téléphone, évoquant le suivi de Monsieur A. depuis huit ans avec des troubles délirants persistants depuis cinq années sans aucun suivi psychiatrique par ailleurs.

Le médecin traitant précise qu'il s'agit d'un délire paranoïaque, Monsieur A. ayant déjà proféré des menaces sur plusieurs personnes sans agressivité avérée. Son médecin traitant a régulièrement ses parents au téléphone, désemparés par la situation de leur fils et demandeurs de soins pour lui.

Il y a deux ans, le médecin traitant avait orienté, Monsieur A., vers les urgences des Sables d'Olonne avec une demande d'hospitalisation sous contrainte qui n'avait pas été validée par le psychiatre des urgences.

Après l'évaluation psychiatrique faite aux urgences, il est alors transféré au Centre Hospitalier Spécialisé Georges Mazurelle en hospitalisation sous contrainte dans un secteur qui n'est pas son secteur d'origine.

A son arrivée dans l'unité, il est calme, coopérant et somnolent. Il n'a pas été prévenu qu'il était en psychiatrie, il pense passer des radiographies.

Les jours suivants, Monsieur A. présente un tableau délirant complexe et enkysté avec adhésion complète au délire ainsi que des éléments thymiques dont une logorrhée. Il se dit membre de l'O.N.U, rattaché au Vatican, faisant partie de la confrérie des Saintes Marie, avec une mission « étatique ».

Il évoque l'expertise psychiatrique comme une démarche aux prud'hommes. Plusieurs thématiques sont présentes : mégalomaniaques, de religion, protection du patrimoine, investissement immobilier, filiation, politique, mathématiques avec un mécanisme interprétatif essentiellement, un raisonnement paralogique hermétique ainsi qu'une exaltation modérée de l'humeur.

Il existe un déni total des troubles, des rationalisations morbides importantes sans propos persécutifs. Il reste persuadé d'être hospitalisé au C.H.S pour algodystrophie de l'épaule.

Monsieur A. est transféré, trois jours après son admission, dans son secteur d'origine. Il ne présente pas d'agitation motrice mais une tachypsychie et une logorrhée importantes. Le discours reste totalement incohérent. Un scanner cérébral est effectué au cours de son hospitalisation, s'avérant sans particularité.

L'instauration d'un traitement à visée anti-productive et thymorégulatrice (*Rispéridone* et *Olanzapine*) permet une diminution de la symptomatologie délirante qui reste, cependant, toujours persistante avec un maniérisme, des bizarries et une fuite des idées importantes. Monsieur A., initialement réticent à tout traitement, ne s'oppose pas à le prendre, signifiant à plusieurs reprises à l'équipe, l'efficacité du traitement comme antalgique pour ses douleurs articulaires. L'adhésion et l'alliance thérapeutiques sont de bonnes qualités.

Un mois après le début de son hospitalisation, Monsieur A. parle de son hospitalisation comme un centre de convalescence pour son épaule avec des activités de loisirs qui lui conviennent tout à fait : lecture, activité sportive dans le jardin.

Par la suite, à plusieurs reprises, Monsieur A. demande sa sortie sans entendre aucunement les raisons de son hospitalisation. Le déni des troubles est encore présent avec des rationalisations morbides. En entretien, il peut ainsi tenter de démontrer les liens entre le missel et les pasteurs, le sel des Saintes Maries de la mer et le beurre demi-sel que faisait sa grand-mère...

La thymie et les éléments délirants sont assez fluctuants au cours de l'hospitalisation, avec des moments d'exacerbation intenses de ce délire à thématiques variées (pasteurs, Sainte Maries de la mer, les artisans d'art, ses missions pour le gouvernement et l'armée, le brevet pour la création d'un nouveau matériau mi-ardoise, mi-osier à l'origine de sa convocation par le Juge des Tutelles).

Au fil des entretiens, Monsieur A. entend les raisons de son hospitalisation, même s'il n'adhère pas à ces hypothèses.

Dès lors, il effectue, au sein du service, de multiples recherches dans le dictionnaire afin de comprendre les explications médicales données. De manière assez surprenante, il intègre aisément les projets de soins post hospitalisation (Centre Médico-Psychologique, Hôpital de Jour) et le traitement proposé.

La mise en place de l'hôpital de jour est initiée en intrahospitalier, à raison de trois prises en charge par semaine, pour faciliter le transfert des liens thérapeutiques sur l'extrahospitalier. Sont débutées des sorties d'essai mensuelles à partir de juillet 2010, dans le cadre du début de la prise en charge ambulatoire.

Entre temps, une mesure de curatelle renforcée a été mise en place, avec un curateur mandaté. Une demande d'Allocation Adulte Handicapé est aussi effectuée, pendant son temps d'hospitalisation, puisque Monsieur A. n'a plus de revenu depuis cinq ans.

Un mois et demi après son admission, Monsieur A. est plus accessible, ses pensées étant moins dispersées. Début août, ses parents sont reçus en entretien, afin d'évoquer le diagnostic, la prise en charge ambulatoire, son projet de vie en post hospitalisation (retour dans la maison secondaire avec continuité des soins entamés ou rapprochement familial avec relais de soins). Il est diagnostiqué troubles schizo-affectif, type maniaque (F25.0).

Dès lors, Monsieur A. bénéficie de permissions accompagnées, puis seul, qui se déroulent de manière correcte. Finalement, d'un commun accord avec ses parents et Monsieur A., le retour s'effectue dans la maison secondaire des parents.

A sa sortie le 30 août 2010, le projet de soins est de trois demi-journées à l'hôpital de jour et d'un suivi mensuel médical au C.M.P en consultation, associé à un temps d'accueil au C.M.P, tous les vendredis matins, avec confection du semainier.

Monsieur A. bénéficie d'une sortie d'essai de trois mois à partir d'août 2010 malgré la persistance d'éléments délirants mais avec une adhésion au projet de soins. Son traitement de sortie se compose d'un traitement oral et d'injection retard pour éviter toute rupture de traitement prématuée.

La curatelle est en cours, en attendant, l'assistante sociale du secteur l'accompagne dans ses démarches administratives.

L'équipe soignante de l'hôpital de jour relate un très bon investissement lors de ses médiations (jeux de société, ciné culture et multisport). Monsieur A. est de bon contact, stable sur le plan thymique. Dans l'ensemble, il est régulier dans ses prises en charge, son comportement est adapté envers les patients et les soignants.

En février 2011, un premier bilan est effectué, par l'ensemble des soignants : Monsieur A. est investi dans les soins, il est autonome dans les tâches de la vie quotidienne, il a des activités en dehors des temps de prise en charge (marche, lecture du journal, cinéma).

A plusieurs reprises, Monsieur A. remet en question le diagnostic, il pense encore avoir été hospitalisé pour son épaule... Il souhaite alléger ses prises en charge, notamment l'hôpital de jour et trouver un travail.

Une synthèse sur l'hôpital de jour est organisée : une modification des médiations thérapeutiques (temps culturel, marche) et l'évocation d'ateliers thérapeutiques pour l'accompagner vers une réinsertion socio-professionnelle permettent à Monsieur A. de se réinscrire dans son projet de soins.

Malgré l'étayage mis en place, il persiste un délire à bas bruit. Les certificats mensuels relatent d'une amélioration clinique avec une conscience partielle des troubles, une compliance aux soins malgré la persistance de ses convictions délirantes.

Monsieur A. bénéficie d'un séjour thérapeutique, organisé par les Thérapies à Médiation Maritime, en mars 2011 lors duquel se révèlent d'autres difficultés : une incurie et une tendance à s'isoler.

En mai 2011, Monsieur A. participe à nouveau, sur prescription de son psychiatre référent, à un séjour thérapeutique dans le cadre des thérapies à médiation maritime. Une évaluation globale est ainsi faite, confirmant les observations faites au précédent séjour, retrouvant un retrait, une inhibition, une difficulté à verbaliser et à entrer en relation, des éléments délirants sont même suspectés (demande sans cesse si l'eau est potable). Monsieur A. semble parasité avec une instabilité psychomotrice. Par ailleurs, les soignants prennent conscience que la prise de traitement est désordonnée et qu'il doit être aidé dans la préparation des repas.

En mai 2011, il arrête spontanément son traitement pendant une semaine car il pense qu'il y est allergique. Les soignants sont rapidement informés puisque Monsieur A. le formule auprès d'eux.

Ses parents vivent encore à mi-temps avec lui. Monsieur A. se rend très régulièrement chez eux. Ils soutiennent le projet d'ateliers thérapeutiques en cours, ils l'accompagnent, à sa demande, pour une visite en juin 2011.

En juillet 2011, son état clinique est stable, avec aménagement des manifestations délirantes, une absence de troubles du comportement. Il reste compliant aux soins qui lui sont proposés à l'hôpital de jour, au C.M.P et se montre investi dans ses projets.

Monsieur A. demande, en septembre 2011, la diminution de son traitement qu'il met en lien avec les séquelles de l'algodystrophie de son épaule. La diminution du traitement est bien tolérée.

Monsieur A. effectue, au cours de l'été 2012, un séjour d'évaluation sur deux ateliers thérapeutiques des Bazinières (Etablissement de soins et de réadaptation en Santé Mentale ESRSM) : activité usinage bois et activité conditionnement pièces métalliques.

L'atelier usinage bois accueille sept personnes en soins de réadaptation et une personne en stage d'évaluation, deux moniteurs encadrent l'atelier. Différents travaux de menuiserie sont réalisés en lien avec les entreprises locales, deux jours par semaine un groupe de trois personnes participe au nettoyage des abris bus des Sables d'Olonne pour la société Abri Services.

Dans l'ensemble Monsieur A. est intéressé par les activités proposées, il souhaite investir durablement un projet de réinsertion professionnelle pour reprendre des horaires et un rythme, en vue d'une réintégration en milieu ordinaire. Il n'est noté aucune difficulté particulière concernant le respect des horaires, la régularité, sa présentation générale et son hygiène, sa relation avec l'encadrement et son acceptation par le groupe. Il est conscient de ses capacités et de ses difficultés, il peut prendre des initiatives.

En août 2012, Monsieur A. reste dans le déni de ses troubles, il est normothymique sans élément délirant; il est compliant aux soins et au traitement au long cours même s'il demande régulièrement une diminution de son traitement.

Il est admis à l'atelier usinage bois à partir de septembre 2012, jusque-là ses prises en charges à l'hôpital de jour ont été maintenues ; son intégration est bonne au sein de l'atelier. Il aimerait à l'issue des deux années intégrer un E.S.AT espaces verts. Monsieur A. continue à être suivi tous les deux mois par son psychiatre référent.

Au travers de cette autre situation, nous allons pouvoir évoquer d'autres enjeux de la chronicité comme la confusion possible entre le désir du patient et le désir des soignants, l'accompagnement de la pathologie mentale malgré le déni du patient, la richesse du travail en équipe et des différents regards portés sur le patient, l'importance de la présence soignante sur la durée.

I.2.3. Cas de Madame B. : rechutes ou échecs thérapeutiques ?

Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans que nous avons rencontrée au cours de notre stage sur l'Unité Lou Andréa Salomé où elle a été hospitalisée, à deux reprises, pour anorexie restrictive avec vomissements et hyperactivité physique, déclenchée au cours de sa grossesse.

I.2.3.a Présentation du service.

Le service d'addictologie du C.H.U de Nantes regroupant plusieurs unités, nous faisons le choix de préciser uniquement le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation, concernant les addictions alimentaires et comportementales et l'hôpital de jour qui y est rattaché.

L'unité d'hospitalisation regroupe 14 lits accueillant principalement des patients présentant des troubles du comportement alimentaires, mais également des patients présentant des addictions aux jeux vidéo. La moyenne d'âge varie entre 16 et 30 ans. Pour cette raison, de manière peut être plus intense que dans d'autres services, le travail avec les familles reste un aspect primordial des prises en charge.

L'unité d'hospitalisation a une offre de médiations thérapeutiques importantes, en lien avec l'approche corporelle (balnéothérapie, autour du corps), l'estime de soi, la sphère émotionnelle (voix, musicothérapie). Rajoutons à ces médiations collectives, des possibilités de médiations individuelles à adapter en fonction de la problématique de chaque patient (massage, travail sur les photos, travail sur le miroir).

Il s'agit d'un dispositif de soins bien particulier puisque tous les patients accueillis sont en hospitalisation libre, en ont préalablement fait la demande, puis ont été reçus en consultation par un praticien du service.

Si une indication d'hospitalisation est posée, le patient est reçu par le praticien référent de l'unité et « des objectifs d'hospitalisation » sont fixés d'un commun accord entre le médecin et le patient.

Concrètement, ces objectifs se formalisent sous la forme d'un « contrat », d'environ trois semaines, renouvelables plusieurs fois, où sont écrits les différents objectifs, les médiations thérapeutiques, et « le cadre » (taille de plateau, groupe évolutif, complément alimentaire...). Au-delà de la prise en charge individuelle de chaque patient, il existe un « cadre collectif » avec certaines règles, horaires des repas, du coucher, temps de repos...

De plus, afin de respecter le rythme de chacun, des « groupes d'évolution » (groupe 1 à 3) ont été institués avec un cadre, de plus en plus ouvert, en fonction de l'évolution de chaque situation et soumis, entre autre, à des objectifs pondéraux, s'il s'agit de troubles alimentaires.

Notons que le « repas thérapeutique » prend une valeur particulière et est un temps primordial dans une telle unité.

L'équipe infirmière fonctionne sur le système de « référents » : même si l'ensemble des soignants est impliqué dans les prises en charge, le référent occupe une place de « proximité » auprès du patient, avec tout ce que cette position peut susciter vis-à-vis du transfert, contre-transfert, clivage, projection...

La prise en charge des familles est également particulière dans ce service. La problématique de séparation étant très régulièrement au centre des processus addictifs, et surtout alimentaires, il est institué une « semaine de séparation », généralement au décours de la première semaine d'hospitalisation, avec pour objectif, entre autre, « d'acter une séparation » dans la réalité qui, en général, ne peut se faire sur le plan symbolique.

Au décours de cette semaine, un entretien spécifique, de « retrouvailles », est organisé en binôme avec un référent infirmier et le praticien ou la psychologue. Par la suite, des entretiens familiaux réguliers sont organisés, la fréquence et le nombre variant d'une situation à l'autre.

Synthèse hebdomadaire, réunions de fonctionnement, transmissions, supervisions restent des temps institutionnels primordiaux au sein de l'unité, avec entre autre des questionnements réguliers concernant les médiations.

L'hôpital de Jour d'addictologie, centré sur les addictions alimentaires et comportementales, situé à « l'espace Barbara », propose une offre de soin très variée, avec si nécessaire plusieurs demi-journées par semaine, des contrats de trois mois avec des bilans réguliers, en

présence d'un référent infirmier (de l'H.D.J), du praticien référent de la structure ou de la psychologue.

Ce site est également un lieu de consultations pour assurer les suivis extrahospitaliers.

Précisons que ce service (H.D.J, consultation, Unité Lou Andréa Salomé) accueille des patients de la France entière, puisque peu de régions possèdent des unités spécialisées dans cette problématique.

I.2.3.b Présentation clinique.

Madame B. est d'origine bretonne, elle est mariée depuis 2007. Ils ont une petite fille née en mars 2009.

Son frère ainé est également marié, père de deux petites filles. Ses parents sont retraités, habitant à quelques dizaines de kilomètres de son domicile.

Sur le plan familial, la mère de Madame B. a quatre autres sœurs dont une qui est traitée pour dépression avec notion d'idées délirantes, hospitalisée la première fois le jour du mariage de Madame B.

Son père a cinq autres frères et sœurs ; sa mère est décédée prématurément suite à un accident quand il avait 9 ans.

Son grand-père paternel était qualifié par Madame B. de « très travailleur », puis son âge avançant, ses forces diminuant et un important sentiment d'inutilité l'envahissant, il s'est suicidé, en 2009, par pendaison. C'est d'ailleurs, la mère de Madame B. qui a découvert son beau-père pendu, évènement très traumatisant et non pris en charge à cette époque.

Les parents de Madame B. se sont mariés dans les années soixante-dix, un an avant la naissance de leur premier enfant. A cette époque, ils tiennent un commerce avec des associés en Ille-et-Vilaine, puis, à la naissance de Madame B., le couple quitte le commerce et fait construire leur maison en Bretagne. Son père devient représentant, sa mère s'occupe des enfants.

Parmi les antécédents familiaux notables, nous retrouvons des troubles du comportement alimentaire en post-partum chez une tante et une cousine maternelles ,nécessitant plusieurs hospitalisations, deux cousins paternels avec des antécédents d'addictions aux toxiques, un oncle maternel éthylique chronique non suivi, ainsi qu'un oncle paternel suivi pour dépression. En 1990, sa mère est prise en charge pour une tumeur cérébrale, ayant nécessité des soins pendant un an avec une perte d'audition majeure.

Concernant ses propres antécédents, nous notons un tabagisme actif à un paquet par jour depuis le lycée, une consommation d'alcool modérée. Madame B. a été traitée pour un épisode dépressif majeur de 2011 à 2012 par antidépresseur, arrêté en novembre 2012, après avis de son psychiatre. Au cours d'un entretien, Madame B. évoque une agression sexuelle à l'âge de 3 ans subie par un voisin, qui n'a jamais été parlée au sein de la famille, évènement non pris en charge psychologiquement.

A la naissance de Madame B., l'ensemble de la famille déménage pour la région Bretagne, les parents quittant leur emploi.

Madame B. est qualifiée par ses parents d'enfant « gaie, sans problème, bonne élève ». Cependant, cette dernière décrit une enfance douloureuse, en lien avec une relation avec sa mère difficile, la qualifiant de « purement matérielle et sans affect ».

La verbalisation au sein de la famille est inexistante, semble-t-il, depuis toujours. Madame B. a assisté à de nombreuses crises clastiques, entre ses parents, avec plusieurs menaces de suicides de la part de sa mère.

A cette époque, aucun membre de la famille n'a insisté pour que la mère de Madame B. bénéficie d'un suivi spécialisé, malgré l'inquiétude de l'ensemble de la famille, tout comme Madame B. au début de sa maladie.

Son frère, reçu en entretien, a la même vision des difficultés intra familiales de l'époque. Madame B. ressent, depuis semble-t-il de nombreuses années, un sentiment d'insécurité dans sa relation à l'Autre.

Les valeurs paternelles sont omniprésentes dans le discours des enfants, soulignant l'importance du perfectionnisme et de la réussite.

Les représentations maternelles sont davantage centrées sur la dépression, la folie, Madame B. exprimant la nécessité de « ne pas ressembler à ma mère ». Madame B. peut dire qu'elle a haï sa mère pendant de nombreuses années, ne faisant par ailleurs aucun reproche à son père.

Sur le plan scolaire, Madame B. se décrit comme « perfectionniste », comportement valorisé auprès de son père.

Après un Deug, une licence et un Master en économie/gestion, Madame B. travaille, successivement, dans les assurances (2006) puis l'immobilier (2006). Elle quitte son poste après une proposition de mutation, pour travailler dans l'entreprise familiale de son époux. A posteriori, Madame B. peut dire à plusieurs reprises qu'elle ne s'est jamais sentie légitime d'y travailler.

La période de l'adolescence est très conflictuelle entre sa mère et elle, clamant à plusieurs reprises « je faisais tout pour ne pas lui ressembler ».

Parallèlement et dans l'après coup, elle décrit à cette époque des préoccupations corporelles importantes avec une alimentation et un poids contrôlés, attitudes confirmées en entretien par son frère. Ces préoccupations sont en lien, semble-t-il avec une nécrose lipoïdique, sans étiologie retrouvée, développée à l'âge de 15 ans, ayant laissé des cicatrices majeures sur les membres inférieurs.

Les repas sont, à cette époque, pesant aux dires de Madame B. : « ma mère ne parlait pas, papa faisait comme si de rien n'était ».

Madame B. ne décrit aucun effondrement thymique pendant ces années douloureuses : « et pourtant il y avait des raisons ». Sa puberté, à l'âge de 14 ans, ne semble pas avoir été une étape difficile.

Sa première relation amoureuse dure trois ans, datant de 1997.

En 2001, le suicide de son grand-père paternel, le jour des présentations de son compagnon à sa famille, reste un événement traumatisique pour Madame B..

Cet événement a été également traumatisique pour sa mère, découvrant le corps, qui, par la suite, a entamé un suivi individuel. Dès lors, les relations entre mère et fille se sont apaisées.

En 2006, Madame B. est employée dans l'agence immobilière de son conjoint et de son beau-père, sa place étant difficile à définir.

Avant l'été 2009, Madame B. pèse 58 kg, soit un Indice de Masse Corporelle (I.M.C) de 20,56 kg/m².

Le désir d'enfant est partagé au sein du couple, proposé en premier lieu par son époux. Six mois après cette décision, elle est enceinte.

Tout au long de sa grossesse, Madame B. a la crainte de devenir comme sa mère ce qu'elle s'est toujours refusée.

Les vomissements gravidiques datent des premières semaines, jusqu'à 5-6 par jour, présents tout au long de la grossesse : « la grossesse m'a appris à vomir ».

Madame B. est hospitalisée cinq jours en gynécologie en Bretagne dans le cadre des vomissements gravidiques.

Des craintes liées à son nouveau statut de mère, le refus de ressembler à sa mère, le manque de modèle et d'identifications maternelles sont omniprésentes tout au long de la grossesse.

Madame B. est en arrêt de travail à partir de la fin du deuxième mois, suite à une hypotension artérielle persistante. Cette inactivité est vécue difficilement.

Au vu d'une perte de poids de 12 kg, un retard de croissance intra utérin est observé, générant un fort sentiment de culpabilité de la part de Madame B. vis-à-vis d'un possible retard mental ou trouble psychique.

Même dans l'après coup, Madame B. n'évoque pas de moment d'inquiétude vis-à-vis de son propre état somatique (perte de poids de 12 kg au cours de la grossesse, aménorrhée secondaire).

Au cours de sa grossesse, Madame B. doit faire face à plusieurs événements à potentiel traumatisant et anxiogène.

Fin 2009, son frère est pris en charge médicalement pour un cancer des testicules. Peu de temps avant son opération, une tante maternelle, proche du couple, décompense un trouble bipolaire. Le jour de l'opération de son frère, le beau-père de celui-ci décède ainsi qu'un cousin du mari de Madame B..

Quinze jours avant la naissance de leur fille, le père de Madame B. déclare un cancer cutané, encore traité actuellement. Enfin, fin 2010, sa mère présente un cancer du sein. D'ailleurs, Madame B., inquiète pour sa mère, craignait une rechute dépressive mais, à sa grande surprise, il n'en fût rien : « j'étais étonnée de la force de caractère de ma mère ».

Sa fille naît début 2010, avec un poids de 2 kg 100, par suite d'un déclenchement à 37 semaines d'aménorrhée, précédée d'une surveillance médicale bi- hebdomadaire. Les vomissements cessent à la naissance mais Madame B. décrit des conduites compensatoires avec hyperactivité physique (préoccupations autour de sa fille, ménage, périodes de travaux au domicile).

La perte de poids se majore avec l'émergence de conduites de restriction et de sélection alimentaire. Madame B., malgré son état somatique, allaite pendant quatre mois, passant de 52 kg à 45 kg soit un I.M.C 15,95 kg/m² : « je ferai tout pour que ma fille ait ce que je n'ai jamais eu ».

Trois semaines après la naissance, la reprise alimentaire est possible mais les vomissements provoqués (3 par jour) se réinstallent, avec une majoration de la restriction, en avril 2010, provoquant « un effet de soulagement ».

A cette époque, son époux ignore les conduites purgatives, Madame B. décrivant une forte culpabilité vis-à-vis de ses vomissements.

Cependant, son époux remarque l'amaigrissement majeur de son épouse, lui signifiant son impuissance et ses inquiétudes tout comme ses parents.

Son poids se stabilise à 45 kg jusqu'à fin 2010, lors de l'été 2011 la perte de poids se majore (36Kg I.M.C 12,76 kg/m²).

Madame B. reprend une activité professionnelle à mi-temps dans l'entreprise de son époux six mois après la naissance de sa fille : l'aménagement de son poste, les horaires plus flexibles et la charge de travail réduite sont vécus difficilement.

Madame B. consulte pour la première fois son médecin traitant un an après le début de ses troubles, l'orientant vers un nutritionniste et un psychiatre.

Alors que son poids est stable à 45 kg depuis fin 2010, courant de l'été 2011, Madame B. pèse 36 kg, elle est hospitalisée alors, en endocrinologie en Bretagne, en octobre 2011 (entrée 36 kg IMC 12,76). Cette hospitalisation est envisagée, suite à une première consultation en septembre 2011 en endocrinologie, dans un contexte de dénutrition sévère, avec l'apparition d'œdèmes de la face et des membres inférieurs.

Après sept semaines d'hospitalisation, Madame B. demande une sortie contre avis médical, avec un poids de 37 kg soit un I.M.C à 13,12 kg/m².

En janvier 2012, devant la persistance de ses troubles alimentaires, d'un poids de 36 kg, Madame B. entame un suivi dans le service d'Addictologie de Nantes.

Lors de la première consultation Madame B. évoque la restriction et des vomissements décalés, après chaque repas, sans crise de boulimie ni de potomanie. Consciente « d'avoir enfoui beaucoup de choses », la question du lâcher prise reste difficile, mettant en avant un besoin de sécurité. Une prise en charge étayante est alors discutée, associant des temps en hôpital de Jour d'Addictologie, une hospitalisation sur l'unité Lou-Andréa Salomé.

En mars 2012, Madame B. rencontre un praticien hospitalier, référent de l'unité d'hospitalisation, afin de convenir d'une hospitalisation temps plein, suivie d'une prise en charge à l'hôpital de jour d'addictologie à l'Espace Barbara.

Ses attentes sont essentiellement centrées autour d'un **environnement soignant assez secure** pour reprendre du poids. Les objectifs posés sont d'atteindre 16 d'I.M.C, soit un poids de 45,100 kg, au cours d'une hospitalisation de plus de deux mois.

Une semaine après, Madame B. visite l'unité d'hospitalisation, accompagnée de son époux : elle exprime sa crainte du vide, de la coupure sociale, de l'absence d'intimité.

Au vu de son état somatique précaire (I.M.C : 12,4 kg/m², poids de 35 kg), une hospitalisation, en endocrinologie, est organisée avec l'obligation d'atteindre 13 d'I.M.C pour débuter une hospitalisation sur l'unité Lou Andréa Salomé.

Elle est alors hospitalisée d'avril à mai 2012 : son I.M.C d'entrée est de 12,2kg/m², une sonde naso-gastrique est mise en place, son poids de sortie est de 38,5 kg, soit un I.M.C de 13,6 kg/m².

Une deuxième hospitalisation est organisée, d'août à octobre 2012, suite à une perte de poids à sa sortie, et, l'absence de démarche effectuée pour confirmer sa demande de prise en charge sur l'unité Lou Andréa Salomé (poids d'entrée 34,7 kg IMC 12,29 kg/m², poids de sortie 37 kg, I.M.C 13,12 kg/m²).

Par ailleurs elle poursuit son suivi, entamé depuis 18 mois, avec sa nutritionniste et sa psychologue. Entre les deux hospitalisations Madame B. devait donc reprendre contact avec le service d'Addictologie, pour organiser une hospitalisation, ce qu'elle n'a pu faire. Lors de la deuxième hospitalisation en endocrinologie, le lien avec le service d'Addictologie a directement été fait, pendant l'hospitalisation.

Madame B. est hospitalisée à la rentrée 2012 sur l'Unité Lou Andréa Salomé, après deux hospitalisations en endocrinologie.

Elle fait le lien, à ce moment-là, entre son anorexie, les troubles de sa mère, les menaces de suicide, les angoisses de mort planant sur les deux femmes.

A plusieurs reprises, en entretien, Madame B. fait part aux soignants de ses peurs, notamment autour du vide et de la séparation avec son entourage.

Pour elle, les troubles alimentaires sont successifs à plusieurs évènements : en 2006, Madame B. accepte difficilement une mutation professionnelle, démissionne puis débute dans l'agence immobilière familiale de son époux ; en 2009 son arrêt de travail est mal vécu, les cancers consécutifs des membres de sa famille de 2009 à 2010 la fragilisent émotionnellement.

Le premier entretien avec son époux relate les antécédents anxieux de Madame B., avec de nombreuses crises de tétanie à l'âge de 19 ans, année de leur rencontre. Son époux témoigne de l'hyperactivité de son épouse autour de rituels de ménage depuis plusieurs années. D'ailleurs, depuis son hospitalisation, son époux et sa fille vivent chez ses beaux-parents.

Le début d'hospitalisation sur l'Unité Lou Andréa Salomé est difficile, Madame B. remet constamment en cause le cadre, est dans la négociation, se sent infantilisée, est dans le déni de ses troubles avec une tendance à la somatisation (céphalées, diarrhées).

Elle est consciente de ses difficultés à verbaliser ses appréhensions, son humeur « je n'ai pas le droit d'être triste, ça ne sert à rien, il faut rebondir, c'est ce que dit mon père ».

Madame B. met en lien ses ruminations anxiées avec sa représentation de la folie, l'incapacité de raisonner, s'identifiant alors à sa mère.

Au début très défensive, Madame B. présente, dix jours après le début de son hospitalisation, des éléments dépressifs avec une véritable souffrance morale, une tristesse importante, signant le commencement d'une possibilité de remise en cause de sa situation.

Par ailleurs, au vu d'une fluctuation pondérale importante, l'ensemble de l'équipe soignante émet des doutes vis-à-vis de vomissements, ce que Madame B. ne cesse de nier. Malgré un cadre plus limité (sorties restreintes, toilettes fermées), deux compléments alimentaires quotidiens, la perte de poids se majore.

Madame B. demande sa sortie au vu de cette situation, vécue comme un échec pour elle : son mari se range aux avis soignants, signifiant à son épouse qu'il ne viendrait pas la chercher.

Cette décision amplifie le vécu abandonnique de Madame B. éprouvant également un sentiment d'humiliation intense. La formulation de la demande d'aide reste difficile, signifiant pour sa part un état de faiblesse.

Le premier entretien avec ses parents est compliqué puisque la verbalisation n'est pas spontanée entre les différents membres.

Fin 2012, la perte de poids se majore, malgré une augmentation des apports alimentaires et un cadre de soins de plus en plus limité (troisième temps de repos, sorties limitées accompagnées, fermeture des toilettes et du placard).

Une sonde naso-gastrique est alors posée mais, malgré l'alimentation entérale (1L/J), la perte de poids se poursuit : la suspicion de vomissements est régulièrement abordée, Madame B. réfute toute conduite compensatoire. Cette perte de poids reste, pour elle et l'équipe soignante, incompréhensible.

Un transfert, en endocrinologie, est organisé devant la perte de poids (I.M.C 12,8 kg/m², poids 36,1 kg). Madame B. exprime sa crainte d'être dans la répétition, de reperdre du poids à la sortie du service d'endocrinologie.

En endocrinologie, le soin psychiatrique se poursuit, avec des entretiens réguliers avec l'addictologue de liaison, et entre autre, la mise en place d'un contrat de soins.

Madame B. est réadmise sur l'unité de soins Salomé, quelques semaines plus tard. A son entrée, son I.M.C est de 13 kg/m², un nouveau cadre de soins est mis en place, avec une sortie de 5 minutes par jour, trois temps de repos par jour, un objectif d'I.M.C de 14 avant une ouverture du cadre.

Cependant, Madame B. reste en difficulté pour respecter le cadre, est dans la négociation permanente, dans l'impossibilité de se laisser porter, vivant rapidement la relation à l'Autre comme une relation d'emprise.

Un vécu d'impasse est ressenti par Madame B., son entourage et l'équipe soignante : après une concertation en équipe, une interruption thérapeutique d'hospitalisation de 48 H est proposée, avec comme objectif d'expérimenter l'extérieur, de se réconforter quant à sa place d'épouse et de mère au sein de sa famille.

A son retour au sein de l'unité, est organisé un entretien familial avec ses parents. Son père verbalise ses propres difficultés à exprimer ses émotions, tout comme son propre père.

Ils ont pris conscience des difficultés de leur fille cinq mois après la grossesse. Ils font part de leurs inquiétudes quant à l'état de santé de leur fille, ressentant un sentiment d'impuissance intense. La maladie psychiatrique de la mère est évoquée lors de cet entretien, mais aucun des membres de la famille ne prolongera la discussion.

L'évolution psychique et alimentaire dans le service étant favorable, l'ouverture du cadre est possible mi-décembre avec possibilités de permissions. Le sevrage de la sonde nasogastrique est effective le 10 Décembre.

Les suspicions de vomissement perdurent malgré tout, Madame B. y étant inaccessible.

Le 24 décembre, une pesée aléatoire est effectuée avec objectivation d'une perte de poids de plus d'un kilo. Madame B. s'effondre auprès des soignants, évoquant des vomissements à plusieurs reprises et des fausses pesées (conduite de potomanie avant pesée).

L'accès aux affects dépressifs est difficile à vivre et à évoquer, en lien fortement avec sa mère.

Le cadre est alors re-questionné, l'ancien cadre de soin est privilégié ainsi que l'arrêt des permissions. Par ailleurs, un traitement antipsychotique à visée anxiolytique est introduit.

Au fil des entretiens, la prise de conscience de la maladie est progressive, centrée tout d'abord sur les conséquences physiques et les limitations dans les actes quotidiens.

La perte de poids persiste, le discours reste clivé : Madame B. nie tout vomissement, concède une hyperactivité physique.

Lors d'un entretien familial, son frère exprime sa tristesse vis-à-vis de la maladie de sa sœur. Il retrace leur histoire infantile, avec leur solitude face à l'absence de leur père, les crises clastiques de leur mère, la rupture des liens avec leur famille maternelle (délire de jalousie de la mère centré sur une belle-sœur). Madame B., quant à elle, est alexithymique tout au long de l'entretien... Aucun des enfants ne condamne leur père.

Peu à peu, Madame B. verbalise, auprès de l'équipe, ses angoisses, la crainte d'une prise de poids illimitée. Elle commence à prendre conscience réellement de sa maigreur, entraînant des douleurs physiques intenses.

Début 2013, devant une perte de poids persistante, l'équipe envisage une suspension de contrat d'une semaine avec l'arrêt de toute activité thérapeutique avec l'espoir soignant d'un possible accès à la dépression. Si Madame B. s'avérait dans l'impossibilité d'accéder à une « position dépressive », l'équipe validerait un retour à domicile avec aménagements (suivi somatique, consultations, travailleuse familiale).

Un entretien avec son époux est organisé au décours de cette semaine : il exprime des angoisses de mort majeures, exacerbées pendant l'été 2012, ne souhaitant plus revivre cela ainsi qu'une grande tristesse l'envahissant depuis la maladie de son épouse. Il décrit une légère amélioration concernant son épouse, « elle est comme dans un œuf fissuré », mais encore loin des émotions, de sa fille et de lui.

Au vu des difficultés d'évolution en intra hospitalier, il est décidé d'un retour à domicile avec aménagements : une travailleuse familiale deux fois par semaine, une reprise à mi-temps thérapeutique, si son I.M.C est supérieur à 15 kg/m², des temps d'hôpital de jour, si son I.M.C est supérieur à 14 kg/m², des consultations en ambulatoire avec son médecin traitant et un addictologue, et une hospitalisation, en endocrinologie, si son I.M.C est inférieur à 13 kg/m².

Lors de l'entretien avec son époux, effectué avant la sortie, ce dernier verbalise ses craintes quant à cette sortie, inquiétudes en lien avec une probable rechute et la nouvelle

organisation familiale. Madame B. est alors très fermée, remettant même en cause l'ensemble du suivi proposé.

Quelques semaines plus tard, au cours d'une consultation médicale, sur le service d'addictologie, Madame B. évoque ses difficultés à ne rien faire, la crainte du vide, son I.M.C est stable malgré une perte de 500 grammes.

Elle peut dire qu'en hospitalisation, il est plus aisé de se laisser porter, se reposer sur les autres. L'entourage est finalement peu présent, Madame B. faisant l'essentiel des tâches ménagères. Le couple refuse toute prise en charge hospitalière, persuadé d'une amélioration clinique en ambulatoire. Madame B. reste avec l'espoir d'une reprise de travail, dans les prochains mois, sous condition d'avoir un poids sécurisant (mi-temps thérapeutique à 15 d'I.M.C, reprise à temps complet à 16 d'I.M.C).

Il est convenu, avec le couple et l'addictologue référent, qu'une hospitalisation temps plein serait organisée, avec comme objectif 16 d'I.M.C de sortie, si la reprise à mi-temps n'était pas effective dans les six prochains mois, avec une prise en charge Hôpital de jour si l'I.M.C était supérieur à 15 kg/m².

En avril 2013, le couple est à nouveau reçu en entretien, ils refusent l'hospitalisation temps plein malgré la thymie fragile de Madame B. « je suis toujours en lutte je suis fatiguée », un I.M.C à 13,5 kg/m². Il est convenu d'une consultation avec une diététicienne et d'un contrat de prise de poids de 1 kg en 15 jours. S'il n'est pas rempli, l'hospitalisation ne pourra plus être différée, avec l'objectif de 15 d'I.M.C pour la mi-juillet.

Madame B. est hospitalisée au printemps 2013 sur l'unité Lou Andréa Salomé, elle est consciente de ses troubles, évoquant d'emblée une hyperactivité physique, associée à des conduites de restriction importantes, avec conservation des trois repas par jour.

Elle décrit une asthénie, une tristesse et une souffrance intenses « avant je ne me rendais pas compte que j'étais déprimée ».

Ses objectifs sont essentiellement pondéraux, avec un poids de sortie entre 42 et 45 kg, afin de retrouver une activité physique, psychique plus confortable et une reprise à mi-temps pour l'hiver 2013.

Le début d'hospitalisation est difficile, la séparation n'est pas évidente ainsi que le rythme et les quantités des repas. Elle verbalise des craintes corporelles avec une position ambivalente quant au changement. Le traitement mis en place l'aide à diminuer ses angoisses. Le cadre de soins reste restreint.

Cependant, la relation soignante est *insecure*, Madame B. montrant une anxiété anticipatoire devant toute proposition soignante.

Elle est consciente de ses paradoxes : une volonté de partage de ses émotions avec les professionnels, leur faire confiance et son besoin de maîtrise.

L'enjeu de l'équipe est de ne pas être dans des exigences extrêmes, avec la nécessité de limiter, par un cadre restreint mais sécurisant, les évolutions alimentaires de Madame B..

L'hyperactivité physique et intellectuelle avec les rituels de lavage, l'intellectualisation ont été travaillées tout au long de l'hospitalisation.

La maternité reste une des questions primordiales de Madame B., avec une souffrance authentique lorsqu'elle évoque ce qu'il lui est impossible de faire avec sa fille, du fait de son état physique, le regard des autres mères à la sortie de l'école, le vivant comme une véritable blessure narcissique.

La question somatique est omniprésente tout au long de l'hospitalisation, avec entre autre, la persistance de diarrhées chroniques, la perte de poids, la multiplication d'explorations complémentaires et de consultations spécialisées, aboutissant à une coloscopie sans particularité, Madame B. clamant « tout est dans ma tête ».

Malgré l'expérience de la première hospitalisation, les questions de cadre, de la bienveillance soignante et du lâcher prise restent délicates. Elle accepte cependant un traitement à visée anxiolytique, première étape du portage.

Les suspicitions de vomissements persistent au sein de l'équipe, avec un fort sentiment de rejet de la part de certains soignants, attitude défensive face à l'échec de la prise en charge.

En juin 2013, il est alors décidé en réunion clinique d'un contrat de soins et de poids, signé par la patiente et l'équipe médicale, afin d'augmenter la prise en charge individuelle et de favoriser le tissage d'un lien de confiance, entre Madame B. et l'équipe soignante, avec une sécurité somatique.

Chacun des soignants devient référent de Madame B. jusqu'à ce qu'elle atteigne un certain poids.

Madame B. accueille cette nouvelle proposition de soins de manière favorable, valorisée par sa singularité, « vous faites tout ça pour moi ».

Les premiers jours sont marqués par un meilleur contact, une alliance thérapeutique et le respect du cadre. Une partie de l'équipe note un véritable changement de position par rapport à la dernière hospitalisation.

Le cadre reste l'occasion pour Madame B., au travers de diverses négociations, d'exprimer ses ressentis émotionnels (colère, tristesse, humiliation) à l'ensemble des soignants.

Un temps d'entretien médical, en relation duelle, est proposé afin que Madame B. puisse nuancer ses émotions concernant sa prise en charge, son lien à l'équipe, son entourage et ne pas être dans le « tout ou rien ». Au total, ce temps est peu utilisé par la patiente, probablement par crainte des enjeux d'emprise de toute relation duelle.

Suite à une nouvelle perte de poids, Madame B. exprime, de manière authentique, une tristesse, une grande culpabilité, un épuisement psychique associé à des angoisses de mort massives.

Elle craint, également, que l'équipe soignante ne profère, à nouveau, des doutes quant à des conduites compensatoires.

Les réunions cliniques proposent des « pistes thérapeutiques » : la nécessité de restructurer la cellule familiale d'une part, le couple d'autre part, le lien maternel et préparer le retour à domicile (comment avoir le désir de sortir de l'hôpital et de la maladie ?).

Madame B. met en avant la question de la performance professionnelle, les enjeux implicites de dépendance à son mari : au cours de l'hospitalisation, elle signifie, auprès de son époux, l'importance que son nom apparaisse au sein de la société, ce que ce dernier accepte.

Début juillet, la prise de poids lui permet une ouverture du cadre, malgré tout son placard et les toilettes restent fermés. La frustration semble alors moins douloureuse qu'en début d'hospitalisation.

L'alliance thérapeutique étant de meilleure qualité, le travail sur les photographies se poursuit, le travail corporel est initié, démontrant une anesthésie physique totale.

Lors de l'entretien avec son époux, début juillet 2013, ce dernier met en avant les avancées de son épouse, essentiellement sur le vécu émotionnel, s'autorisant à les verbaliser. Madame B. envisagerait même de pouvoir se livrer davantage, à sa mère, sur ce qu'elle a vécu pendant son enfance.

Quelques jours après, est organisé un entretien avec ses parents, en deux temps, un temps avec son père et sa mère, un second temps avec sa mère, « un temps entre femmes ».

Ses parents évoquent une amélioration de l'état de santé de leur fille, expriment à nouveau des angoisses de mort importantes, depuis le début de la maladie, ainsi qu'une souffrance intérieure partagée, encore présente, souffrance avec laquelle Madame B. est pour la première fois en résonnance au moment de l'entretien.

Il est évoqué et discuté avec eux, l'importance de verbaliser leurs propres émotions pour aider leur fille à « reconnecter son corps et sa tête ».

Le second temps d'entretien est un évènement majeur dans la prise en charge. Sa mère, décrite comme distante et sans affect, livre ses inquiétudes pendant la grossesse de sa fille, la perte de poids, l'allaitement malgré un état somatique précaire, son impuissance face au rejet de sa fille de toute proposition d'aide. Madame B. se permet alors d'interroger sa mère sur ce qu'elle a ressenti à sa propre naissance : la dépression est nommée.

A son retour de la maternité, sa mère aurait voulu s'occuper de ses enfants mais ce n'était pas possible du fait du commerce (malgré hémorragies post partum) : « je devais tout assumer alors que je pleurais sans m'en rendre compte ». Elle aurait souhaité que son entourage l'aide, mais personne ne s'est manifesté. Elle légitime alors la proposition d'aide à sa fille. Sa mère continue en évoquant le traumatisme à la découverte du corps de son beau-père, sa solitude face à son état de souffrance.

Un échange autour de la transmission de la maternité, entre mère et fille, se poursuit avec la non-obligation de revivre ce que les générations précédentes ont vécu et la proposition soignante de continuer l'échange par lettre, ce que, mère et fille, vont accepter avec enthousiasme.

Par la suite, Madame B. met en avant une première lecture de sa maladie : une tentative de compréhension de celle de sa mère ?

Fin juillet, une nouvelle perte de poids déstabilise Madame B., qui en s'effondrant, demande sa sortie. L'entretien met l'accent sur la nécessité de prendre le temps qu'il faut pour la soutenir, envisager l'extérieur, n'étant plus dans des attitudes de rejet ou de renoncement, comme précédemment.

Une articulation avec le Home, unité d'hospitalisation centrée sur la relation mère-bébé, est d'ailleurs envisagée, pour recréer le lien avec sa fille, un lien médiatisé, pouvant l'étayer à l'extérieur par la suite.

Dès lors, Madame B. accède davantage à la sphère émotionnelle, dans une relation semblant plus secure.

Début août, elle commence les premières permissions atteignant un poids suffisant. Etonnamment, à l'extérieur, elle respecte le cadre alimentaire et les temps de repos de l'unité, sans notion d'hyperactivité physique. Le travail autour des permissions est centré sur l'échange, avec son mari, des différentes modalités d'organisations, de l'acceptable et de l'inacceptable à domicile.

Madame B. insiste sur un cadre préétabli avec son époux, qui l'aide à limiter son activité physique et la sécurise sur le plan alimentaire.

Elle expérimente différentes situations alimentaires, relationnelles, avec de nombreuses appréhensions mais avec un renforcement positif à chaque fois.

Ceci témoigne d'un fonctionnement notamment plus souple. Une permission, avec ses parents et sa fille, est organisée à sa demande, avec la sensation d'« avoir renoué avec eux ».

Ses principales craintes, alors verbalisées, sont centrées sur l'hyperactivité physique et la restriction alimentaire, notamment lors de permissions où elle se retrouve seule. Un accompagnement soignant, davantage comportementaliste, s'intensifie autour de ces problématiques.

Peu à peu, Madame B. retrouve sa place de mère, en prenant conscience de toutes les difficultés avec lesquelles elle était depuis la naissance de sa fille.

Parallèlement, la question du couple et de la sexualité sont peu abordées, Madame B. étant consciente de son évitement : « nous ne nous sommes pas retrouvés, ma fille est encore mon alibi ».

Mi-août, comme établi sur le contrat de soins, Madame B. prend contact avec l'hôpital de jour d'addictologie, afin d'organiser une prise en charge ambulatoire autour d'un groupe nommé « Parentalité », traitant la problématique parentale et addictive.

La prise de poids continue : des permissions, d'amplitude horaire plus importante, révèlent des conduites obsessionnelles avec des rituels (de lavage, sur les horaires de repas) encore majeures, l'imprévu étant encore difficile.

Madame B. semble faire preuve d'une certaine lucidité sur ses difficultés, ses évolutions : la question des vomissements peut être abordée sans qu'elle ne se sente accusée, n'évoquant aucune tentation ou interrogation.

A la rentrée, sur sollicitation soignante, Madame B. assiste à la rentrée scolaire de sa fille, n'ayant pu le faire auparavant. Cette expérience est authentiquement renarcissante, la confortant dans la légitimité de son rôle de mère.

La préparation de la sortie est à la fois source de réjouissement et d'anxiété pour elle, espérant une sortie rapidement, tout en la craignant.

Le soin se poursuit à l'extérieur avec des consultations régulières avec son médecin traitant, son psychiatre, sa nutritionniste, la prise en charge addictologique sur l'hôpital de jour, la poursuite de la travailleuse familiale.

La reprise de travail, à mi-temps, est envisagée fin d'année 2013. D'elle-même, Madame B. arrive à freiner le désir de son époux d'une reprise de travail prématurée, consciente de la fragilité de son état.

Un contrat de 3 hospitalisations séquentielles, sur 9 mois, est envisagé avec la patiente afin d'effectuer un travail de séparation, tant du côté soigné que soignant. Ces hospitalisations séquentielles ont pour objectifs de poser et de situer d'emblée des temps d'absence, d'introduire de la discontinuité dans la présence soignante afin de lui donner la possibilité de s'y engager, avec ses spécificités propres et de pouvoir moduler sa distance relationnelle à l'autre.

En lien avec des difficultés qu'elle a listées, Madame B. effectue, de manière autonome, un travail autour de ses craintes, des ressources et des moyens de repérage dans le cadre d'une éventuelle rechute (travail centré sur l'hyperactivité et l'« étiquette de malade »).

Un entretien avec l'époux est effectué, le jour de la sortie ; l'ensemble de l'équipe soignante référente est présente, restituant les avancées de Madame B., physiques et psychiques, avec la verbalisation des fragilités persistantes.

Son époux confirme l'évolution de sa femme, avec une certaine sérénité quant au retour de son épouse à domicile. Tous deux, très touchés, sont en harmonie sur le plan émotionnel.

Cette situation met en avant l'importance de la limite, du cadre comme structurant et sécurisant, à maintenir fermement par moment, mais à adapter, souplement, en fonction de chaque situation. Intéressons-nous à la temporalité du patient et du soignant qui ne sont pas identiques, au déni, au transfert, au contre-transfert, au sentiment d'échec thérapeutique, ou peut-être, pouvons-nous parler de réaction thérapeutique négative, et enfin, à la place de l'institution qui peut faire tiers, dans une relation duelle, marquée par la menace de l'emprise.

I.2.4. Cas de Mademoiselle C. : face à l'épuisement soignant.

Mademoiselle C. est une patiente, avec une personnalité « état limite », que nous avons rencontrée au cours de notre stage dans un service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Jacques à Nantes, en unité fermée.

I.2.4.a Présentation du service.

Le service se compose de deux unités d'hospitalisation dont une unité ouverte de 27 lits et une unité fermée de 17 lits dont deux chambres de soins intensifs, un hôpital de jour, un C.M.P et un C.A.T.T.P intersectoriel sur des lieux différents.

En intrahospitalier, des activités de « sociothérapie » dépendantes du service ou intersectorielles peuvent être proposées aux patients.

Concernant l'unité fermée, tous les matins les transmissions infirmières sont faites en présence des médecins, sur tous les patients, et une fois par semaine, un des membres du C.M.P participe à ces transmissions, pour effectuer le lien entre l'intra et l'extrahospitalier.

Tous les lundis, une visite « au lit du patient » est effectuée avec l'ensemble des médecins dont le chef de service, l'équipe infirmière et les assistantes sociales. Des réunions médicales hebdomadaires ainsi que des réunions institutionnelles mensuelles font partie de

la vie du service. Récemment, l'équipe infirmière bénéficie de temps de supervision par un intervenant extérieur.

I.2.4.b Présentation clinique.

Il s'agit d'une femme de 35 ans, très régulièrement hospitalisée dans le service, pour tentatives de suicide, consommation de toxiques et effondrement thymique.

Elle est la troisième d'une fratrie de quatre enfants. En réalité, il s'agit davantage de demi-frères et sœurs puisque la mère de Mlle C. a eu quatre enfants de quatre unions différentes.

Son demi-frère, l'ainé, a été plusieurs années en rupture de liens avec le reste de sa fratrie. Il a repris contact avec Mademoiselle C., lorsque cette dernière lui a envoyé une lettre d'adieu, écrite lors d'une crise suicidaire. Il s'est alors manifesté mais les contacts ont très vite cessé.

La seconde demi-sœur, infirmière sur la région parisienne, célibataire sans enfant, est venue s'installer dans la région nantaise, souhaitant soutenir sa mère et Mademoiselle C., en difficultés, fin 2008. D'ailleurs, c'est elle qui signe plusieurs hospitalisations sous contrainte. De manière identique, les rapports vont très vite s'envenimer jusqu'à une rupture complète.

Sa dernière demi-sœur, quant à elle, a trois enfants, Mademoiselle C. s'étant occupé pendant plusieurs mois du premier, suite à une dépression du post-partum de sa demi-sœur. Mademoiselle C. n'a aujourd'hui que peu de contact avec sa demi-sœur, ayant rompu elle-même les liens.

Mademoiselle C. a longtemps cru qu'elle et sa plus jeune demi-sœur avaient le même père, même si Mademoiselle C. était la seule à porter le même nom que sa mère, les autres pères ayant reconnu leurs enfants.

Le père de sa demi-sœur a vécu plusieurs années avec Mademoiselle C., sa fille et leur mère, étant, semble-t-il, la seule figure paternelle pour Mademoiselle C.. Il quitte le domicile lorsqu'elle a 6 ans, sans garder de contact.

Le véritable père de Mademoiselle C. est d'origine ivoirienne, ses parents s'étant séparés dans les années quatre-vingt.

Par la suite, Mademoiselle C. évoque des relations amoureuses maternelles plutôt chaotiques.

Deux ans après, vers l'âge de 8 ans, Mademoiselle C. est contrainte de partir, dans une clinique, pendant un an, pour un asthme sévère, première séparation douloureuse et première institutionnalisation.

A partir de l'âge de 11 ans, elle se réfugie régulièrement, chez une voisine, pour ne pas assister aux conflits entre sa mère et ses compagnons. C'est à cette époque, qu'elle commence les consommations de toxiques (benzodiazépines, héroïne) et les fugues. Sa mère, semble-t-il, était également consommatrice (cannabis, alcool).

En difficultés avec sa fille, sa mère demande un éloignement familial, un placement en foyer (deux années en foyer enfance, deux années en foyer pour adolescents) est décidé, lieu d'où Mademoiselle C. n'aura de cesse de fuguer, pour retourner avec sa mère.

A l'âge de 14 ans, elle retourne vivre chez sa mère malgré les conflits avec son beau-père de l'époque.

Lors d'une fugue Mademoiselle C., mineure, se fait agresser sexuellement, sa mère porte plainte tout en énonçant à sa fille « tu l'avais bien cherché ». Mademoiselle C. fait alors son premier geste suicidaire.

Elle est hospitalisée en pédopsychiatrie, dans la région angevine, pendant deux ans. Par la suite, elle est admise dans une Clinique psychopédagogique.

De 8 à 18 ans, Mademoiselle C. n'a passé que peu de temps avec sa mère.

A l'âge de 18 ans, elle retourne vivre avec sa mère : elle emprunte le même trajet professionnel que sa mère, dans la restauration collective, elle qui porte déjà le même prénom et nom que sa mère. Apparemment, sur le plan psychique, pendant sept années, Mademoiselle C. semble relativement stable (une hospitalisation à la Clinique du Parc pour

tentative de suicide). Cependant, la séparation semble impossible, Mademoiselle C. suit sa mère à chaque mutation, le suivi psychiatrique perdure (hospitalisations, H.D.J, C.M.P) mais sans hospitalisation interminable.

A cette période, Mademoiselle C. obtient son diplôme et a une activité professionnelle, notamment pendant deux années dans la région angevine, puis, au moment d'être titularisée, elle refuse...

Sur le plan amoureux, Mademoiselle C. a entretenu une relation de plusieurs années, lorsqu'elle avait 25 ans, avec un compagnon « mon ami, mon père, mon amant ». Cette relation va cesser suite à un accident de ce dernier qui devient tétraplégique.

En 2008, Mademoiselle C. réussit à retrouver la trace de son père biologique, en contact avec une autre demi-sœur, mais la rencontre ne peut se faire puisque son père décède.

Après un suivi sur l'hôpital de Saint-Nazaire avec une prise en charge étayante (hospitalisations séquentielles, H.D.J, C.M.P), Mademoiselle C. est suivie sur l'hôpital de Montbert, de 2007 à 2010, avec des prises en charge en hôpital de jour, des consultations régulières, rapprochées si nécessaires.

A cette époque, de nombreuses hospitalisations sont organisées, suite à des Intoxications Médicamenteuses Volontaires (I.M.V), moins fréquentes à la fin du suivi, avec des temps d'hospitalisation plus courts. Mademoiselle C. peut faire la demande d'hospitalisation sans passer par un geste auto-agressif.

Si une hospitalisation est contractualisée, la durée est de moins de deux semaines, le cadre est prévu à l'avance, pour éviter les bénéfices secondaires. Mademoiselle C. supporte difficilement la vie en collectivité, les autres patients, car elle est souvent sollicitée vis-à-vis des toxiques.

Dans l'ensemble, l'équipe observe une amélioration clinique avec une abstinence vis-à-vis des produits illicites et de l'alcool, une stabilisation psychique, sur le mode d'une hysterisation de la relation, une régularité dans ses prises en charge (Consultations, hôpital de Jour), même si, ses investissements extérieurs et l'organisation de ses journées restent

énigmatiques (notion d'ennui, apragmatisme). Cependant, au détour du discours, sa vie relationnelle semble beaucoup plus riche, (connait visiblement tout le quartier), elle semble avoir plus de ressources qu'elle ne veut le faire penser.

Courant 2010, un relais de soins est donc organisé, sur le secteur de psychiatrie 3, puisque Mademoiselle C. habite sur Nantes depuis 18 mois, que son psychiatre référent ainsi que le psychiatre de l'hôpital de jour sont en partance.

Nous l'avons donc connue au début du relais de sa prise en charge, changement qui n'a pas été aisément puisque Mademoiselle C. a, très régulièrement, été dans des passages à l'acte auto agressifs, des consommations de toxiques, attaquant le cadre de soins de manière assez spectaculaire, si bien que la majorité des intervenants du soin (Hôpital de Jour, C.M.P) ont successivement arrêté l'accompagnement.

Essayons de synthétiser la prise en charge de ces trois dernières années :

- En 2010, Mademoiselle C. initie un début de suivi, avec un des psychiatres du service. Sa première hospitalisation (de 2 mois), suite à des menaces auto-agressives (sous contrainte), date d'octobre, lors de laquelle est instauré un suivi en Addictologie, avec l'objectif d'une prise en charge en hôpital de jour d'Addictologie, une prise en charge en hôtel thérapeutique, ainsi qu'un suivi de secteur (consultation, accueil C.M.P). Une hospitalisation en Addictologie est organisée, courant 2010, mais Mademoiselle C., ne supportant pas le cadre de l'unité, demande rapidement sa sortie.
- Début 2011, est observé par sa famille et les soignants une stabilisation des troubles, une diminution des angoisses, sans envahissement suicidaire, une réduction des consommations de toxiques. Mademoiselle C. investit les différents lieux de soins (consultation, H.D.J, addictologie). En mai 2011, dans une dynamique d'autonomisation, elle quitte l'hôtel thérapeutique pour investir un studio (s'assurant qu'il se situe sur le secteur du service de psychiatrie) ; des visites à domicile, l'hôpital de jour, un accueil C.M.P sont alors mis en place. De manière impulsive, elle décide d'arrêter l'hôpital de Jour, souhaitant investir d'autres lieux, mettant en avant un désir de réinsertion professionnelle. Six hospitalisations (dont deux sous contrainte) vont suivre, suite à des passages à l'acte, ou recrudescences

d'angoisses. Elle est d'ailleurs régulièrement hospitalisée sur le secteur fermé, unité sur laquelle son psychiatre référent intervient, suite à des passages à l'acte en intrahospitalier. Au décours de ces hospitalisations, plusieurs « combinaisons » de soins sont essayées : H.D.J + consultations, visites à domicile + consultations +HDJ, V.A.D + Consultation....

- En 2012, devant les difficultés de prise en charge, la sollicitation permanente de Mademoiselle C. en extrahospitalier, toujours sur le mode de l'urgence, des hospitalisations séquentielles sont organisées 3 jours par mois sur l'unité ouverte. L'investissement de Mademoiselle C. est difficile, demandant régulièrement sa sortie contre avis médical, en pleine nuit, fuguant du service, étant dans des attitudes de clivages importants, la disqualification des soignants. Les séquentielles sont arrêtées en septembre, Mademoiselle C. respectant très difficilement le cadre posé. Cependant, cette année n'est marquée par aucune hospitalisation sous contrainte. Une autre tentative d'hospitalisation sur l'unité d'addictologie, ne va pas porter pas ses fruits puisque Mademoiselle C. demande à nouveau sa sortie. A plusieurs reprises, Mademoiselle C. « menace de tout arrêter ». Elle rediscute très régulièrement les indications d'hôpital de jour, des VAD...mais jamais des consultations ! Fin 2012, sont arrêtées les prises en charge de secteur, après plusieurs passages à l'acte, sur site ainsi que l'hôpital de jour.
- En 2013, plusieurs synthèses, entre les différents intervenants, sont organisées mettant en lumière la puissance du clivage de cette patiente, sa maîtrise constante et l'importance, pour chacun, de tenir son propre cadre, de faire circuler la parole, pour diminuer les mécanismes de clivages et de projection.

Le psychiatre référent, ainsi que l'addictologue, se retrouvent seuls dans la prise en charge. A l'annonce d'un départ prolongé de sa psychiatre, Mademoiselle C. refuse tout relais vers un autre psychiatre. Pendant six mois, Mademoiselle C. suspend les consultations (alors qu'initialement il s'agissait de consultations hebdomadaires), sollicite plusieurs libéraux mais n'est pas réhospitalisée. Elle interpelle très régulièrement le service (par répondeur) tout en évoquant qu'elle n'a nul besoin de consultation.

A son retour, la psychiatre référente reprend le cadre des consultations hebdomadaires « la retrouvant inchangée ». Les mécanismes de défenses persistent,

l'autonomie est possible, même si la situation sociale reste précaire, la consommation de toxiques est fluctuante mais Mademoiselle C. n'est plus dans des dépendances médicamenteuses, ayant pu réduire de $\frac{3}{4}$ les produits de substitution....

Actuellement, du côté soignant, il a été acté qu'il n'y avait plus d'hospitalisation sous contrainte, que chaque hospitalisation devait être évaluée, en consultation, et non dans l'urgence, que la place des soignants résidait davantage sur leurs capacités à tenir sur la durée qu'à tenter d'obtenir « un changement à tout prix »... Et finalement, si nous y regardons de plus près beaucoup de choses ont changé...

A travers cette situation, nous souhaitons aborder la question du désir soignant, de la projection de nos propres idéaux sur nos patients, des résistances au changement observées chez certains patients, de la nécessité de tenir et de survivre face à la violence des mécanismes projectifs voire des passages à l'acte de certains patients.

II. Le patient : une position de sujet.

II.1. *Le patient : évolution de sa place dans le soin.*

II.1.1. Repères historiques.

Depuis l'Antiquité, la question de la Folie se pose. Au IV^e siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate parle de la « mélancolie », due à la bile noire, sécrétée par la rate.

Dans certaines civilisations, le « fou » est un prophète, possédé par le divin dans une autre réalité. Il véhicule soit une image positive assimilée à celle d'un enthousiaste ou bien alors celle du dangereux, possédé par le diable...

Jusqu'au Moyen-Age, la folie n'est pas perçue en tant que maladie, le fou est intégré malgré tout au groupe social.

Puis, au X^{Ve} et XI^{le} siècle, les femmes, aux comportements étranges, sont désignées comme celles ayant pactisées avec le diable, c'est la période de la chasse aux sorcières.

Cette « chasse » s'apaise suite, entre autre, au tragique destin d'**Urbain Grandier**, prêtre aux mœurs légères, à Loudun qui fût brûlé vif suite à des accusations de sorcellerie sur des religieuses...

Avec la Renaissance, le fou cesse d'être intégré au groupe social sans pour autant avoir le statut de malade : des lieux d'exclusion apparaissent comme la « **nef des fous** ».

Au XVI^{ème} siècle, les premières Charités voient le jour : ces institutions congréganistes ont pour vocation de s'occuper des malades mentaux en leur prodiguant « hospitalité ». La folie ne relève pas encore de la médecine mais de la charité chrétienne.

Vers la fin du XVII^{le} et le début du XVIII^{le} siècle, c'est le « **grand renfermement** » concernant tous les exclus de la société, sans distinction, et parmi eux les fous. Ce lieu d'enfermement, c'est l'hôpital, qui représente alors une instance de l'ordre social.

Une politique sécuritaire d'enfermement par la police voit le jour. L'hôpital général devient une institution pour les personnes présentant des troubles du comportement. Les personnes qui « gênent » la société sont mis hors d'état de nuire, dans un lieu carcéral, mais où des visites « des fous » sont organisées pour la population.

C'est à cette époque qu'apparaissent les premiers traitements basés sur le choc : physique, hydrique, saignées « *pour remettre les idées en place* ».

A la fin du XVIII^e, les « *insensés* » deviennent les « *aliénés* », ceux qui sont possédés par une force étrangère : il y a donc en eux quelque chose d'humain également.

Un changement conceptuel opère, à cette époque, avec la théorisation sur la maladie mentale de **Philippe Pinel** et **Johann Christian Reil**, à qui nous devons le mot psychiatrie, la volonté de pouvoir humaniser l'approche et le soin des malades.

Philippe Pinel interroge la situation du fou. Porté par l'idéologie des Droits de l'Homme de la Révolution Française, il remet en question l'enfermement de la folie et **substitue le terme de maladie à celui de folie**. Il faut savoir penser la Folie, et ne pas ignorer qu'il persiste toujours un reste de raison; il y a une logique de la Folie et un sujet qui pense.

Les « *fous* » sont donc accueillis différemment, la parole est possible et est le seul soin efficace à cette époque. **Pinel** propose « *le traitement moral* », traitement psychologique par la parole, et effectue avec **Jean-Baptiste Pussin** différentes expériences de traitements empiriques.

La création de ce nouveau système de soin, « *le traitement moral* », remplace la répression physique : « *les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante* » (2).

Pendant plusieurs centaines d'années, en attente d'identification, les patients psychiatriques sont restés « au lit », enfermés, isolés. Autour d'eux, s'est organisée, par incrustations successives, la machine de l'hôpital psychiatrique, tendant essentiellement, à défendre la société contre le « *mystère* » de la maladie mentale. Puisqu'une présence mystérieuse est difficilement supportable, il est normal que celle-ci, avec le temps, s'actualise comme danger.

Ne sachant « ce » qu'avaient ces malheureux, ils ont été considérés comme dangereux. Dangereux mais malades : dignes, donc, d'attention médicale.

Ainsi, les maladies mentales sont restées rivées au domaine de la causalité médicale et les malades ont été soignés dans des hôpitaux, construits sur le modèle des cliniques médicales, avec toutes les finesses nécessaires pour protéger la société de ces êtres « *dangereux pour eux-mêmes et la société* » (23).

Vers le milieu du XIXe siècle, l'unicité de l'aliénation mentale cesse de constituer le paradigme de la psychiatrie, au profit d'une conception pluraliste, celle des maladies mentales, qui va réintégrer la psychiatrie, dans la médecine, alors en pleine essor : **Jean-Pierre Falret**, élève d'**Esquirol** et médecin à la Salpêtrière, critique l'unité de la pathologie mentale au profit de la diversité des maladies (24).

Bénédict Augustin Morel, psychiatre franco-autrichien du XIXe siècle, est l'un des précurseurs de la *Théorie de la dégénérescence*, basée sur l'idée que l'aliénation mentale est une tare héréditaire, liée au péché originel : les aliénés sont donc un « *rameau déviant* » de l'humanité, capables de transmettre leur tare à leur descendance, pour aboutir en finalité à « *l'idiot* ». Il y a alors nécessité, selon lui, de séparer les hommes et les femmes dans les asiles, pour éviter toute procréation dégénérée, dans un souci de prévention, de politique eugéniste et hygiéniste.

En inventant la psychanalyse, **Sigmund Freud**, neurologue et expérimentaliste, (re)met le sujet au centre des préoccupations des thérapeutes. Dans le service de **Jean-Martin Charcot**, à la Salpêtrière, **Freud** s'intéresse davantage à l'hystérie et utilise, tout comme son hôte, l'hypnose. Il constate que les traumatismes de ces femmes sont souvent sexuels, ayant subi une séduction réelle ou fantasmatique.

Il s'agit d'une nouvelle façon d'envisager la Folie, en essayant de lui donner du sens. Il découvre le concept de transfert et il en fait un outil thérapeutique très puissant.

Préoccupé par les névrosés, il développe, avec et pour eux, une technique thérapeutique et une tentative systématique de compréhension de la psyché humaine. C'est le début de la psychopathologie, de la nécessité de donner un sens.

Malheureusement, à cette époque-là, les malades mentaux sont encore classés en « gâteux, travailleurs, agités », appellation totalement déshumanisante.

Freud conclut son intervention, au cinquième congrès international de psychanalyse à Budapest, en 1918, par un texte qu'il souhaitait prophétique, sur « *les voies nouvelles de la psychanalyse* » (25):

« *On peut prévoir qu'un jour la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide*

chirurgicale... A ce moment-là, on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité à des hommes... à des femmes... à des enfants... Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles... Mais quelque soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de parti pris. »

Dans les années 1920, aux Etats-Unis, un nouveau modèle de compréhension des patients psychiatriques voit le jour, grâce à **Harry Stack Sullivan**, qui développe la psychiatrie sous l'angle du dialogue.

D'après lui, **l'individu devient soi-même** seulement à travers la confrontation avec les **autres**, et ainsi la dimension intrapsychique, par sa propre structure, est-elle donc avant tout interpersonnelle (26).

Pour être malade, il faut donc être en interaction avec un autre : la Folie se situe dans la relation, semblable à une pathologie du lien.

Au fil des siècles, l'hôpital psychiatrique est qualifié d'aliénant, empêchant voire aggravant la pathologie du lien et la symptomatologie de chaque patient.

En 1942, au congrès de Montpellier, **Balvet** et **Tosquelle**s dénoncent l'état des malades mentaux et soutiennent l'idée d'**Hermann Simon**, selon laquelle la collectivité elle-même est malade et que les établissements psychiatriques aggravent l'état des malades mentaux, ce que **Jean Oury** va appeler plus tard la « *pathoplastie* ».

La guerre est toujours un moment de lutte pour la survie : les relations de chacun à son environnement social sont modifiées, les réactions individuelles changent, la « santé mentale » des individus n'est plus la même.

Chez les malades hospitalisés en psychiatrie, il a été observé aussi des modifications symptomatiques, liées à ce changement sociologique et culturel. Ainsi, lorsque les allemands sont aux portes de Paris, les hôpitaux psychiatriques sont évacués rapidement, chacun redoutant le sort que les armées allemandes pourraient réservé aux malades.

Plusieurs patients se retrouvent mis sur les routes, alors qu'ils étaient alités et alimentés par sonde depuis plusieurs années. Ces patients ont retrouvé immédiatement leurs capacités motrices et nutritionnelles le temps nécessaire.

Certains ont fugué, les autres, une fois dans les murs de l'hôpital, ont repris d'emblée leurs habitudes, comportements clinophiles ou anorexiques.

Le Guillant fait un constat surprenant lors du bombardement de l'hôpital qu'il dirigeait à la Charité-sur-Loire. Dans la panique, nombre de malades s'enfuirent. Il fit une enquête et réalisa qu'un tiers des patients s'était bien réadapté, un tiers avait été ré-hospitalisé et un tiers avait disparu, soit décédé soit ayant repris une vie normale.

L'environnement a donc un rôle à jouer sur l'état psychique des patients.

Parallèlement, au fil des décennies, le patient psychiatrique acquiert responsabilisation, liberté, c'est la politique « d'Open Door » d'**Hermann Simon**. Le patient s'est fait « adoubé » de libre-arbitre, d'une possibilité de participer à son propre soin.

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est véritablement dans l'après-guerre, que le regard des soignants à leur égard se modifie, estimant tout patient comme son semblable, malgré ses différences, qu'elles soient liées à son mode d'hospitalisation, à sa catégorie diagnostique ou sociale. Dans cette même lignée, la psychothérapie institutionnelle tient compte de ces différences par l'intermédiaire du projet thérapeutique individualisé : il est signifié institutionnellement au patient que **nous attendons de lui une intention collaboratrice, qu'il contracte une part de responsabilité** (22).

Ces dernières décennies, depuis notamment la mise en place du secteur en 1960, le patient psychiatrique fait partie intégrante de la « cité ». Mais cependant, nous devons être très attentifs en tant que soignants qu'une nouvelle ère sécuritaire ne voit le jour, mettant en avant la « dangerosité » de nos patients.

Dans cette perspective, il nous semble important de nous positionner en tant qu'acteur de soins et non en tant que « gardiens » à nouveau.

Les quatre patients présentés, malgré leur pathologie différente, sont, chacun, responsables, exerçant leur libre arbitre, dotés de potentiel de changement, sollicités tout au long de leur parcours de soins en tant que « sujet » et non plus « objet » de leur soin. Nous voyons donc comment la position du patient dans son soin a évolué passant successivement d'une position de « marginal, dangereux, aliéné, malade, incurable, curable, et enfin sujet ».

Actuellement, le patient psychiatrique est véritablement au cœur de son dispositif de soins, position sous tendue par un cadre légal devant éviter toutes dérives (information, consentement libre et éclairé, bénéfices, risques, personne de confiance...).

Par « provocation », nous pourrions même aller un peu plus loin... Prenons un exemple : nous voyons de plus en plus apparaître des « grilles de satisfaction », destinées aux patients ou leurs accompagnements, pour juger qualitativement leurs soins, ce qui n'est pas sans poser quelques questions.... Le patient deviendrait-t-il à son tour tout puissant ?

II.1.2. Un patient, un sujet.

Nous avons vu qu'aujourd'hui le patient psychiatrique est littéralement dans une position de sujet et non plus d'objet.

Les notions fondamentales, pour nous, qui sous-tendent le terme de « sujet », correspondent à la capacité de chaque patient à pouvoir « **avoir la liberté et le droit de penser, d'être acteur de son existence donc responsable et doté de libre-arbitre** ». Dans ce sens, si, en tant que soignant nous respectons cette position, tout en mesurant les compétences de chaque patient « à se mettre en acte en tant que sujet », il n'est pas rare que nous nous retrouvions régulièrement en désaccord avec lui...

Car, si nous restons dans une « neutralité bienveillante », nous permettons au patient de ne pas adhérer à nos propres désirs projetés....

Il serait formidable que le patient suive « notre idéal thérapeutique » sans rechigner, mais nous nous retrouverions à l'annihiler entièrement. Le risque, sur le long terme, serait l'équivalent « d'un retour de bâton » massif, avec possibilités d'aggravation majeure des troubles.

Prenons l'exemple de Clément : lorsque dans la salle d'attente, il agresse verbalement une autre jeune, la pédopsychiatre fait un signalement au Procureur pour un rappel à la loi. Elle le considère alors comme « acteur », le rappel à la loi dans la réalité étant structurant pour lui qui n'a pas accès à la loi symbolique. De ce fait, soignant et patient se différencient, la menace d'emprise se dissout d'un côté comme de l'autre.

Pour Madame B., malgré son état somatique précaire, elle a toujours été hésitante, voire refusant les hospitalisations proposées. Tout au long de sa prise en charge, les soignants se sont placés en tant qu'accompagnants et non en tant que dirigeants de ses soins. Ainsi, à son rythme, conservant « l'illusion d'une maîtrise salutaire », elle a pu avancer...

Pour Mademoiselle C. après de nombreuses années de suivi, elle est en capacité de ne pas recourir à des passages à l'acte pour demander une hospitalisation. Au vu de sa structure, imaginons les avancées qu'elle a pu faire, car se mettre « en position de demande », c'est se confronter à un possible refus, c'est être en capacité de considérer à minima l'Autre, c'est lâcher prise et prendre le risque d'être abandonnée...

Mais nuançons nos propos, la « parole du sujet » ne peut pas toujours être écoutée stricto sensu, car nous travaillons avec des personnes pouvant avoir des troubles du jugement...

Pour Monsieur A., présentant un délire enkysté depuis plusieurs années, il a été nécessaire d'aller à l'encontre de son discours et d'organiser une hospitalisation sous contrainte... Mais, ce n'est pas pour autant que sa parole n'a pas été entendue, puisque lorsqu'il envisage un arrêt des soins pour retravailler, le projet d'atelier thérapeutique est discuté. Ainsi, les soignants et le patient « collaborent » pour l'aider à avancer, suivant sa propre temporalité.

N'omettons pas que dans toutes ces situations, chaque décision, chaque projet ont toujours été élaborés en équipe, au sein de réunions, lors desquelles chaque soignant pouvait librement évoquer son point de vue sur le patient, ses propres ressentis, ses appréhensions...

Et ce n'est qu'à ce prix que les équipes ont pu « tenir », voire « assumer » des positions parfois difficiles. Avouons-le, il n'est pas aisés de prononcer une hospitalisation sous

contrainte, de solliciter le Procureur de la République, de respecter les refus à une hospitalisation nécessaire, de prendre la décision de ne plus faire d'hospitalisation sous contrainte à chaque passage à l'acte et d'attendre la « demande »....

Les trois principes devant orienter ainsi, notre pratique vis-à-vis du patient, seraient alors : l'autonomie, la bienfaisance et la non-maltraitance.

Le principe d'autonomie figure toujours à l'horizon du soin psychiatrique qui vise à limiter la portée des déterminismes et à aller **chercher la part du sujet libre**.

Même si l'autonomie est réduite dans sa « conception kantienne » c'est-à-dire la capacité à se donner ses propres lois, elle doit demeurer à titre de visée. Celle-ci consiste, nous l'avons vue, à réinstaller le sujet dans sa position d'acteur de sa vie, capable d'initiative.

Pour cela, il a besoin de repères : un lieu humainement habitable avec un **cadre spatio-temporel** différencié et permanent (planning des activités, des réunions...), des **référents soignants**.

Le patient a besoin de se rapporter à lui-même, sur le mode d'un agent capable d'introduire des modifications, sur le monde extérieur, dans son propre corps, et de mettre en mouvement les facultés de son esprit (par les activités ergo-sociothérapeutiques, sportives et culturelles) et de restaurer le sentiment de communauté (au travers des réunions, activités...).

Pour Clément, c'est en équithérapie, au sein d'un groupe réduit qu'il fait l'expérience de ses propres mouvements et des conséquences induites chez le cheval (attention, agressivité, peur). Ainsi, il prend conscience d'une forme d'altérité, qui n'est pas soumise à sa toute puissance, le cheval symbolisant la loi dans un principe de réalité. Etant avec un autre jeune, il expérimente « les règles en collectivité » et s'essaie à s'adapter, comme il peut, à un Autre.

Les soignantes sont présentes pour réguler les échanges, contenir les éventuels débordements, mettre en mot les passages à l'acte, tenter de donner du sens à ce qui peut paraître un non-sens.

A cette fin, les soignants doivent être des « *coopérants* », participants à une œuvre commune, mais le groupe doit permettre une individualisation de chaque membre afin qu'une parole personnelle puisse surgir.

En déplaçant le sujet d'une position où il dépend de l'institution pour ses soins, pour l'image que celle-ci lui renvoie de lui au travers du diagnostic qu'elle porte, du traitement qu'elle lui prescrit, des rendez-vous qu'elle lui donne et en lui reconnaissant la possibilité de devenir agent du processus auquel il participe par la fréquentation de cet endroit, le patient se place alors « *en position d'aire tierce d'expérience, cet espace potentiel, ni moi, ni non-moi, berceau d'une intégrité psychique en devenir et de possibilités de créativité* » (27).

Un dernier point nous paraît intéressant : nous avons évoqué la position de sujet, le libre arbitre, la responsabilisation, mais prendre un sujet sans reconnaître sa dimension citoyenne serait une erreur. Nous prenons en charge un patient, mais un patient dans la cité. Dans ce sens, la psychiatrie doit contribuer à situer autrement son champs d'intervention dans la mentalité de chacun, a pour objectif le désaliénisme et comporte un travail d'implication et de responsabilisation du contexte politique et social (28).

Mais, l'excès inverse serait également une erreur : la réduction du malade uniquement à sa citoyenneté pourrait poser problème car, en aucun cas, la réponse sociale ne pourrait être à elle seule une réponse au fait psychiatrique : c'est en « *se dégageant du délire ou du mythe que le psychotique ou le névrosé accède au social* » (29).

Ce point nous paraît nécessaire à souligner car, en prenant la situation de Clément et son parcours de soin, nous ne pouvons que constater, tout du moins au début, la réticence des centres de soins à le prendre en charge, malgré une problématique psychique lourde. Par manque de structure, l'établissement de soins a justifié l'absence de prise en charge, privilégiant et validant le relais vers le médico-social.

Mais force est de constater, que ce projet n'a pas été suffisant sur le long terme, aggravant la symptomatologie.

Si nous prenons acte d'une telle situation, restons vigilants à ne pas « *relayer* » trop facilement vers nos partenaires du médico-social des situations chroniques. Nous risquons alors de ne pas entendre à sa juste mesure la souffrance de ces patients qui, tôt ou tard, nous la crierons encore plus fort....Dans son livre, « *Mon Ange* », **Guillermo Rosales** nous

décrit finement les « *boarding home* », structures sordides où l'humain ne semble plus être considéré, avec pour sa part, un fin tragique..... (30)

La psychiatrie ne peut refuser l'approche sociologique du milieu mais ne peut mettre le social au premier plan sans risque de se perdre. La psychiatrie risquerait alors d'opérer elle aussi une suspension du sujet, en tant qu'être pensant et désirant, et exempter les soignants de prendre en considération les effets symboliques et imaginaires de leurs paroles, leurs actes et leurs institutions.

Nous prenons donc en charge un patient, c'est-à-dire un sujet, un citoyen, pour lequel la temporalité, en fonction de sa pathologie, revêt un aspect bien particulier, notion qu'il nous semble important de préciser puisque nous nous intéressons « aux chroniques ».

II.2. La temporalité de chacun.

II.2.1. L'approche phénoménologique.

Nous choisissons, pour traiter cette question, l'abord phénoménologique, apparu dans les années 1920 avec des auteurs comme Minkowski ou Binswanger.

La phénoménologie insiste sur les modifications du vécu, et non sur les manifestations de comportement, qui peuvent être appréhendées sans référence au vécu.

Pour eux, l'important est de s'intéresser au caractère immédiat de l'expérience du malade mental, sans avoir un savoir théorique pré-donné. Ils considèrent qu'il y a dans chaque expérience, au-delà du fait objectif visualisable et décrit par tous, la question de la façon d'être au monde, de l'ambiance. La perspective est la compréhension des conditions qui ont permis le déroulement de l'expérience, telle qu'elle a été perçue, vécue et non de ses causes.

Cet abord nous oriente vers une compréhension de la question de la temporalité, bien différente de la temporalité à laquelle nous sommes soumis au quotidien, c'est-à-dire le temps des chronomètres, la fréquence des suivis, la durée des prises en charge, les durées moyennes de séjour....

Lorsque nous évoquons « la temporalité de chacun », nous nous intéressons davantage au « *temps vécu* » (31), temps proprement humain, temps interne, immanent au sujet,

« *impliquant le trait décisif vers l'avenir, de l'ouverture vers lui* » (32). Dans cette perspective, il semble qu'il y ait un temps externe (montres, succession jours et nuits) et un temps internalisé.

Le temps vécu est différent du temps éprouvé, qui reste une expérience consciente du temps, en passe d'être objectivée, se trouvant dans la problématique des névrosés, car ils sont en face du vide de ce temps éprouvé, qui révèle les conflits existants, entre les différents désirs.

Pour certains de nos patients, particulièrement chez les psychotiques, le temps vécu est altéré, c'est-à-dire ce « *mouvement même du devenir immanent au déroulement du vivre dans le fondement de la personne* » (33) .

L'assimilation de tout ce qui est durée et mouvement ne s'effectue pas. Cliniquement, nous repérons cette altération du temps par des symptômes tels que l'apragmatisme, les difficultés à se projeter... Par exemple pour Clément, en l'absence de prise en charge, sa famille observait une incapacité à rythmer ses journées, incapable d'organiser quoique ce soit. Ces difficultés se vérifiaient en équithérapie lorsque Clément demandait constamment ce que nous allions faire ensuite, en difficultés pour vivre le moment présent.

Pour essayer d'aller un peu plus loin, intéressons-nous à **Sutter** qui introduit la notion d'anticipation (34), (35).

Il s'agit du mouvement par lequel l'homme se porte de tout son être, au-delà du présent, dans un avenir, proche ou lointain, qui va constituer son avenir. Grâce à l'anticipation, chaque comportement peut prendre sens, tout comportement nécessitant une action et une projection dans l'avenir.

Le psychotique ne semble pas avoir cette capacité d'anticipation, puisque il est en difficulté pour prendre de la distance avec les évènements vécus et, tenir compte des expériences passées, lui demande des efforts psychiques considérables.

Il se situe dans un hors-temps où les répétitions se succèdent, sans pouvoir en retenir un savoir sur lui-même. La dimension mortifère de ces répétitions prend le dessus au détriment d'activités, liées au narcissisme de vie.

Dans le cas de Madame B., nous observons également des conduites répétitives. Cette rythmicité ne semble pas relever d'une dimension libidinale, où le sujet chercherait à

exprimer, à extérioriser des conflits pulsionnels mais d'une recherche de sensations, de contacts, dans un but opératoire de réassurance.

Les capacités de rêverie, de pouvoir recourir à une fonction d'anticipation, suffisante pour surmonter les moments d'angoisses, ne sont plus effectives.

L'agir et sa contingence de sensations, de motricité occupe une « *fonction désobjectalisante* » (36) qui participe pour le sujet à **l'illusion du maintien de son identité**, alors que dans la réalité, celle-ci se dissout, au fur et à mesure que la dépendance comportementale s'installe (37).

Le sujet est dominé par la quête de sensations à intensifier, à renouveler, se voyant contraint de recourir au monde perceptif, et de délaisser son monde interne des représentations et des émotions. Son rapport au temps est altéré, se rapprochant du hors-temps du psychotique, où son temps immanent peut être perturbé, mais son accès partiel au symbolique lui permet de garder une certaine conscience du temps éprouvé.

II.2.2.Liens entre une (des) chronicité et une (des) temporalités ?

Si nous revenons au sujet principal de notre travail à savoir la chronicité en psychiatrie, que par extension, nous assimilons « une temporalité » à « une histoire singulière », quels liens pourrions-nous faire entre la question de la temporalité (donc de l'histoire) et de la chronicité ?

Les grandes hypothèses étiologiques ou psychopathologiques, qui essaient de rendre compte des phénomènes observés en psychiatrie, quelles que restent leurs divergences doctrinaires, souvent très accusées, reviennent, presque toujours, à postuler un certain dynamisme, propre au développement du sujet, et à **imaginer les troubles mentaux comme les résultats et l'expression de tel ou tel avatar survenus dans l'évolution de ce dynamisme**. Dans une perspective toujours diachronique, nous pouvons rendre compte des phénomènes eux-mêmes diachroniques. Dans la mesure où nous attendons beaucoup de l'histoire même du sujet, nous rendons compte plus facilement des troubles chroniques, insérés dans l'histoire même du sujet, ou devenus son histoire.

Par ce raisonnement poussé à l'extrême, et peut-être un peu par provocation, nous pourrions dire que la chronicité deviendrait une nécessité pour replacer les différents

événements, crises, pour « rendre compte » de ces derniers au sein d'une histoire singulière ?

Dans notre société actuelle, où preminent performance, immédiateté, nous avons vu que la « tendance actuelle », en psychiatrie notamment, était de « régler rapidement » les difficultés de chacun, de mettre nombre de moyens sur l'acuité, la « crise » (ouverture de centre de crises, d'unité médico-psychologiques d'urgence...).

Mais le propre de l'acuité, nous semble-t-il est d'être un « événement qui fait effraction » dans l'histoire du sujet, de l'ordre de l'accidentel, donc dénué de sens à priori, résolutif rapidement, et ne laissant pas de séquelle apparente en surface. Pour nous, cette vision de l'épisode aigu est à manier avec grande prudence.

Au fil de notre travail nous prenons conscience qu'il est primordial que chaque épisode, même aigu, prenne sens dans une histoire. Si ce n'est pas le cas, comme **Lantéri-Laura** le souligne : « *dès lors l'acuité tend à passer pour une illusion, masquant la chronicité, sous-jacente, et réputée fondamentale* » (3).

Il poursuit : « *Si toute la pathologie mentale ne s'avère pas chronique, pour la tradition psychanalytique, cependant, ce qui peut devenir objet d'intelligibilité se place dans le cours de la diachronie et, finalement, ce qui peut sembler réactionnel constitue un leurre car l'événement actuel ne se révèle déclenchant que par ce qu'il ravive du passé et, une fois interprété, se dévoile fort peu actuel (...).*

La connaissance psychanalytique relève de l'ordre de la diachronie et, pour elle, la contingence ne saurait avoir d'autre statut que celui d'une méconnaissance provisoire dont l'interprétation devra dévoiler qu'elle se rattache à une série temporelle où elle cesse d'apparaître comme fortuite : il suffit de remonter assez haut, d'un souvenir écran récent à un autre plus ancien, jusqu'au fantasme des origines qu'élucide l'origine du phantasme. »

Le « chronique » devient l'équivalent de « ce qui peut entrer dans l'histoire du sujet et qui peut réussir à s'y organiser », la chronicité est alors associée à l'historicisable, l'aigu au non-historicisable...

Dans ce sens, l'historicité individuelle pèse d'un poids inéluctable, si bien que l'aigu, ne peut s'y montrer sauf comme un risque d'illusion.

La réflexion psychopathologique s'accommode, semble-t-il, fort bien de la durée et de la chronicité. Elle se situe malaisément par rapport à l'aigu, mais elle peut le dissoudre, soit en le réduisant à une causalité exogène claire... soit en y dénonçant une chronicité méconnue. Finalement, ce n'est pas l'opposition de l'aigu et du chronique qui est importante mais la façon dont nous pouvons intégrer les évènements, au sein d'une histoire, sans faire cette dichotomie systématique aigu/chronique.

Une autre question serait de se demander quels seraient les signes précurseurs d'une possible chronicisation du côté du patient, tant redoutée par les soignants?

Lorsque nous évoquons chronicisation, nous nous référons à un apparent état de fixité, de sédimentation... qui, finalement, n'est peut-être qu'une erreur d'interprétation du côté soignant, puisque ce n'est pas parce que nous trouvons « que rien ne change » qu'il s'agit d'une vérité avérée. Si nous prenons le temps d'y regarder à deux fois, même dans les situations les plus fixes, il y a toujours, des modifications en rapport avec un état antérieur, le changement est toujours possible, enfin c'est ce en quoi nous croyons....

Selon certains auteurs (12), les prémisses d'un tel avenir se situeraient dans :

- la **ritualisation du mode d'utilisation des soins proposés** et dans les demandes de soins sans qu'il n'y soit mis aucun sens du côté du patient.
- la **discontinuité de la relation aux différents pôles de soins** : les patients vivent en étroite dépendance à l'égard des différents lieux qu'ils utilisent de manière ritualisée, et des individus qui constituent leurs uniques relations sociales. Si aucun lien n'est fait entre ces différents lieux, ils sont alors investis comme autant de projections de parties morcelées du corps.
- l'**aliénation conformiste au désir soignant** : toute institution est dotée d'une force aliénante potentielle dans la mesure où le sujet (essentiellement psychotique) s'identifie plus ou moins complètement aux désirs des soignants.

En ce sens, la psychothérapie institutionnelle apporte des éclaircissements vis-à-vis de ces risques de chronicisation potentiels.

S'intéressant autant au patient qu'à l'institution et aux soignants, elle permet une vision globale, dans un aller-retour de la relation soignant-soigné. Ce modèle est capable de

mettre en lumière les différents processus mis en jeu du côté du patient, du côté de chaque soignant et du côté de l'institution, afin d'éclaircir les phénomènes provenant de chaque protagoniste, et d'en retirer des informations pour aider à la compréhension du fonctionnement psychique du patient.

Pour chacun des patients présentés, chaque arrêt d'activité, changement de cadre, nouvelle médiation, ne s'est fait sans avoir pu en référer en équipe, afin de décider, de ce qui pouvait faire sens pour le patient. Le point commun de toutes ces équipe est véritablement leur capacité à se questionner : « Pourquoi? Comment? Pour qui? ».

Pour Clément, le délai de prise en charge correspond, probablement, aux angoisses soignantes de ne pas « pouvoir assumer » une situation aussi lourde, avec la crainte que l'un des partenaires « se décharge » sur les autres.

Le changement de groupe thérapeutique est décidé suite aux difficultés de Clément dans le groupe, mais également au sentiment des soignants que la situation les déborde, et qu'il est nécessaire d'envisager autre chose.

Ainsi, les soignantes du groupe équithérapie sont informées des capacités de Clément à mettre à mal un groupe (de manière non volontaire évidemment), de susciter chez le soignant un sentiment de confusion, empêchant toute pensée... Le cadre de ce groupe est alors, co-construit et adapté, tout au long de l'année, en fonction de l'évolution de chaque patient.

Si ces questionnements ne sont pas à l'œuvre, de manière régulière, effectivement une certaine chronicité peut s'installer, induite par le patient, les soignants et l'institution.

Il semble important de souligner que dans ce processus de chronicisation intervienne pour une part la capacité du sujet, essentiellement psychotique, à produire du non-sens dans la relation au profit d'un immobilisme, ce que **Racamier** (38) désigne sous le terme d'« *omnipotence inanitaire* ». Ce principe rend compte « *à la fois du rapport au temps éprouvé, à la durée - qui sont privés de sens- et de l'attitude précise des sujets à l'égard des différentes instances sur lesquelles viennent diriger leur indifférence et centrer leur destruction de sens.* »

Même si la chronicisation n'est pas uniquement l'apanage du patient, mais également celle des soignants et de l'institution, cet état figé que tous redoutent, met d'emblée en échec un possible rapport à l'avenir du patient.

Si nous reprenons **P. Bertagne et J.L Piedinelli** (39), qui s'intéressent particulièrement aux psychotiques, nous pouvons dire que : « *le lien entre l'investissement spécifique des lieux, la perte des perspectives temporelles, l'absence de limites, la destruction du sens, la constitution d'une néo-réalité, la projection du morcellement corporel dont témoignent les formes de chronicité, sont constitutifs de la structure psychotique. Mais ce qui conditionne en dernière instance la chronicisation, c'est bien l'absence de temps pour le psychotique... »*

L'enjeu est donc de restaurer une temporalité....

II.2.3. Comment restaurer une temporalité ?

« *Le temps du psychotique et celui du rêveur sont en dehors de la durée mesurable* » (40). Chacun de nos patients semble avoir un rapport singulier au temps, souvent altéré. Afin de le prendre en charge, en tant que soignant, que sa rencontre avec le soin prenne sens pour lui, il faut pouvoir entrer en contact, **partager la temporalité de cette relation et construire cette relation sur une réalité commune.**

En ce sens, **Hochmann** (41) énonce le principe de « *réalité partagée* » qui « *est une prime de séduction destinée à mettre en jeu les tendances les plus profondes à l'auto réparation symbolique, c'est-à-dire à la satisfaction fantasmatique (et non plus hallucinatoire) du désir ; à condition que cette réalité soit plaisante et rendue non dangereuse par son caractère quotidien, répété.* ». Aider le patient à s'inscrire dans une temporalité pourrait transiter par une aide extérieur, sécurisante, permanente, imposant un certain rythme, c'est-à-dire un cadre. Volontairement nous n'allons pas développer la question du cadre dans ce paragraphe mais nous y reviendrons dans quelques lignes.

Qu'il s'agisse de Clément, Monsieur A. et Mademoiselle C., tous ont de grandes difficultés voire une impossibilité à pouvoir se narrer. Ils se perdent dans ce « hors-temps » qui est leur

quotidien, en incapacité de relier les évènements entre eux, d'intégrer leur propre histoire... amenant un sentiment de confusion persistant.

Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de considérer la singularité de chaque patient, passant, en premier lieu, par son histoire. L'histoire de chacun reste un préalable essentiel pour le maintien thérapeutique de la relation.

Il semble primordial, notamment pour les patients psychotiques qui sont en rupture temporelle, d'élaborer une autre version de leur histoire, ensemble, pour qu'ils réintègrent leurs propre histoire.

D'autre part, pour aider le patient qui est dans la répétition, il faut savoir ce qu'il lui est arrivé : ceci demande aux soignants un effort permanent pour remettre à jour l'histoire biographique puis du quotidien.

Devenir des « **garants de l'histoire** » peut aider le patient à retrouver, dans le passé, des expériences susceptibles de donner sens à ce qui se passe, à restaurer une « **continuité psychique** ».

Ainsi, la psychiatre référente de Mademoiselle C. se missionne « de retracer son histoire à chaque synthèse pour ne pas oublier... », elle explique dans un second temps que sa patiente « s'y perd elle-même dans son histoire ».

Pour faire des projets, il faut être en capacité de faire des liens entre les expériences passées et présentes...et il nous semble que ces liens sont à faire, pour le patient, par le biais des soignants.

Pour la situation de Clément, nous avons évoqué, en reprise, ses difficultés à se situer dans le temps, les évènements passés ne prenant pas sens, dans une sorte de « magma confusionnel ». Nous avons émis la possibilité de l'aider à se positionner dans une temporalité « plus réelle », pour qu'il puisse entrer en relation sans entrave avec autrui, pour « que nous parlions de la même chose ».

Il a donc été émis l'idée de créer pour lui un album photo (centré sur l'équithérapie), avec des évènements marquants des séances. A la fin de l'année, grâce au support photographique, Clément a pu lui-même retracer « l'histoire du groupe et son histoire au sein du groupe».

Par ailleurs, cet album a été un instrument de renarcissation important pour Clément puisque la question du « handicap mental » était une identification très présente pour lui, validée par l'ensemble des membres de la famille.

Finalement, la question de la temporalité est une question singulière, propre à chaque patient, tout comme la chronicité, grâce à laquelle, elle pourrait prendre sens, au sein d'une histoire individuelle. L'essentiel est de s'adapter, autant que possible, à la temporalité du patient, mais en l'aidant lui-même à se réinscrire dans une « temporalité plus commune ». La psychothérapie institutionnelle offre ainsi, par cette « technique du milieu », favorisant les échanges », les possibilités de créer cette « réalité partagée » comme interface entre le système soignant-soigné.

II.3. Contenir l'incontenable.

II.3.1. Contenance institutionnelle.

II.3.1.a Le cadre

Comme nous l'avons vu, une des possibilités de restaurer une certaine temporalité et une « réalité partagée » est d'instaurer un cadre.

Le soin nécessite une enveloppe, un contour, un espace à l'intérieur duquel peuvent se dérouler des processus psychiques, symbolisable par le cadre. Ce cadre symbolique correspond donc à un ensemble de règles dont certaines sont inhérentes à l'institution et d'autres spécifiques en fonction des situations

Le cadre (42) détermine un espace, des repères temporaux, des règles, des limites, des rituels qui permettent une régulation des interrelations qui ont lieu à l'intérieur de celui-ci. Grâce au cadre, à cette délimitation, une inscription des différents évènements, relations dans la réalité est possible, permettant également qu'une rencontre devienne thérapeutique.

Les transgressions, ou distorsions du cadre sont utiles aux soignants pour appréhender les fonctionnements psychiques du patient, les mettre en sens.

Le cadre, bien que perçu comme une instance qui limite, délimite, appose des frontières, fonctionne également dans la dialectique de l'entrer/sortir, plein/vide, dedans/dehors. Si

des réactions primaires d'agressivité existent, il est indispensable de les contenir par la présence des soignants qui est essentielle.

S'il est donné au patient la possibilité d'utiliser le cadre comme un objet, c'est-à-dire de le détruire en fantasme, cela signifie que cet objet doit pouvoir contenir les réactions et les débordements qu'il induit. Le cadre peut fonctionner comme **un lieu de digestion de cette agressivité.**

Dans ce sens, nous pouvons nous référer aux deux aspects de la fonction contenante décrits par **R. Kaës** (43) : d'une part, « *le contenant* » est ce qui va être le réceptacle des projections des angoisses des patients, et d'autre part, « *le conteneur* » qui va permettre la transformation de ces représentations «toxiques» en quelque chose de possible pour les soignants. Il décrit ainsi le « *conteneur* » : « *le conteneur fournit le support actif, transformateur, aux projections imaginaires du patient (de l'enfant). C'est par le conteneur que s'établit l'échange primordial qui, dans la symbiose, consiste dans le mécanisme primitif de l'identification projective. Sans un conteneur qui les reçoit, les métabolise, et les restitue ou les conserve, en fonction de l'état de l'enfant et de ses besoins, il n'y a pas de vie psychique possible. La propriété fondamentale du conteneur est de rendre possibles, tolérables et fructueuses les projections imaginaires.* »

Pour continuer notre réflexion, nous pourrions faire une analogie entre le cadre et la théorie de la contenance de **Bion**. Il souligne que c'est au moment précis où l'envahissement psychotique de la personnalité fait face à des mouvements agressifs qu'elle ne peut intégrer, interdisant toute potentialité d'accès à la pensée, au symbolique insoutenable et donc nié, qu'une capacité extérieure doit se réapproprier tout ce qui a débordé le bébé et qu'il a expulsé hors de lui.

Bion (44) pose que la **fonction alpha**, dans un mouvement de va-et-vient mère-enfant, correspond à une certaine capacité de la mère de recevoir et de transformer les sensations émotionnelles trop violentes pour le bébé, de digérer à sa place ces éléments inélaborables pour ensuite les lui restituer. C'est grâce à elle que ces impressions trop douloureuses pourraient être réintégrées par le bébé et acquérir le statut d' « **éléments alpha** ». La prolifération d'éléments alpha produisant une barrière de contact permettant au bébé de se

construire un rempart de protection sur lequel il s'appuiera pour construire sa différenciation psychique et accéder à sa propre capacité de penser.

Une autre lecture du cadre serait de le considérer comme l'« espace transitionnel » de **Winnicott** (45).(46).(47). Il évoque l'importance du déroulement du travail de **deuil de l'objet primaire** dans le processus de **séparation / individuation**.

Ce processus est rendu possible par une mère suffisamment bonne, s'adaptant aux besoins de son enfant en fonction des capacités qu'il possède lui-même à s'adapter aux défaillances de l'autre. Pour se séparer et ne pas ressentir de rupture définitive à cette séparation, l'enfant a besoin à l'intérieur de cet espace potentiel d'un objet transitionnel pour lequel la question d'appartenance ne se pose pas. L'objet transitionnel appartient à la fois au sujet et à l'objet externe.

L'enfant peut alors surmonter la séparation d'avec sa mère et faire en sorte qu'il ne ressente qu'une menace de rupture lors des moments de séparation et non une réelle rupture. En étant seul en présence de l'autre, l'enfant réalise que sa mère existe de manière ininterrompue même si elle est absente. Puis en expérimentant cette réalité, le sujet arrive à s'inscrire dans une relation avec son Moi.

Ces différentes expériences permettent au sujet de différencier au fur et à mesure son espace interne de l'espace externe.

Si l'objet transitionnel, première possession non-moi inaugurant l'état de séparation, puis l'espace transitionnel remplissent leurs fonctions de symbole d'union entre l'enfant et sa mère, celui-ci est en capacités d'affronter et de surmonter les épreuves de deuils et de séparations suivantes.

Sa confiance dépend à la fois des expériences agréables mais aussi de sa façon à surmonter les frustrations, expériences désagréables tout en conservant ses bons objets internes et externes.

Les sujets psychotiques n'ont pu au cours de leur enfance créer d'objet transitionnel, en tant que tel, ayant peu ou pas accès à la transitionnalité. Le cadre instauré peut alors avoir cette fonction d'espace transitionnel, permettant au sujet de s'individualiser, de se différencier et d'avoir accès à l'altérité sans que cela soit une menace.

Allons un peu plus loin... Reprenons **Racamier** (42) qui considère que dans tout transfert, il existe deux dimensions transférentielles distinctes liées au cadre : le transfert courant, projectif, iconique et le transfert de dépendance et de contenance. Ce dernier se rapproche de l'espace transitionnel de **D.W.Winnicott**.

Ce transfert de dépendance et de contenance permet au sujet d'investir le cadre comme « *objet transitionnel du processus de représentation* » (48) par l'intermédiaire du concept de « *médium malléable* » selon **R.Roussillon** (49).

Ce « *médium malléable* », pouvant être l'objet de transformations indéfinies, est caractérisé par différents critères dont une indestructibilité, une extrême sensibilité, une disponibilité inconditionnelle, un aspect animé et vivant. Le cadre, prenant en compte l'ensemble de ces critères, peut donc, comme l'espace transitionnel, faire trait d'union entre le patient et la mère symbolique hospitalière.

Le **Dr. Oury-Delamotte** (32) avance dans ce sens : « *Dans cet axe, si on considère le travail psychique du sujet au niveau de ses interactions avec le cadre, celui-ci peut alors représenter le jouet de la transitionnalité. Ce « cardé-jouet », par sa malléabilité, sa souplesse adaptative, sa résistance aux attaques, va montrer sa capacité à se transformer, les séquences de soi se modulant en fonction de la pathologie.* »

Ainsi, si une fixation au départ a conduit à une impasse dans la construction psychique, si à un certain moment, quelque chose est venu à manquer, nous pouvons postuler (27) qu'une élaboration ultérieure peut permettre non pas de remplacer mais de tisser autour de ce qui avait vide, absence, de travailler cette rupture de continuité, de resolliciter cette relation libidinale défaillante à la réalité, de redonner corps à ce qui ne s'est pas maintenu, de ré-injecter du symbolique à la place du réel.

Rappelons que les rapports à la loi et au temps sont perturbés chez les psychotiques « *le psychotique n'a qu'un accès limité à l'existence de la loi et à l'ordre symbolique en fonction de sa soumission à ses pulsions....La frontière à trouver, c'est le suivre en dehors de toute autre référence. L'addictif serait celui qui connaît l'existence de la frontière et qui serait condamné à se confronter aux risques que comporte son franchissement pour se prouver son existence.* » (50).

C'est là que se situe les principales fonctions du cadre selon nous. Il est capable de remodeler cette continuité brisée, par la variété des situations qu'il offre et la multiplicité des expériences à tenter en fonction des patients et de leurs histoires...

Nous avons évoqué la possibilité « d'une multiplicité de cadres » : le cadre de l'institution avec les règles de vie, activités, repas rythmant la vie institutionnelle, le cadre d'une activité thérapeutique, le cadre d'un entretien....

Pour ne pas être soumis à une relation d'emprise, du côté soignant et soigné, le cadre a cette fonction tierce symbolique, permettant la triangulation de toute relation. Pour y parvenir, chacun doit avoir la possibilité de se référer à des instances régulatrices, applicables et acceptées par tous afin de se positionner dans les différents niveaux de relations.

Pour éviter cette menace d'emprise, **V.Souffir** (51) s'intéresse à l'intérêt d'introduire de la discontinuité dans le cadre, c'est-à-dire des moments d'absence : « *Le rendez-vous de la consultation, la journée d'hôpital de jour, permettent au patient la maîtrise de la relation. Ils autorisent l'expression de l'ambivalence (oublis, absence, collage continu, désorganisation de notre travail). La discontinuité de présence, que le patient utilise de son plein gré, inscrite dans une disponibilité à long terme, lui permet de régler sa distance à nous en tant que personne ou tant qu'institution* ».

Soyons donc vigilants à ne pas être "trop interventionnistes" favorisant alors le développement de l'emprise soignante entraînant la « passivation » du sujet. Il ne faut pas oublier qu'il se joue la rencontre entre une institution, à potentialités aliénantes et un sujet qui est en lutte avec lui-même, dont une partie de lui cherche de manière non consciente à s'aliéner à un discours d'un autre idéalisé.

V. Souffir (51) écrit ainsi : "si nous perdons de vue que toute action psychique du patient à un sens, y compris le refus de venir, nous transformons la psychiatrie en assistance. Assurer la continuité des soins ne consiste pas à poursuivre le malade, le traquer, mais à accepter sa temporalité personnelle: le garder en mémoire, lui, son état psychique, sa conflictualité, son style, ses interactions avec nous et à être disponible pour reprendre inlassablement au niveau qu'il voudra, après une rupture ou une rechute."

L'architecture du centre de soins fait partie du cadre, ainsi par ses murs, ses lieux de rencontres, il matérialise « une enveloppe externe » qui peut faire défaut au patient en crise, alors en incapacité de se contenir psychiquement et physiquement.

Le décor est également porteur de messages aux retentissements narcissiques pour les soignés et les soignants. De son architecture (lieux communs, chambres) dépend l'investissement des soignants et soignés. L'établissement doit pouvoir permettre la projection d'univers singuliers mais en gardant une cohésion, en servant de support à la créativité des personnes y séjournant.

Peut-être, pourrions-nous, en référence à la situation de Madame B., évoquer, en quelques lignes, la pertinence, le rôle du contrat thérapeutique. La fonction du contrat pourrait être confondue avec celui du cadre mais il existe des nuances à préciser. **Corcos** définit ainsi le contrat : « *le contrat n'est pas le rejeton psychiatrique de la loi ou des contraintes collectives face à la liberté individuelle. Ce qui est en jeu ici demeurent la souffrance et le désir subjectifs du patient, sans éluder la nécessité vitale d'un accord minimal de cette liberté individuelle de s'épanouir ou de se détruire avec le collectif* » (52). Il poursuit : « *le contrat est l'illusion transitionnelle d'une croyance commune. Il repose sur un crédit de confiance accordé dans le cadre transféro-contre transférentiel...Il pose la subjectivité au fondement de la relation de soins. Autrement dit, sans le négliger, il ne travaille pas de manière univoque sur le symptôme « ici et maintenant », mais bien plutôt sur le désir, désir enfermé dans le symptôme et désir de se soigner, c'est-à-dire de parvenir à un autre équilibre.* »

Ainsi, le sujet définit ce sur quoi il souhaite être aidé, le contrat résultant d'une rencontre créatrice, ne visant pas la « normalisation » des comportements du patient.

Lors de la « pose du contrat », chacun des protagonistes peut adopter une position particulière, d'où découlera par la suite la qualité de la relation thérapeutique (52): « *ce qui est testé, c'est la détermination soignante, sa faiblesse à se laisser séduire ou pervertir dans une relation à connotation incestueuse ou sa propension à se rigidifier phobiquement dans l'emprise ou à répondre à toute transgression par une sanction. Ce qui doit être étudié dans ces attaques, c'est l'aptitude du patient à transformer l'objet thérapeute en être tout puissant auquel il va se soumettre ou à le vivre invariablement comme un persécuteur, dans les deux cas, dans un mode relationnel qui tend à reproduire le modèle familial.* »

Au fil des contrats, ces attitudes peuvent s'assouplir, révélant la souplesse des fonctionnements psychiques, la diminution des défenses...Pour Madame B., cette évolution

a été significative : les premiers contrats ont été de véritables « épreuves » tant du côté soignant que soigné, tout étant sujet à discussion, négociation, marchandage.....

Le contrat participe, tout comme le cadre, à une fonction pare-excitante. Chaque acte peut être resitué par rapport au contrat signé, accessible au rappel des limites, que le sujet s'est engagé à respecter.

Le recadrage s'applique aussi aux soignants, leur évitant, le trop près de la séduction ou le trop loin des rationalisations désaffectées. Dans ce sens, le contrat a une fonction tiers organisatrice, à l'intérieur du système soignant-soignés. Dans ce sens, ses termes ne doivent pas être l'objet de changements répétitifs, ne laissant pas non plus la possibilité de susciter des modifications excessives dans les attitudes soignantes, comme un laxisme alternant avec un autoritarisme exigeant.

Le contrat doit également permettre un jeu quant à l'interprétation de ces termes, afin de laisser un espace d'invention et d'appropriation au patient, empêchant ainsi la rigidification des conditions de la rencontre. Pour conclure sur le contrat, nous citerons **Jeammet**(53) : « *le respect du contrat par le thérapeute est le premier témoignage de la fiabilité de l'objet* ».

Ce n'est qu'après avoir vérifié sa fiabilité, sa solidité que le sujet peut, par la suite l'investir, et compter dessus pour amorcer des changements dans sa manière de se percevoir, se présenter.

Pour conclure, le cadre pris comme enveloppe externe, espace transitionnel, fonction alpha, est l'objet au sein de la relation d'adaptations entre le thérapeute et le patient, création particulière où le patient participe pleinement. Il est une histoire de soigné certes mais aussi de soignants « *c'est avant tout dans l'esprit des opérants du soin qu'il réside* » (42).

A l'intérieur de la multiplicité de ces cadres, de ces « endocadres », évoluent soignants et soignés par l'intermédiaire, entre autre, des médiations.

II.3.1.b Les soignants, les médiations.

En 1957, au congrès de Zurich, **Oury** fait une intervention sur l'entourage du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle, dans laquelle il insiste sur l'importance d'effets

inattendus de cette technique : « *Par une technique du milieu, le médecin arrive à éclairer des zones de la personnalité de chacun qui seraient restées à tout jamais dans l'ombre. Elle tend à créer des systèmes de médiations contrôlés médicalement entre l'ensemble du personnel de l'hôpital et l'ensemble des malades (...). Cette dialectique soignants-soignés instaure un ordre particulier qui bouleverse les structures trop anciennes, et donne sa signification à tout système médiatif que l'on cherche à créer* » (21).

Les médiations, qui peuvent aller d'un simple moment football ou d'une sortie à la mer, à des ateliers réguliers faisant partie intégrante de l'institution, vont d'emblée constituer un travail d'engagement et d'expérience du corps qui vont parfois mobiliser des émotions fortes pour le patient et le soignant.

Le « **faire avec** » est un temps essentiel et préalable au « **penser avec** ». L'action utilise le corps et il va être nécessaire de le réunifier à la pensée. En tentant de rassembler le corps et la psyché, la médiation va permettre une possible ébauche de restauration du lien.

Le média évite dans l'imaginaire d'être dans un rapport fusionnel avec le soignant, il fait tiers. Il favorise une pensée collective pour refaire société et apprendre à être dans un espace socialisant, culturel commun et à vivre ensemble.

Il s'agit de la « *pédagogie du détour* » (54) où le soignant se décale de la relation habituelle et de la parole parfois menaçante, et tente une nouvelle expérimentation dans la relation où cette fois c'est le corps qui est en scène.

En 1955, **Félix Guattari** rejoint **Oury** à la Borde qu'il définit ainsi : « *On met en place autour du malade un système d'objets de médiation pour le prendre au piège de la relation. On tisse une immense toile d'araignée avec des itinéraires, des circuits, des branchements. Dès qu'une petite connexion s'amorce, on la renforce. On fait des nœuds au point de couture pour que ça tienne* » (25).

Une médiation doit faire partie intégrante du cadre dans un service et est d'autant plus solide qu'elle est portée par plusieurs figures de l'institution. Elle donne de la temporalité, sans être uniquement un contenant psychique.

Un patient qui ne peut pas avoir d'avant et d'après ne peut pas se construire. Le temps crée de la verticalité (passé, présent, futur), de la paternité. S'il n'y a pas de temps, le patient se retrouve dans une maternité archaïque avec de possibles violences.

L'intégration de la limite prend ici toute son importance. Elle va être aidée par des activités où les règles et limites s'appliquent à tous (ex : Avec les chevaux il existe des règles de sécurité, ne pas se mettre derrière, pas de geste hétéroagressif... Tout le monde est soumis aux mêmes règles). Ces règles ne sont pas le simple fait du soignant.

Les médiations thérapeutiques sont une partie intégrante du traitement par l'institution, elles représentent une technique pour se lier, alors même que le lien, qui est notre principal instrument thérapeutique, est aussi ce qui menace le plus les patients (55).

Elles permettent d'élaborer les répétitions en utilisant les capacités empathiques des soignants inclus dans l'espace psychique élargi du patient. Ce faisant, elles contribuent à une bonne intrication des mouvements de liaison et de déliaison.

Tout ce qui se déroule entre chaque séance est inclus dans le cadre de soin, et en est même l'objet central. Chacun des protagonistes a alors le loisir de repenser aux rencontres précédentes sans être en présence de l'un ou de l'autre.

La médiation permet le décentrage de soi-même et un travail possible sur l'inter et l'intra subjectif, la conflictualité interne et externe, l'affrontement des points de vue. Ces remaniements psychiques permettent entre autre de consolider le narcissisme, de cultiver l'estime de soi.

Le regard de chacun sur l'autre est ainsi amené à bouger. Le média permet au patient un écart psychique avec lui-même, il va se découvrir autre. Si nous ne pouvons pas nous imaginer, nous-mêmes, différents dans un ailleurs, nous ne pouvons pas rencontrer l'altérité, l'autre.

Si nous prenons l'équithérapie, il s'agit d'un soin médiatisé par le cheval.

L'objet du soin est défini comme étant exclusivement l'appareil psychique de la personne prise en charge. Les moyens mis en œuvre sont de deux ordres : psychique par la parole, le sens, le partage émotionnel, l'expérience vécue, le transfert, le désir et corporel par la sensation, le mouvement, la communication infra verbale, l'expression gestuelle.

L'intérêt du cheval s'explique par ses qualités en tant qu'être vivant, susceptible de porter et de transporter, socialement valorisant, non jugeant et intrusif, apte à accepter les projections, apte au dialogue sur un mode archaïque.

Pour Clément, les reprises régulières ont permis d'ajuster les séances en fonction de ses besoins. L'objectif essentiel, pour Clément, a été celui d'une autonomie relative, de l'intégration des limites et de l'altérité, afin de quitter une position d'handicapé mental, maintenue par l'entourage familial.

Pour Madame B., un travail intéressant, autour des photos, a été mis en place dès la première hospitalisation, repris lors des hospitalisations suivantes. L'objectif est d'utiliser les photographies (de la patiente avant la maladie, pendant la maladie, de sa famille etc...), comme support et médiateur de la relation soignant-soigné. En verbalisant les émotions, ressentis, représentations, évènements en lien avec les photographies, médiateurs neutres, la patiente peut alors réinvestir sa propre histoire voire même prendre conscience de la dysmorphophobie à laquelle elle est soumise quotidiennement. Madame B. n'a pu véritablement accéder au sens de ce travail que lors de sa dernière hospitalisation, prenant conscience douloureusement de son état de maigreur.... La comparaison de photos d'elle avec un I.M.C à 12 puis à 16 semble avoir été un « électrochoc » à tel point qu'elle a tenu à dessiner ses propres contours dans quelques mois avec davantage de formes...

Les principes de la psychothérapie institutionnelle reprennent l'importance du cadre, de la présence soignantes et des médiations thérapeutiques.

L'objectif est de permettre au patient, au travers des activités partagées avec d'autres et articulées avec d'autres lieux institués, de participer à la trame institutionnelle qui est l'ensemble des individus, les contrats et les règles qui régissent leurs échanges. Le patient va pouvoir alors se situer ou se résituer dans une dimension symbolique.

La psychothérapie institutionnelle crée un support symbolique utile au traitement des autres processus psychopathologiques. Elle situe au premier plan le sujet d'une histoire singulière. Elle est indissociable du sentiment d'exister et de la manière dont le patient l'exprime, et à qui il l'exprime.

Les outils primordiaux pour contenir les angoisses archaïques résident, nous semble-t-il, dans l'institution, le cadre, les médiations, les soignants mais ne pas évoquer la contenance chimique à l'ère de la pharmacologie aurait été le résultat d'une vision biaisée...

II.3.2. Contenance chimique ?

Reprendons quelques éléments historiques : entre 1933 et 1939, nous voyons fleurir en psychiatrie les traitements somatiques : la cure de **Sakel** (insuline), la convulsivothérapie de **von Meduna**, l'électrochoc de **Bini** et **Cerletti**, la leucotomie de **Moniz**.

Les thérapies somatiques de chocs et la leucotomie frontale ont le caractère d'une imposition violente, provoquent une profonde altération de l'état de conscience, représentent une fracture dans le vécu des patients, localisent dans le temps la maladie sans respecter la continuité de l'existence des malades.

La somatothérapie atteint le comble de l'aveuglement avec la leucotomie frontale, dernier signe de la dé-historicisation et de la dénaturation de la maladie mentale en maladie cérébrale.

Ainsi, se développe une série infinie de recherches, de prospections, de travaux statistiques aboutissant à des conclusions souvent forcées par le désir d'avoir une confirmation de la validité des moyens employés...

Mais il faut souligner par ailleurs que ces nouveaux traitements amènent l'apaisement des malades mentaux et un certain calme dans les services hospitaliers. Ils ouvrent de nouvelles perspectives de socialisation et de soins extrahospitaliers.

En 1952, l'apparition du Largactil, et d'autres neuroleptiques marquent un nouveau tournant dans le soin des schizophrènes. Les psychiatres font alors face à des patients non plus menaçants mais tranquilles et facilement contrôlables.

Ces thérapeutiques font naître chez certaines personnes un idéal psychiatrique ambigu, fait d'attente commode dans une atmosphère exempte de symptômes au risque que l'hôpital psychiatrique devienne un milieu stérile, ordonné, propre et fonctionnel, dans lequel la maladie mentale n'est pas vue comme phénomène individuel inscrit dans un contexte familial et social, mais encore une fois, comme « dérangement », pour le patient, la famille et la société.

Dérangement qui peut être effacé, au moins transitoirement, par des substances... Encore une fois, la maladie est dé-historisée certes avec des moyens moins violents, une coercition plus larvée...

Heureusement, dans de nombreux cas, ces malades sous neuroleptiques, plus présents, disponibles avec de nouvelles capacités de contact ont demandé que les soignants s'occupent de leur existence et non plus seulement de leur maladie...

La chimiothérapie se trouve être un allié précieux face aux débordements psychiques de nos patients mais à manier avec prudence. Cette contenance « artificielle » peut être aussi utile que néfaste....

II.4. Le transfert.

II.4.1. II.4.1. Définition.

Le transfert désigne en psychanalyse « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique* » (56).

Il s'agit d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué.

Le transfert est reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution. De manière plus large, certains la définissent **comme l'ensemble des phénomènes qui constituent la relation du patient aux soignants.**

N'oublions pas que pour les protagonistes du XVIII^e siècle, le transfert est restreint à la seule cure-type et à ses entours immédiats. Les mouvements affectifs entre les patients et les soignants sont des attitudes et des contre-attitudes et ne relèvent pas du même espace de référence.

Pour le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, le transfert comprend l'ensemble de la situation institutionnelle et doit être appréhendé en tant que tel dans les espaces de paroles institués.

Oury généralise ce principe en élaborant, sur le plan thérapeutique, la réponse que constitue la « *constellation transférentielle* » à des problèmes spécifiques comme les psychoses. **Tosquelle** crée à cette fin le concept de « *contre-transfert institutionnel* » (57).

Dans le cadre de la relation thérapeutique, du transfert, la souffrance et les symptômes prennent sens.

En situation institutionnelle, le transfert ne s'adresse pas à un seul thérapeute mais à l'ensemble des soignants, à l'organisation sociale (système de décision, de pouvoir) et même matérielle de l'institution (environnement physique, architecture, configuration des espaces, dispositions des locaux).

II.4.2. Illustrations cliniques.

Appuyons-nous sur nos vignettes cliniques pour illustrer nos propos.

Si nous prenons la situation de Monsieur A. complètement envahi par son délire : dans ce cas c'est bien la « constellation transférentielle » qui est l'œuvre puisqu'il lui semble bien difficile de différencier les intervenants du soin. L'important est qu'au vu de sa dissociation psychique il puisse projeter les différentes « parties de lui » et que l'équipe, par sa capacité de contenance et de liaison, puisse à son tour l'aider à se rassembler psychiquement.

Même si, à plusieurs reprises, il a rediscuté sa prise en charge, ses traitements, il a tenu « le cadre mis en place ». Il ne verbalise pas forcément ses liens à l'équipe mais, dans la réalité, il est là.

Pour Mademoiselle C., étonnons-nous des « stratégies » qu'elle peut mettre en œuvre pour ne pas quitter le service ou sa psychiatre référente : recherche d'appartement sur le secteur, refus de relais pendant l'absence de sa psychiatre... Si ce n'est pas du transfert, qu'est-ce ?

Pour Madame B. l'instauration d'un véritable transfert fut assez long et laborieux, étant elle-même dans une insécurité permanente... Mais du moment où les soignants lui ont signifié qu'ils seraient là « le temps nécessaire », qu'ils élaboreraient, créeraient des perspectives, des projets de soins pour elle, signe d'une revalorisation narcissique importante, Madame B. a pu « se laisser porter », acceptant les propositions, les remarques des soignants, lâchant son besoin de maîtrise....

Enfin, pour Clément, enclin à un contre-transfert négatif de la part de plusieurs soignants, ce n'est qu'au fil de plusieurs années de prise en charge qu'il a pu s'inscrire dans une stabilité sur le plan du soin et s'essayer à investir les différents soignants de sa prise en charge, au point où il demande régulièrement des nouvelles des soignants ayant quitté la structure....

II.5. La réaction thérapeutique négative.

II.5.1. Définition.

La réaction thérapeutique négative (56) est un « *phénomène rencontré dans certaines cures psychanalytiques comme type de résistance à la guérison particulièrement difficile à surmonter: chaque fois que nous pourrions attendre du progrès de l'analyse une amélioration, il se produit une aggravation, comme si certains sujets préféraient la souffrance à la guérison* ».

Freud rattache ce phénomène à un sentiment de culpabilité inconscient inhérent à certaines structures masochistes.

Il la décrit ainsi (58) : chez certains sujets « *...toute résolution partielle qui devrait avoir pour conséquence – et qui l'a réellement chez d'autres- une amélioration ou une disparition passagère des symptômes, provoque chez eux un renforcement momentané de leur souffrance; leur état s'aggrave au cours du traitement au lieu de s'améliorer* ».

La prolifération des symptômes peut s'expliquer par le retour du refoulé que favorise une attitude plus tolérante à l'endroit de la névrose ou encore par le désir du patient de prouver à l'analyste les dangers du traitement.

Dans les « *Extraits de l'histoire d'une névrose infantile* » 1918 (59), **Freud** fait aussi état de « *réactions négatives* » : « *Chaque fois qu'un symptôme avait été radicalement résolu, il (l'homme aux loups) tentait d'en nier l'effet pour un moment par l'aggravation du symptôme* ».

Pour **Freud**, il s'agit « *d'une réaction inversée* », le malade préférant à chaque étape de l'analyse le maintien de la souffrance à la guérison. **Freud** y voit un l'expression d'un sentiment de culpabilité inconscient très difficile à mettre en lumière : « *ce sentiment de culpabilité est muet pour le malade , il ne lui dit pas qu'il est coupable , le sujet ne se sent pas coupable mais malade* » (58).

En 1937, dans « *Analyse finie et infinie* », **Freud** met en lien la réaction thérapeutique négative avec la pulsion de mort.

Pour lui, les effets de la réaction thérapeutique négative ne sont pas uniquement localisables dans le conflit du moi avec le surmoi (ce qu'il suggérait au début, la réaction thérapeutique négative étant une résistance du surmoi), il ne s'agirait là que « ...*de la partie qui est pour ainsi dire liée psychiquement par le surmoi et qui devient ainsi connaissable; d'autres quantités de la même force peuvent être à l'œuvre, on ne sait où, sous forme libre ou liée* ». Donc si la réaction thérapeutique négative ne peut être surmontée ni même interprétée c'est qu'elle trouverait son motif dernier dans le caractère radical de la pulsion de mort.

Pour **Freud**, il s'agit d'un **phénomène clinique spécifique où la résistance à la guérison apparaît inexplicable par les notions habituelles**.

Pour plusieurs psychanalystes qui utilisent souvent l'expression de « réaction thérapeutique négative », ils n'en limitent pas aussi étroitement le sens, signifiant alors **toute forme particulièrement coriace de résistance au changement dans la cure**.

II.5.2. Illustrations cliniques.

Ce sont les situations de Madame B. et de Mademoiselle C. qui nous ont le plus questionné vis-à-vis de leurs résistances au changement....

Au-delà de la question du déni, ce qui nous a marqué chez Madame B. était l'énergie qu'elle pouvait mettre, probablement inconsciemment, à être dans des répétitions, des mises en échec de toute proposition ou acceptation d'aide. L'un des événements les plus significatifs pour nous, semble être l'absence de demande de prise en charge en hospitalisation en Addictologie, lors de son hospitalisation en endocrinologie, aboutissant à la nécessité d'une deuxième hospitalisation par la suite.

Pour Mademoiselle C., nous ne pouvons que nous questionner sur les multiples projets qui n'ont pas abouti, projets initiés par la patiente elle-même...au point où nous pouvons nous demander s'il s'agissait de sa propre demande ou de la projection, inconsciente, de nos propres idéaux soignants sur elle à visée normative peut être...

III. Les soignants : la bonne distance.

III.1. Evolution de la position soignante, de l'institution, mise en place du secteur.

III.1.1. Changement de point de vue.

La position du soignant en psychiatrie s'est radicalement modifiée en plusieurs siècles, passant d'une position de « gardien », rôle à connotation fortement sécuritaire, à celle soignant « collaborateur, accompagnateur ». Mais comment y sommes-nous parvenus ?

Nous vous proposons une lecture historique non exhaustive... Ne vous y trompez pas, c'est véritablement **le regard soignant** qui est en jeu et non l'évolution du patient....

Nous l'avons vu précédemment, au début du XVIIème et XIXème siècle la position des « aliénés » se modifie, ces derniers considérés enfin comme des êtres humains à part entière.

Pinel affirme que tout aliéné doit bénéficier d'un traitement : ce traitement s'exerce idéalement dans « *une maison d'aliénés* » car il est important de retirer le malade de son milieu habituel, le soustraire aux causes morales, qui génèrent la pathologie.

L'internement, en soi, et l'institution prennent une valeur thérapeutique. La maison d'aliénés peut être autre chose qu'un lieu d'enfermement et devenir un lieu de guérison. Il pose ainsi les bases de ce que deviendra l'hôpital psychiatrique.

Il expérimente un nouveau mode de prise en charge : **la transformation du cadre institutionnel de l'hôpital peut soigner** qu'elle concerne l'architecture de l'établissement, la manière d'aborder le patient ou le projet de soin lui-même.

L'architecte de l'hôpital doit cesser de prendre pour modèle les constructions des loges où sont enfermés les « animaux féroces », l'institution, les soignants doivent cesser d'enchaîner et « *d'entretenir dans le cœur des aliénés une exaspération constante avec un désir concentré de se venger* » (2).

A cette même époque, une réforme analogue se prépare en Angleterre par la création d'une maison de santé mentale nommée « *la Retraite d'York* », le berceau des asiles anglais (60).

Le promoteur de la Retraite d'York est **William Tuke**. Le projet prend naissance en 1792 et en 1796, la retraite est construite entièrement grâce à des souscriptions volontaires.

Il s'agit d'un endroit ouvert sans mur avec un encadrement familial, l'idée est de faire verbaliser, communiquer ces malades ensemble pour les guérir.

Cependant, cette institution psychiatrique naissante ne résiste pas longtemps à sa dérive carcérale...

Au XIXème siècle, **Jean-Etienne Esquirol**, disciple de **Pinel** veut améliorer la situation des malades dans les asiles d'aliénés. Il développe dans la Maison Royale de Charenton un premier modèle d'institution thérapeutique.

L'objectif est de **créer une néo société**, qui reste cependant isolée de la société, un lieu spécifique qui préserve les malades des « *passions* » éventuelles soit naturelles (deuil, amour) soit factices, créées par la société (argent, réussite, pouvoir) ainsi que de sa famille.

En 1822, il en esquisse les premières bases en amenant l'idée qu'« *une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre la maladie mentale* » (61).

En 1850, une triste constatation est faite : les malades s'entassent dans les asiles et ne guérissent pas forcément avec le « *traitement moral* ». La chronicité se développe, les hôpitaux deviennent des « *garderies* » sous-équipées et les patients s'isolent peu à peu.

Quant à **Hermann Simon**, très influencé par Bleuler et l'école de Zurich, il tente d'appliquer les théories freudiennes au soin des schizophrènes.

A partir de son expérience à Gütersloh, il distingue ce qui, dans la maladie, est dû à la pathologie de la personne et ce qui est dû à l'institution elle-même.

Il proclame que l'application à une vie collective active et ordonnée est le meilleur moyen psychothérapeutique pour obtenir la guérison symptomatique.

Cette thérapie s'appuie sur trois principes : **la liberté du malade, sa responsabilisation et l'analyse des résistances provenant de l'institution elle-même**.

Le malade est libre : c'est la politique « **d'Open-Door** » mais cette confiance accordée se paie de responsabilités...

Il insiste sur l'importance d'associer les malades à l'amélioration de leur cadre de vie. Le psychiatre allemand propose de **soigner l'hôpital en même temps que le malade** en lui donnant initiative, responsabilité, travail et créativité.

Il utilise le travail en commun comme base de communication : faire ensemble permet de renouer des relations.

Parmi les moyens utilisés pour lutter contre l'apathie figure l'ergothérapie. Le malade doit être occupé manuellement effectuant un travail qui l'intéresse afin de mobiliser la partie du Moi qui peut l'être.

Pour lui, il existe trois menaces pour les malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques : « *l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même* » (62).

Dans les années 1920, aux Etats-Unis, une nouvelle approche dans le traitement des malades voit le jour grâce à **Harry Stack Sullivan** qui développe la psychiatrie sous l'angle du dialogue.

En raison de l'importance des facteurs culturels et sociaux, le champ interpersonnel constitue le véritable objet de la psychiatrie. **Sullivan** abandonne plusieurs aspects de la psychanalyse freudienne, comme la *Théorie des pulsions*, le divan et la méthode des associations libres, pour instaurer une communication directe avec le patient qui doit être amené à prendre conscience des mécanismes interpersonnels altérés. Pour traiter, changer la modalité du lien est primordial.

Dans sa thèse intitulée *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* parue en 1932, **Jacques Lacan** donne une nouvelle perspective concernant le soin des psychotiques. Il pose un regard nouveau sur la psychose et les productions des psychotiques, donnant de nouvelles bases analytiques théoriques sur lesquelles s'appuieront les premiers acteurs de la psychothérapie institutionnelle.

Dès 1936, **Georges Daumézon** initie des changements importants dans son hôpital de Fleury les Aubrais en introduisant des activités culturelles et sportives auxquelles participent les soignants, administratifs ainsi que les patients.

A cette époque, il institue également des réunions de pavillons où les problèmes de la vie de service sont débattus.

Ces constations interrogent les cliniciens de l'époque sur le bien-fondé des hospitalisations et sur le rôle joué par le milieu social.

S'il y a une interaction entre le sujet et son environnement, il doit y avoir un moyen d'utiliser ce même environnement pour qu'il soit thérapeutique. Le milieu peut devenir un facteur de changement et de développement au lieu d'être un facteur de chronicisation ou de déshumanisation.

C'est tout l'enjeu de la psychothérapie institutionnelle. Elle redonne une priorité au lieu de traitement du malade en lui donnant l'aspect d'un réel lieu de vie.

L'objectif est de sortir le malade du double isolement dans lequel son soin le maintient : l'asile signe une exclusion de la société mais crée aussi un enfermement du malade dans son institution psychiatrique, coupé du reste par un environnement institutionnel devenu carcéral.

A partir de 1945, dans le cadre des *Journées Psychiatriques Nationales* (1945-1947), un grand mouvement de changement des conditions d'exercice de la psychiatrie est engagé. Ce mouvement est initié par **Balvet, Bonnafé, Daumézon, Ey, Tosquelle, Le Guillant, Fouquet** et d'autres qui esquisse les nouveaux cadres naissants de la transformation des hôpitaux psychiatriques au sein de différents congrès dont celui de Bonneval sur les « *psychothérapies collectives* » (1951) et de la commission des maladies mentales.

De nombreux textes préparatoires vont aboutir à la présentation, par le ministère de circulaires, visant à réorganiser le fonctionnement de la psychiatrie : la **circulaire du 4 février 1958** portant sur l'organisation du travail thérapeutique, et celle du **15 mars 1960** sur la psychiatrie de secteur. Les travaux des auteurs portent sur l'analyse critique des structures traditionnelles et sur les structures idéales, sur l'utilisation de la psychanalyse et de la sociodynamique.

Le 21 août 1952, une circulaire ministérielle vise à faire **disparaître les aspects carcéraux** des hôpitaux : disparition des uniformes du personnel, possibilités pour les malades de garder leurs vêtements et leurs objets personnels (alliance) et incitation à rendre les locaux plus agréables (rideaux aux fenêtres, nappe sur les tables, postes radio, horloges).

Le 4 février 1958, une circulaire réglemente les activités d'ergothérapie : « *le produit du travail des malades appartient aux malades* ». Elle officialise ce qui avait été initié à Saint-Alban, les patients ne touchant, auparavant, aucune rétribution pour leur travail.

Georges Daumézon, rédigeant sa thèse en 1937 sur « *la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* », insiste sur l'importance de l'étude sociologique du milieu asilaire, sa transformation par la création d'activités diversifiées fournissant aux patients l'occasion d'échanger et de faire des rencontres pour contrer la lourdeur du milieu asilaire.

Il montre l'importance de la place de l'infirmier dans ce dispositif supposant la nécessité de lui donner une véritable formation.

Il crée avec **Germaine Le Guillant**, permanente aux centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (C.E.M.E.A), des stages de formation destinés aux infirmiers en psychiatrie. Cette formation est l'un des points centraux de la politique de désaliénation. Les C.E.M.E.A en ont été l'un des principaux organes. Ces stages ont eu pour but de fournir aux infirmiers des moyens pratiques et théoriques nécessaires à leur perfectionnement professionnel mais aussi adéquats à la lutte anti-asilaire.

Jean Ayme, chef de service à l'hôpital de Clermont dans l'Oise, met en place une formation des infirmiers pour les intégrer à une vraie place de soignants : il les envoie en stage à Saint-Alban chez son ami **François Tosquelle**.

Dans les années 1960, **Paul Sivadon** réalise la première expérience à Ville-Evrard d'une psychiatrie enrichie en personnel, sur le modèle sociothérapeutique, avec le soutien de la Sécurité sociale. Il crée un club de malades ouvert sur l'extérieur et un foyer de postcure. Il utilise également le sport, les jeux, les massages et les activités psychomotrices. Il insiste sur l'importance pour la vie d'un service des réunions de personnels.

Peu après, **Louis Le Guillant** et **Henry Ey** organisent aussi des centres de traitement et de réadaptation sociale (C.T.R.S).

Sous le couvert d'une vision plus humaniste, peu à peu le regard soignant sur les patients se modifie, les institutions changent... L'aboutissement de ces changements semble résider dans la mise en place du secteur, véritable engagement vers une « désaliénation ».

III.1.2. Le secteur.

A partir des « comarques », unités territoriales catalanes dont parlait **Tosquelles, Lucien Bonnafé** propose les bases d'une notion de « secteur » faites d'interactions sociales, au-delà de la simple organisation administrative que le secteur va devenir plus tard (25).

Le secteur s'est mis en place en réalité dès 1959 dans le treizième arrondissement de Paris, chez **Paumelle**. Cet assemblage institutionnel a un objectif : « *Placer nos personnes et nos équipes de manière telle qu'une relation thérapeutique puisse s'établir et se maintenir aussi longtemps que nécessaire pour tous les malades d'une aire géographique urbaine de 175 000 habitants : le XIII arrondissement de Paris* » (25).

Le principe fondamental du secteur est le **refus de la ségrégation du malade mental**.

L'idée fondatrice est de déplacer le lieu de soin : nous n'isolons plus le malade pour le soigner, c'est l'hôpital lui-même qui se déplace chez lui, dans son milieu social, pour le soigner.

Nous ne nous contentons plus de garder le malade, ou de l'assister, l'objectif est de le soigner pour le ramener dans la communauté sociale. Le secteur répond à une volonté de faire sortir le malade de l'institution psychiatrique, que sa prise en charge ne se fasse plus sur un mode asilaire mais sur son lieu de vie même, rendant ainsi possible la pratique de la prévention et le suivi à l'extérieur de l'hôpital.

Le second principe est la **continuité des soins**, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique.

Enfin, le troisième principe est de **faciliter l'accès aux soins**, ainsi que d'assurer des soins d'égale valeur pour tous.

Ce dispositif a permis de diversifier l'institution psychiatrique monolithique en de multiples institutions légères de consultations, de soins de jour ou de nuit, de soins à domicile, de post-cure etc... (63)

L'asile a été alors dévêtu de son caractère chronicisant et enfermant. La mise en place du secteur a servi d'assise à une nouvelle organisation de soins psychiatriques, s'inscrivant dans la continuité des projets visant à rendre vivante et ouverte l'institution psychiatrique.

Il conjugue la référence psychanalytique dans le traitement de la maladie mentale et la référence sociale en étant la première tentative de soigner le patient dans son lieu de vie.

Cette première pratique extrahospitalière a une structure juridique privée associative, plus souple, lui permettant une diversification : centres de consultations ambulatoires, service d'urgences, services d'hospitalisation à domicile, ateliers thérapeutiques, placement familial, hôpital de jour, club thérapeutique.

Partie d'une implantation dans une pièce en 1954, la structure va comprendre dix ans plus tard 120 places en extrahospitalier et 175 en intrahospitalier.

L'expérience n'a pas été aisée pour les communautés urbaines, non habituées à accueillir malades et psychiatres dans leur vie quotidienne et pour les équipes peu accoutumées à soigner en dehors des murs de l'hôpital.

La sectorisation a nécessité un travail d'équipe, de coordination, de disponibilité et de continuité, contrastant avec les cloisonnements hospitaliers habituels.

La **circulaire du 15 mars 1960** définit un cadre législatif au secteur, crée le concept de structure extrahospitalière : résultant d'une convention entre un département (D.A.S.S) et un hôpital, il est doté de moyens techniques et financiers spécifiques.

Le territoire national est découpé en aires géo-démographiques appelées « secteurs », où est mis à disposition un service public de protection mentale. Sa mise en place effective va nécessiter 10 ans.

La **loi du 31 décembre 1985** intègre la partition en secteurs dans une carte sanitaire générale. Chaque établissement est chargé de gérer directement l'ensemble des activités intra et extrahospitalières.

L'**arrêté du 14 mars 1986** définit la création des hôpitaux de jour, des centres médico psychologiques, des centres d'activités à temps partiel, des services d'hospitalisations à domicile, tous dotés d'équipe de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques.

Les infirmiers psychiatriques sont très actifs dans cette transformation de la psychiatrie, véritables forces vives pour ces profonds changements. Mais la suppression de leur diplôme spécifique a été un véritable coup dur...

Encore une fois, nous nous en sommes remis à l'histoire.... Nous n'insisterons pas davantage sur l'importance que nous accordons à l'histoire, notre histoire, leur histoire mais sur le constat qu'effectivement dans l'Histoire, toujours en mouvement, nous pouvons trouver matière à changement, explication, évolution...

Et ce d'autant plus dans le domaine du soin psychiatrique, puisque une des richesses du soin réside dans les multiples configurations possibles : nous travaillons avec de l'humain, nous sommes humains. De cette constatation, imaginez la quantité de possibilités lors de la rencontre d'un patient avec des soignants.... La relation thérapeutique est, entre autre, une histoire de personnes, mettant en jeu un patient avec des difficultés centrées essentiellement dans le domaine relationnel mais également de soignants avec leurs propres histoires, défenses....

Dans ce sens la psychothérapie institutionnelle s'intéresse autant aux phénomènes relationnels du patient que ceux des soignants....

III.2. Le contre-transfert.

III.2.1. III.2.1.Définition.

Il s'agit de « *l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci* » (56).

Freud y voit « *l'influence du malade sur les sentiments inconscients du médecin* » soulignant qu' « *aucun analyste ne va plus loin que ses propres complexes et résistances internes ne le lui permettent* » d'où la nécessité pour l'analyste de se soumettre à une analyse personnelle (64).

Il nous semble important de rappeler que, selon nous, les soins et l'écoute ne doivent pas être l'apanage d'une personne : les secrétaires, les agents de service hospitaliers, les aides-soignantes, les stagiaires, le jardinier ou l'homme d'entretien occupent des places aussi importantes dans la stratégie thérapeutiques que les « *spécialistes* » (médecin, psychologues, infirmiers) reconnus comme tels.

Oury parle de « *coefficient thérapeutique* » (25), pour désigner le fait que chacun est pris dans une relation de soin au malade. Que nous soyons soignants, administratifs ou techniques, chacun possède dans une institution son coefficient thérapeutique.

L'analyse du contre-transfert ne se limite alors pas à la réaction inconsciente du thérapeute et au cadre de la rencontre duelle, mais à l'analyse de l'institution dans son ensemble : des réactions émotionnelles des soignants impliqués, de leurs interrelations, et de la structure hospitalière elle-même.

L'analyse du contre-transfert institutionnel nécessite l'analyse des relations entre tous les membres de l'équipe : les conflits et divergences ne sont pas gênants s'ils ne sont pas niés. S'ils le sont, ils vont s'exprimer par des actes ou des non-actes, des paroles ou des silences qui auront une incidence sur le patient.

Le principe est de mettre en évidence les obstacles au fonctionnement du groupe soignant, d'en faire apparaître le sens et d'en tirer des bénéfices.

Il ne faut pas oublier les phénomènes contre-transférentiels que vivent les équipes et qui sont constamment source de pièges : un abus d'attitudes codifiées, de protocoles, une neutralité bienveillante exacerbée aboutissant à l'évitement phobique de tout contact émotionnel avec le patient et sa famille, le refus de s'engager, les aléas du thérapeute vis-à-vis de l'équipe, soit trop fondu avec elle, sans prendre de responsabilité, soit trop opposé à elle, faisant comme si elle n'existe pas, s'imaginant être seul à comprendre et aider le patient ou bien encore la puissance du clivage de certains psychotiques avec diverses distorsions possibles au sein de l'équipe, les contre-transferts latéraux sur la famille.

Au contraire, une valorisation préalable de l'écoute et de l'observation, un engagement dans la spontanéité avec le recours aux médiations opportunes les plus familières sont à utiliser sans modération.

Le soin du milieu fait partie intégrante du traitement du patient. Il nécessite une vigilance constante sur le degré de transversalité qui est sans cesse mise en cause et qui tend à se réaliser quand une communication maximale s'effectue entre tous les niveaux et surtout les différents sens.

Elle est contraire aux modes de transmission d'une hiérarchie pyramidale qui stérilise les messages, paralyse la parole et entraîne un appauvrissement de l'initiative.

L'analyse institutionnelle doit également permettre de déceler si l'institution est conforme à sa fonction officielle, à savoir le soin, car d'autres fonctions non reconnues agissent symboliquement sur le patient, qui ne sont pas à rapporter à la fonction thérapeutique (fonction sécuritaire, fonction entreprise de soin...). Ce système se définit plus globalement

par rapport à la totalité du système socio-économique. Ces observations permettent d'adapter l'organisation du projet de soin, d'en débattre avec les autres instances intervenant dans les politiques organisationnelles du soin psychiatrique. Ne nous missionnons pas de porter certaines responsabilités à la place d'autres professionnels....

III.2.2. III.3.2 Illustrations cliniques.

Revenons à Mademoiselle C. qui, du fait d'un trouble grave de la personnalité, vit chaque relation comme une menace d'emprise, et par crainte de l'abandon se défend par la nécessité d'être constamment dans la maîtrise. De fait, elle a de grandes difficultés à accepter toute proposition venant d'un Autre, ou alors, l'histoire le dit, de les mettre en échec. Quoiqu'il en soit, il en advient du côté soignant, un sentiment de « ne pas réussir à penser » en sa présence, d'être dans la nécessité nous-mêmes de nous défendre de cette emprise en étant par moment dans d'un rejet massif, une volonté « d'expulsion » mais aussi un certain épuisement, un sentiment d'échec et d'impuissance difficile à supporter sauf s'il est possible de métaboliser toutes ces projections en équipe, en réunions, et de faire le constat *in fine* que l'important réside davantage dans le contenant, une présence permanente que dans le contenu....

Pour Madame B. les choses sont un peu différentes. Au-delà des angoisses de mort des soignants pour elle, il nous semble que le sentiment d'échec de l'ensemble de l'équipe a majoré le vécu d'impuissance qui, pour certains, a pu être si massif qu'ils se trouvaient dans un rejet irréversible, attitude défensive, évoquant leur souhait de ne plus intervenir dans la prise en charge... Se rajoute à cela, la question de la maternité, du déclenchement de la maladie pendant la grossesse, nous renvoyant chacun à nos propres identifications maternelles...

L'interrogation autour des vomissements a également joué un rôle dans les clivages au sein de l'équipe, « ce déni » étant insupportable pour certains, les renvoyant peut-être à l'impuissance d'accéder en toute transparence au psychisme de la patiente, comme ils le désireraient ou comme cela se passerait « s'ils étaient des bons soignants », si la relation était suffisamment sûre...

Enfin pour Clément, ce fut difficile, même en tant que soignant de nous défaire de son identification de « possible agresseur », expliquant peut-être les nombreux changements de référents... En activité, nous étions dans une hypervigilance constante à toute transgression du cadre possible, sans pour autant omettre un accompagnement thérapeutique chaleureux. Idéalement, l'enjeu soignant aurait été d'être « *dans un cadre invisible, qui en est quand même un, sans qu'il s'en rende compte pour que la parole se délie* » (27). La « bonne distance » n'était pas aisée à trouver, chaque soignant devant s'adapter en fonction de ses propres limites, laissant la possibilité à Clément d'expérimenter des configurations relationnelles différentes et de circuler de l'une à l'autre. A posteriori, nous émettons l'hypothèse que c'est peut-être grâce à cette identification d'agresseur, qu'en tant que soignant la question du cadre à tenir a été omniprésente et primordiale et ce n'est qu'au prix de ce cadre contenant et sécurisant que Clément a pu s'y appuyer pour l'intérioriser et accéder au symbolique...

Il est indéniable que nos patients suscitent en nous des réactions plus ou moins violentes ou avouables, mais il semble difficile de les prendre en charge si nous ne sommes pas nous-mêmes en capacité de reconnaître et analyser nos propres ressentis. Cette précieuse analyse n'est qu'un outil supplémentaire pour accéder au fonctionnement du patient.

III.3. La position soignante.

III.3.1. III.3.1 Entre désir et réalité....

Placé dans un contexte humain, le soignant, privé de ses protections traditionnelles, se trouve en face du « fou » dont plus rien ne le distingue. C'est pourquoi, la formation du personnel, dans une telle optique, est extrêmement difficile. Il ne s'agit pas de lui enseigner une technique banale, mais de l'entraîner à une introspection critique : ceci exige de l'équipe soignante une maîtrise authentique du milieu, une extrême tolérance et une densité de réunion de groupe où la circulation de la parole est possible (19).

L'attitude juste des soignants, vis-à-vis du patient n'est pas de le fixer dans sa différence, dans la particularité de sa situation, mais de le reconnaître comme être aspirant à se sentir chez lui dans le monde.

D'orientation psychanalytique, **Koechlin** précise ce qu'il attend de soignants et de l'institution: « *répondre aux besoins du malade, s'adapter à l'évolution individuelle en restant disponible pour favoriser la progression de chacun, tel est l'objet de toute psychothérapie ; ceci s'applique notamment à la psychothérapie institutionnelle* » (19).

L'hospitalité impose de lui signifier son appartenance à la communauté des hommes. La psychothérapie institutionnelle répond à cet impératif de justice dans la mesure où elle se construit autour de principes qui portent sur le patient dans sa totalité, ce qui est différent d'une sommation des points de vue biologique, psychologique et social. Elle considère la maladie comme une expérience vécue par un sujet singulier et unique, pris dans sa culture et son histoire.

Si les soignants se réfèrent à une théorie analytique, ils se situent alors dans une perspective psychanalytique, les symptômes du patient apparaissent comme des formations, lui permettant, de tenir à distance des affects ou des représentations désagréables (65).

Dans ce sens, la théorie psychanalytique suscite une dynamique créative, incitant les soignants à « *penser* » sur le patient, émettre des hypothèses, à rêver le patient. Cette approche favorise le maintien de l'activité de liaison des soignants sans cesse menacés dans leur propre capacité de penser par la réduction au non-sens auquel se livre le patient (65).

Plus les troubles sont graves plus la capacité de penser des soignants est mise à mal.

Il est primordial de pouvoir « *porter un autre regard* » sur le patient, lui laisser la possibilité de se montrer sous un autre jour, révélant ses potentialités de changement. Nous l'avons dit, son discours et son comportement prennent sens dans un contexte et une histoire.

Les soignants appréhendent alors le patient comme un sujet qui souffre et non plus comme présentant des symptômes, souffrance inscrite dans une dynamique existentielle marquée par l'écoulement du temps et la possibilité de changement.

Si le patient perçoit l'équipe comme ne considérant pas ses dispositions psychiques comme monstrueuses, il peut parfois, après coup, recréer des liens, ce qui modifie la situation de chaos interne dont il est l'objet.

Pour qu'il reconnaissse ses propres mouvements psychiques, et s'y intéresse à nouveau, il est nécessaire que ceux qui le soignent manifestent eux-mêmes de l'intérêt pour ce qu'il est, ce qu'il pense.

Même si la violence arrête toute possibilité de parler de ce qui se passe ou si une monotonie s'installe, il faut essayer de ne pas perdre de vue qu'il ne s'agit que d'un aspect partiel de qui

est le patient, et ne pas perdre espoir de comprendre, autrement, ce qui se passe dans les jours ou années qui suivent.

Il est important de ne pas avoir d'à priori pour replacer le sujet dans sa qualité d'interlocuteur pour réévoquer son angoisse au lieu de l'agir : ceci est la preuve d'une activité psychique jusque-là cachée, c'est-à-dire d'une possibilité de réversibilité des processus psychiques suscitant un espoir du côté des soignants.

La possibilité de changement pour le patient doit être portée par l'ensemble des soignants, des mutations ne sont possibles que si l'équipe reconnaît au patient la possibilité de changer : « *l'état mental et le comportement du malade changent quand son statut change ou peut changer, il reste fixe quand son statut s'est lui-même fixé* » (66).

C'est également la fonction du « *projet thérapeutique* », à savoir une possibilité d'anticiper pour le patient un avenir différent.

Le projet formulé par une équipe de soins témoigne à la fois de son désir de provoquer un changement chez le patient et de sa conviction qu'un changement est possible. « *L'élaboration d'un projet de soins au long cours garantit les impératifs de cohérence et de continuité des soins indispensables face au morcellement psychotique* » (12).

Le plus important est que cette image idéale du patient auquel il ne pourra pas correspondre puisse exister dans la psyché des soignants pour nourrir un minimum d'illusion à l'encontre du malade.

C'est bien **ce décalage entre ce patient imaginaire et le patient réel qui suscite le désir de soigner**, « *désir qui propulse le patient vers un « autre chose ou vers « autrement »* » (12).

L'impossibilité de s'illusionner sur un patient futur et un futur pour le patient produit dans l'équipe lassitude et découragement la privant ainsi de son potentiel thérapeutique.

L'intérêt du projet est la mobilisation soignante qu'il génère, l'illusion du soignant est une fonction dynamique organisatrice et structurante comme la mère qui contemple son bébé et imagine ce qu'il va devenir (67).

Lutter contre l'intemporalité asilaire, la perte d'identité de l'individu avec la possibilité de devenir « un autre » inhérente au droit et à la liberté d'être et de penser sont également des objectifs à la construction d'un projet thérapeutique.

Un des principes majeurs du soin, nous l'avons vu, est le principe de bienfaisance qui dicte d'accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître, difficilement évaluable dans le cadre des soins psychiatriques.

Nous presupposons ce que le patient peut attendre des soignants : un accueil de sa souffrance, voire de sa régression, et une facilitation à la reprise de la vie.

Prenons l'exemple de la psychose, si elle provient d'un effondrement à un stade très précoce du développement, alors il est très important d'accueillir la régression du patient psychotique et de lui donner le sentiment que face à la crainte de l'effondrement quelque chose est là pour l'accueillir.

Il ne s'agit pas de soigner la psychose mais de la recevoir, de recevoir l'effondrement. C'est peut-être à cette condition que peut s'instaurer la confiance nécessaire dans les liens et que s'ouvre la possibilité pour qu'un espace psychique se construise.

Si l'accueil permanent répond à des nécessités thérapeutiques (rôle de contenance, facilitation des processus de transfert), il révèle l'attachement des soignants au principe de bienfaisance. Les soignants doivent apporter le recours d'une théorisation fondée et d'une pratique clinique cohérente, chargée de sens, axée sur la parole du patient. Ils doivent veiller à ne pas substituer leurs propres valeurs à celles du patient.

Un autre principe de soin, celui de non-malfaisance, s'enracine comme la bienfaisance dans une même bienveillance, préconise de ne pas imposer au patient des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui. Il guide notre démarche par la recherche de ne pas nuire devant l'expérience individuelle de la maladie et de ne pas entraver son élaboration psychique.

Accueillir et apaiser la souffrance ne signifie pas éteindre des symptômes sans rechercher en quoi le sujet y est impliqué.

Pour **Daumézon**, il faut organiser les échanges, la vie dans le lieu thérapeutique de telle sorte qu'elle concourt à la guérison. Et pour obtenir cette maîtrise de l'environnement, le psychiatre doit d'abord étudier le milieu où il opère dont les impératifs administratifs et économiques qui peuvent influencer le parcours du malade. Et, il est alors inévitable de traiter le malade de façon standard selon un modèle unique comme en matière « *d'emballage et de manutention* ».

Pour lutter contre cette tendance, il faut prendre en considération l'analyse des divers groupes où les malades sont impliqués directement ou de façon transitoire. Pour lui, rien n'est possible sans la collaboration étroite du personnel infirmier : « *l'élévation du niveau de conscience thérapeutique du personnel est la condition du succès et l'un des bénéfices les plus réels de l'entreprise* » (19) qui pour être efficace doit sans cesse être remis en question. Le travail d'élaboration est la prise en compte de la dimension symbolique. L'objectif du soin est de faire retrouver le plaisir de penser au travers d'échanges verbaux et non verbaux structurés sur le mode d'une psychothérapie ou utilisant la médiation d'une réalité au quotidien. L'important est d'en privilégier la dimension symbolique c'est-à-dire « *tout ce qui dans l'échange évoque quelque choses d'absent* » (65).

Le **désir de soigner** est souvent sous-tendu par l'espoir d'en retirer quelques gratifications narcissiques, associé à des « éléments irrationnels », des réactions contre-transférrentielles, la crainte de l'échec...(68)

Méfions-nous du désir entier de faire quelque chose pour le patient, le besoin de guérir à tout prix, de le modeler, pour le rendre conforme à notre propre image idéale et rassurante, corollaire de l'angoisse soignante. Cet activisme soignant peut répondre, en miroir, au besoin d'auto-aliénation du patient, un système de soins psychiatriques lui offrant un appareil de contenance, qui limite l'angoisse et les débordements délirants (69).

Un autre type d'activisme, celui de « l'exacerbation du faire », nous menace quotidiennement en tant que soignant. Si nous ne proposons pas au patient des activités, nous avons l'impression que rien n'est fait : l'image de l'asile, du mouroir, émerge à nouveau. Cet activisme empêche de penser, les institutions sont alors prises dans un mécanisme aliénant, où la profusion d'activités vient masquer ce qui reste toujours d'une grande difficulté, à penser et à élaborer la réalité de ces personnes qui nous questionnent sur nos capacités à les aider, à les soigner, à les accepter comme elles sont...

Pourquoi, dans certaines situations, ne pouvons-nous pas supporter que des patients restent sans activité ? P. Fustier (70) évoque « l'institution du plein » qui ne peut concevoir le vide, l'absence, le creux comme éléments constitutifs mêmes de la pensée et du désir.

Le travail thérapeutique n'a d'intérêt que s'il aide le sujet à réinvestir un temps, une histoire, à faire redémarrer la pensée.

Lorsque nous prenons en charge nos patients chroniques, n'est-ce pas l'incertitude qui pourrait alimenter notre pensée ? Cette incertitude susciterait questionnements, et cultiverait notre capacité d'étonnement (71)...

Souhaitons-leur « *un mieux-être pour un mieux vivre... parce que le changement est possible....* » (72).

III.3.2. Chronicité soignante ?

Prenons garde à cette possibilité de « chronicité totalitaire », qui pousserait les soignants impliqués dans le soin à ne plus questionner le sens ou les objectifs du suivi d'un patient.... Car il faut l'avouer, nous-mêmes, soignants, sommes menacés par une certaine chronicité : il est bien agréable de suivre sur le long terme des patients stabilisés, qui ne demandent pas énormément de mobilisation « psychique et physique » de notre part.

Méfions-nous de nos tendances rassurantes à « simplifier » les prises en charge qui deviennent standartisées selon le diagnostic posé (par exemple schizophrénie paranoïde : consultation, HDJ +ou – VAD), pouvant à l'extrême générer de la chronicité là où il n'y en aurait pas

Pour illustrer nos propos, reprenons **Lantéri-Laura** (73) qui décrit l'exemple de la psychose périodique maniaco-dépressive « *la psychose périodique maniaco-dépressive, maladie aigue, est ainsi devenue une maladie aigue soignée de façon chronique, de telle sorte qu'elle finira bien, au moins en apparence, par se transformer en une affection chronique.* »

Du côté des soignants, de l'institution de la même manière que nous l'avons évoqué pour le patient, le risque de chronicisation serait, semble-t-il, prévisible si certaines conditions étaient remplies :

- la **ritualisation des actes vides de leurs sens**, une routine qui répond en miroir à la routine du patient, l'action thérapeutique et sa réaction sont connues d'avance.
- l'**emprise totalitaire et aliénante sur le patient** s'exerce aussi dans les structures intermédiaires pour peu que le désir du soignant se substitue avec violence au désir propre du patient. Plein de bonne volonté, le soignant peut tenter de formater le

patient à un idéal normatif avec le risque d'entraver l'acquisition d'un minimum d'autonomie pour le patient, répondant ainsi à son besoin d'auto aliénation (74).

- **la lutte de l'institution pour sa propre survie** : l'institution s'enkyste et se rigidifie, toute nouvelle proposition étant une menace.

Sur un modèle de compréhension systémique, **S. Wierviorka et S. Kannas** (75) tentent de comprendre comment certaines hospitalisations se pérennissent en étudiant les différents modes d'interactions à l'hôpital. Ils décrivent ainsi :

- « **le modèle dyadique** » (concerne le soignant et le soigné) qui fonctionne par l' « *escalade symétrique vieillie* » c'est-à-dire un comportement en miroir où chaque individu tend à éviter l'inégalité dans la relation. Cette situation aboutit à des surenchères perpétuelles sans qu'il n'y ait vainqueur ou vaincu.

Rappelons qu'une relation thérapeutique ne peut exister que sur le mode de la « *complémentarité* », chaque individu recherchant l'inégalité maximale, avec une position basse et une position haute.

- « **le modèle triadique** » (concerne le soignant, le soigné et la famille) qui fonctionne sur le mode de l'escalade symétrique et/ou de la complémentarité rigide en faisant intervenir un jeu d'alliances complexes. L'hospitalisation qui sert de « *régulateur homéostatique* » vis-à-vis du système familial, finit par perdre cette fonction, et devient légitime à mesure que la famille se fait plus rejetante.
- D'autres interactions entrent également en jeu comme les « *disqualifications transactionnelles* » avec comme objectif d'éviter les conflits. Ces attitudes perdurent, « *la relation thérapeutique se maintient activement inopérante* ».

Withowski (63) nous montre comment une institution, qui reproduit les attitudes dysfonctionnelles de la famille à l'identique, peut ainsi s'installer dans le « *non changement* » qui est en réalité la demande de la famille.

Mais, ce « *non changement* » semble n'être qu'une illusion puisqu'il nécessite « *de la part du patient et de l'institution des ajustements incessants* ». La situation est alors chronique et le patient par la suite deviendra à son tour « un chronique ».

Tout l'enjeu de notre position soignante est donc d'être à la « bonne distance » du patient, sans faire perdurer les fonctionnements pathologiques que le patient ou la famille peuvent induire dans la relation. Mais cet ajustement, singulier à toute relation, nécessite du temps... Or notre difficulté actuelle réside sur la diffusion d'un « contre-modèle » (32) orienté vers l'acuité avec l'émergence, la multiplication d'unités médico-psychologiques d'urgences, des centres de crises.....

III.3.3. Enjeux actuels.

La connaissance des mécanismes cérébraux progresse sans pour autant qu'elle constitue en soi une théorie neurochimique de l'être humain, de la maladie mentale ou de la psychiatrie. Le savoir scientifique n'est en soi non menaçant pour la psychiatrie mais le rapport au savoir peut le devenir (22). Le désir d'accéder à la connaissance du vrai, qui passe par le langage théorique et conceptuel, n'est pas en lui-même un facteur d'altération de la relation à autrui. Mais le rapport au savoir peut familiariser les individus à se rapporter à leurs semblables de manière objectivante.

Le rapport à l'autre alors est dicté par une prétendue vérité qui s'intercale entre le patient et les thérapeutes, empêchant une rencontre authentique.

Ainsi, la tendance ambiante, s'accaparant les hypothèses de la recherche neuroscientifique, conduit à réduire la maladie mentale à des symptômes cibles, à abandonner la nosographie psychiatrique classique et ses références psychopathologiques pour des classifications descriptives des troubles mentaux, en éliminant la dimension subjective de la souffrance psychique.

Cette orientation peut aboutir à nouveau à distribuer les patients dans des structures spécifiques en fonction de leur syndromes (anxiété, dépression, schizophrénie débutante). Les symptômes ainsi détachés de la structure singulière de la personnalité sont ensuite codés et appréhendés statistiquement pour permettre de classer les malades, d'évaluer et rationaliser (rendre plus efficace et moins coûteux un processus de production), sans tenir

compte d'un modèle psychothérapeutique qui suppose une efficacité fondée sur la relation thérapeutique.

Cette prévalence de la codification et de la mesure sur la relation humaine envahit l'espace du soin. Le temps est organisé afin de devenir quantifiable.

Il ne s'agit plus du découpage du temps et de l'espace par des évènements produits dans une structure, qui donne du sens à la pensée et à l'action. Le travail est protocolisé selon un projet dit institutionnel imposé dans le cadre d'une technocratisation de l'hôpital avec peu de questionnements sur la maladie et les réponses à y apporter, et entravant l'initiative et la créativité des équipes. Des hiérarchies s'instaurent et se solidifient, des techniques de management apparaissent (22).

Les échelles, les grilles, les cibles, les conduites à tenir, la mesure de la qualité modifient nos façon de penser et participent au processus d'objectivation du patient et de compartimentation du soin.

A terme, le risque de cette orientation médico-technique est celui d'une sélection des patients pour une productivité maximale avec une inégalité de ceux-ci face au soin.

La pratique quotidienne témoigne d'une modification de la pensée et du comportement des soignants vis-à-vis, entre autre, des patients hospitalisés sans leur consentement. Le souci de respecter les procédures, parallèlement à la montée de la judiciarisation, se substitue aux questions éthiques de la légitimité d'un refus de soin.

La contrainte légale, qui a une valeur symbolique, se transforme de façon de plus en plus systématique et protocolisée en contrainte physique avec la multiplication d'unités fermées, l'usage courant des chambres d'isolement et l'apparition de matériel de contention. Cette maîtrise dans le réel se fait au détriment de la contenance psychique et de l'élaboration de la demande de soin.

Or le but de ces hospitalisations est de permettre au malade une contrainte qu'il ne peut plus s'imposer à lui-même. L'institution, dans son aspect dynamique, agit comme un facteur d'autolimitation qui permet la libération et le renoncement à la passion.

La liberté cesse d'être un sentiment intérieur, elle est le fruit d'une conquête, le dépassement de la contrainte. Pour cela, il faut que la loi institutionnalisée soit juste, c'est-à-dire qu'elle consacre l'aspiration des individus à l'estime d'eux-mêmes et au renforcement du sentiment d'identité (76).

Si la contrainte est absurde et violente, l'institution n'est plus légitime et les individus sont abandonnés à l'agitation de leurs désirs.

Enfin, une nouvelle culture apparaît dans les hôpitaux suite à la réorganisation de la Sécurité Sociale par les ordonnances Juppé. L'hôpital psychiatrique doit s'y soumettre sans que quiconque ne souligne sa spécificité incontournable. Pour « contrer le discours d'entreprise » qui nous est de plus en plus imposé, une des alternatives ne résiderait-elle pas dans le maintien de notre créativité, dans le développement d'un « esprit d'équipe », tentant de trouver d'autres propositions aux directives administratives ?

III.4. L'équipe.

L'unité de l'équipe soignante reste la base de toute action solide. Cette unité ne peut prendre corps qu'à travers des échanges quotidiens entre techniciens de disciplines variées. Il faut trouver un langage et une façon de penser communs.

« *La réunion d'équipe est une prise de conscience et par cela même un puissant facteur thérapeutique* » (77).

Selon **Hochmann**, l'important est la circulation de la parole : « *la mise en récit du soin (...) est une condition nécessaire à sa dynamisation* ».

La réunion d'équipe serait le moyen de « *maintenir un équilibre suffisamment instable entre la problématique du patient et notre réflexion à son sujet pour que puisse apparaître un processus élaboratif rendant possible l'idée d'un futur différent* » (66).

Certains comparent l'activité mentale des soignants comme la rêverie maternelle de **W. Bion**. Comme la mère, les soignants accueillent les productions insensées du patient et les organisent en une histoire où elles se transforment en évènements porteurs de sens. Ce récit se construit dans leur psyché.

L'activité psychiatrique n'a de valeur que dans la mesure où elle est mise en mots, élaborée en référence à une théorie pour comprendre dans l'après coup ce qui s'est passé en s'aidant de concepts théoriques.

L'usage de la théorie implique la capacité à contenir les projections en se donnant le temps pour les comprendre et les élaborer, signifiant la possibilité de maintenir en soi, pour un temps plus ou moins long, une zone d'inconnu, une non-compréhension, tout en conservant une interaction avec les patients (78).

Si l'un des membres de l'équipe ressent des affects négatifs à l'égard d'un patient, les parler ensemble atténue le sentiment de solitude, le vécu d'impuissance, première étape du travail d'élaboration. La reconnaissance et la verbalisation de ces contre attitudes évitent l'enfermement du patient et le nôtre dans un non-savoir.

Des expériences différentes vécues avec un même patient mais des soignants différents, évitent de « *ne pas s'enfermer dans un seul et même épisode d'une histoire toujours longue, compliquée et souvent lente à se transformer* » (67).

Pour Monsieur A., les séjours thérapeutiques ont mis en lumière des difficultés qui n'avaient pas été observées en intrahospitalier ou à l'hôpital de Jour, comme l'incurie, son incapacité à préparer ses repas....

Concernant la situation de Madame B., malgré les difficultés de prise en charge, les répétitions, le sentiment d'échec, ce que nous avons trouvé d'extraordinaire est, qu'à chaque synthèse, un soignant pouvait évoquer un évènement, une situation, nous permettant d'espérer et de croire que le changement était possible pour elle.

Par extension, ceci est valable également dans le cadre du travail en réseau. Pour Clément, lors des concertations avec l'ensemble des intervenants, les regards croisés ont apporté des éléments précieux d'information : ainsi avec la T.I.S.F, Clément pouvait être autonome concernant l'habillage, la toilette, le maintien en état de sa chambre alors qu'à l'I.M.E il demandait sans cesse assistance...En équithérapie, il pouvait rester attentif pendant 1h30 alors qu'à domicile faire une activité quelle qu'elle soit était inenvisageable....

L'équipe permet un travail d'élaboration : l'idéal est de ne pas enfermer le patient dans des jugements définitifs qui amènent exaspération et découragement et de privilégier la compréhension réelle des difficultés du patient, la reconnaissance de ses potentialités mutatives, l'espoir de changement.

La psychothérapie institutionnelle n'est pas liée à l'intérieur d'un établissement : son véritable lieu d'exercice est l'équipe qui décide de s'en saisir pour changer radicalement sa pratique.

Nous nous sommes intéressés successivement à la position du patient, du soignant avec les interrogations inhérentes à ces deux angles de vue, mais qu'en est-il de l'institution....

IV. L'institution : suffisamment bonne.

IV.1. Notion d'institution.

François Tosquelles introduit la différence entre institution et établissement : l'établissement est le cadre légal et réglementaire destiné à répondre à des objectifs nécessaires au fonctionnement sociétal ; alors que l'institution est la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se débrouillent avec leur réalisation.

Concernant le soin, il rappelle que les institutions sont « *des créations plus ou moins fragiles qui surgissent de la rencontre plus ou moins réussie entre un patient et une équipe qui l'accueille* » (79).

Dans la terminologie française, l'institution est investie d'une qualité thérapeutique qui l'oppose donc à l'établissement. (80)

Ginette Michaud (57) fait un point sur la question des institutions. Nous retenons quelques grandes lignes : "la fonction essentielle de l'institution est d'être un système de médiations permettant l'échange interhumain à plusieurs niveaux".

Puis elle nous propose son point de vue: "l'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelques nature qu'il soit".

Elle commence sa proposition de la façon suivante : "le groupe psychiatrique devra donc en premier lieu intégrer cet homme non intégrable, et ceci, non en lui présentant un cadre tout fait dans lequel il doive se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne" (81).

Elle indique : "la fonction de l'institution d'assurer les échanges interhumains prend ici une portée particulière de devoir jouer dans un milieu où par définition, il y a rupture de l'échange; chacun des individus qui s'y trouvent étant remarquable par son incapacité soit à se satisfaire des institutions existantes, dans la société, si ces institutions sont jugées aliénantes, soit à vouloir consciemment les transformer ou en inventer d'autres."(81).

Et enfin: "c'est précisément pour régler cet échange entre la demande du sujet et la réponse que lui apporte le groupe que va se placer l'institution" (81).

L'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres.

Il s'agit d'une co-construction entre ce sujet malade et les autres, un "objet non-nous" doté de capacités d'adaptation "suffisamment bonnes", mais aussi de possibles pérennisations sans destruction, jusqu'à ce que des représentations internes permettent de se passer de cet objet "institution". Nous appelons institutions ce que nous instituons ensemble en fonctions de réalités qui évoluent constamment : emploi du temps, fonctions, rôles, statuts de chacun selon ses disponibilités.

Pour **Tosquelle**s, il y a trois moyens pour aider l'institution à avoir un effet thérapeutique : tout d'abord refaire circuler la parole, c'est-à-dire redonner la parole aux silencieux en se basant sur le savoir des infirmiers dans des lieux institués tels que les réunions d'équipe ou de pavillon pour organiser la vie quotidienne, puis fonder cette parole sur des échanges sociaux concrets comme des temps de collation, et enfin lutter contre l'inertie asilaire par l'organisation de loisirs, d'activités.

Si nous prenons l'exemple de la Clinique de la Borde, son fondement « *est d'être un groupe thérapeutique. Tous les éléments de l'organisation de la clinique (administration, gestion, animation, etc.) sont soumis à ce principe fondamental* » (25). La Direction, assurée par un groupe de gestionnaires, se réunit chaque mois en Assemblée générale. Le travail de l'Assemblée Générale, formée de volontaires, est préparé par trois commissions : médicale, économique, animation. Entre deux Assemblées Générales, la Direction exécutive repose entre les mains du Médecin Directeur, celui-ci a un droit de veto, étant propriétaire de la clinique.

Oury appelle « *pathoplastie* » la manière dont une institution peut renforcer la dimension pathologique. Un premier outil de désaliénation concerne donc l'outil thérapeutique lui-même, menacé par les chaînes des règles, des hiérarchies et des territoires officiels ou officieux.

Pour lui, la rotation des tâches et la diversification des fonctions vont permettre de lutter contre les déterminations statutaires.

La psychothérapie institutionnelle préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant visant à mettre en place un système de médiations symboliques favorisant une dynamique d'échanges. Elle induit une créativité au sein du monde hospitalier qui est sans cesse en transformation.

IV.2. les réunions.

Rappelons les principes de la psychothérapie institutionnelle : « *la perméabilité des espaces, la liberté de circuler, la critique des rôles et des qualifications professionnelles, la plasticité des institutions, la nécessité d'un club thérapeutique* » (25). C'est ce mouvement ainsi créé qui constitue la fonction d'analyse et de formation permanente. Il déjoue la routine et l'ennui, permet les rencontres, permet de maintenir le désir en favorisant l'hétérogénéité des champs d'investissement.

Toute réunion, commission ou groupe a un statut précaire : ils ne valent que par leur contexte qui est fluctuant car vivant.

L'analyse institutionnelle se fait en réunion : l'objectif est d'appréhender globalement le malade et la collectivité, elle-même, articulée avec la société. Elle a également un rôle de facilitation de l'information.

Pendant ce temps-là, toutes les dimensions de l'existence du malade et les diverses possibilités d'être ressenti d'une manière différente par l'entourage sont reliées et articulées. Ces aspects ainsi que des mises au point, sur le plan conscient, dans toute l'équipe sont mis en lumière à l'égard des relations du patient.

Les différents types de réunions (fonctionnement, réunion institutionnelle, médecins, médecins-cadre, supervision...) permettent une variété de lieux de parole à utiliser à bon escient. Ces moments privilégiés, institués, nous déculpabilisent de « pouvoir prendre le temps de penser » (82). Ils nous permettent de métaboliser les projections des patients, d'essayer de trouver un sens au non-sens.

Le dispositif sanitaire accueille des patients présentant des angoisses archaïques. **Pierre Delion** affirme que les patients sont hébergés dans notre psychisme (83).

La réunion est le lieu de la créativité, de l'ouvert, ce n'est pas un simple temps de communication mais aussi un temps d'ouverture pour que le soin advienne. Lors de ces temps, nous ne sommes pas les représentants de la culture du résultat et de la performance mais nous laissons la place au sujet, ce dernier étant ontologiquement imprévisible. L'important est de savoir où nous en sommes et d'être là.

Concernant Madame B., sa situation a régulièrement été discutée lors de réunions cliniques, synthèses, supervisions. C'est au cours de ces temps de parole, qu'au fur et à mesure, les contrats ont été modifiés, qu'un contrat de poids a été instauré, que la pertinence des médiations a été questionnée, qu'il a été émis l'idée d'un travail de collaboration avec le H.O.M.E, dans le cadre de la relation mère-enfant... Une synthèse avec un autre addictologue du service, ayant un regard spécialisé sur l'intrication des troubles alimentaires et la grossesse, a même été organisée, amenant un éclairage supplémentaire, une autre lecture sur la situation...

Dans la logique actuelle de soins, alliant rapidité et efficacité, certains d'entre nous peuvent se risquer à dire qu'il y a « trop » de réunions, se faisant au détriment du patient.... Pour notre part, les réunions restent un espace privilégié de parole qui nous semble tout aussi important que le temps que nous passons auprès de nos patients.

IV.3. L'articulation intrahospitalier-extrahospitalier.

La mise en place de la psychiatrie de secteur, à partir des années 1970, a une influence déterminante dans l'extension des idées et des pratiques de la psychothérapie institutionnelle puisque ses fondateurs insistent sur l'importance de la désaliénation pour changer le visage de la psychiatrie.

Ce mouvement, désaliénant et anti-ségrégatif, a promu la psychiatrie de secteur dont le principe est « *de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* » (circulaire du 15 mars 1960). **Pierre Delion** définit ainsi la psychiatrie de secteur : « *La psychiatrie de secteur est la condition d'exercice de la psychiatrie. C'est la formulation administrative du lieu transférentiel. Tandis que la psychothérapie institutionnelle est la méthode organisatrice* » (57).

L'éclatement de l'hôpital, en petites unités dispersées dans la communauté, ne supprime pas les institutions et les questions qu'elles posent. Il s'agit d'une extension du support sociologique à l'ensemble du secteur, enrichissant les moments d'élaboration pour le patient et l'équipe, à condition qu'existe une articulation des différentes structures intervenant dans le soin du patient.

Ce dispositif permet, à un même malade, de s'inscrire au cours de sa trajectoire dans des lieux proposant des degrés variés de contenance psychique et, par-là, de favoriser l'analyse du transfert sur le cadre et de travailler la question de la dépendance.

En effet, les soins collectifs ne sont qu'un moyen et non une fin en soi, et une psychothérapie institutionnelle bien conduite peut mener à des thérapies individuelles.

Si un service sépare de fait les deux parties du service, qui deviennent alors chacune autonome, le risque est le clivage de ces deux parties. Ainsi dans certains services, le mode de prise en charge est différent : l'extrahospitalier travaille sur une activité de médiation alors que l'intrahospitalier continue de fonctionner dans des conditions proches de la vie asilaire.

La psychothérapie institutionnelle va avoir alors deux objectifs : éviter que l'hôpital soit vécu comme le mauvais objet et créer des lieux de rencontres.

Cette constatation est le fait de la non-prise en compte du « *contre-transfert institutionnel* » en référence à **Tosquelle**s.

La psychothérapie institutionnelle repose sur la relation transférentielle qui, elle, repose sur la continuité des soins. S'il n'y a pas de continuité, il n'y a pas de relation psychothérapeutique et pas de psychothérapie institutionnelle.

La continuité des soins est la possibilité de tenir compte de la dimension transférentielle avec un dispositif de soins qui suit le patient tout au long de sa trajectoire pathologique.

La notion de chronicité retrouve alors une certaine dignité puisqu'il s'agit d'assumer, avec le patient, la durée de sa maladie dans une dimension de solidarité : « quand vous décompenserez, je serai là pour vous épauler » (79).

L'offre d'investissement libre de l'institution met en avant les mouvements de va-et-vient qu'elle octroie entre l'intérieur et l'extérieur, le dedans et le dehors et qui pourrait fonctionner symboliquement comme un espace transitionnel.

Nous l'avons déjà énoncé, pour **Winnicott**, l'aire transitionnelle est ce qui, en autorisant les va-et-vient moi/non-moi du bébé, au niveau psychique, lui permet de se confronter à la réalité.

L'enfant est dans l'illusion que l'objet qu'il trouve là, juste à sa disposition, c'est lui qu'il l'a créé, et cela, grâce à une *good enough mother*, c'est-à-dire une mère tout juste assez adaptée à son enfant.

Progressivement, c'est grâce à cette même mère que s'effectue ce travail de désillusion et d'acceptation de la frustration qui, pour **Winnicott**, est à la base de la possibilité de l'enfant de reconnaître les objets comme réels, c'est-à-dire autant hais qu'aimés.

La mise en place de ce dispositif de continuité, l'illusion continue de l'aire transitionnelle, permet qu'une relation s'établisse entre l'enfant et le monde.

Le caractère ouvert de l'institution, lorsque c'est possible, les passerelles qu'elle installe, les va-et-vient qu'elle provoque, sont à même d'abriter un processus d'expérimentation et de reconstitution d'une intégrité psychique qui fait défaut au patient psychotique, en lui apparaissant sous la forme d'un lieu à investir dans une totale liberté. Dans ce lieu, progressivement, il devient capable de supporter un rapport à la réalité jusqu'alors marqué par la conflictualité.

L'articulation entre l'intrahospitalier et l'extrahospitalier est donc nécessaire pour favoriser une continuité des soins pour une continuité psychique, c'est-à-dire d'une possibilité d'échanges entre les soignants des différentes structures.

En cela, nous nous répétons, mais les réunions sont primordiales. Ces échanges ne sont pas uniquement institués, ils peuvent s'illustrer par des coups de téléphone pour informer du relais de prise en charge, des visites au sein des unités... L'important est que chaque structure ait conscience et connaissance de l'autre, de leurs fonctionnements, sans être dans des attitudes de clivages (bons/mauvais soignants de l'intra ou de l'extrahospitalier)...

Ainsi, comme nous l'avons écrit, le patient est libre de circuler au sein de ces différentes structures en fonction de son état.

Il est donc parfois nécessaire lorsque l'ambulatoire devient insécurisant, pas assez contenant que le relais soit pris par l'intrahospitalier offrant une contenance plus importante avec « les murs » de l'institution. L'objectif est de « *l'isoler (...) le mettre temporairement à l'abri de ce qui détermine son mal, et l'aider ainsi à s'en affranchir* » (3).

Clément a ainsi bénéficié d'une hospitalisation au S.H.I.P lorsque des débordements pulsionnels, des angoisses archaïques n'étaient plus contenables à l'extérieur.

Le relais de l'intrahospitalier vers l'extrahospitalier n'est également pas sans poser question pour les soignants : Quand ? Comment ?

Pour Monsieur A., première hospitalisation, il a été convenu d'un relais progressif de l'intra vers l'extrahospitalier avec le début de l'hôpital de jour depuis l'intrahospitalier, afin de permettre l'instauration d'un lien *sûre* sur l'extrahospitalier.

Pour Mademoiselle C., l'articulation entre les deux unités d'hospitalisations (fermée et ouverte) n'a pas été évidente lorsque les hospitalisations séquentielles ont été instaurées en unité ouverte. Régulièrement, Mademoiselle C. désignait l'unité ouverte comme « mauvais objet », les assignant à une place d'incompétents....L'unité fermée était alors le « bon objet », mais dès que Mademoiselle C. était admise en unité fermée, (suite à des passages à l'acte dans l'unité ouverte) elle n'envisageait qu'une chose : partir... De nombreuses synthèses ont été nécessaires pour éviter de reproduire, au sein des équipes, les phénomènes de clivages...

La prise en charge ambulatoire était également très compliquée, Mademoiselle C. pouvant mettre à mal (par la fréquence de ses passages à l'acte, son impulsivité) l'équipe, se trouvant régulièrement dans une impasse thérapeutique.

Par la puissance de ses mécanismes de défense, (clivage, déni, projection), la position soignante actuelle est d'être présente si nécessaire. Toute prise en charge, au C.M.P par des infirmiers, a été arrêtée ainsi que les séquentielles et l'hôpital de jour.

Mademoiselle C. est ainsi, suivie toutes les semaines par sa psychiatre référente, et continue un suivi en addictologie. Elle contacte, plusieurs fois par semaine, les soignants ou les secrétaires par téléphone, et finalement « circule » assez facilement entre les différentes structures.

Cependant, cette dichotomie intra/ extra permet de ne pas être dans la toute-puissance soignante (toute puissance de l'intrahospitalier), de ne pas « tout porter » et de diffracter

les transferts, ce qui peut permettre, dans certaines situations, de « passer le relais » et de tenir sur la durée....

IV.4. Institution immuable ?

Successivement, nous nous sommes intéressés au potentiel de fixation voire de chronicité, du patient, du soignant mais qu'en est-il de l'institution ? Serait-elle exempte de chronicité ?

Rappelons que le mouvement antipsychiatrique, datant du début des années soixante, a tenu à faire croire à l'idée d'une réinsertion possible du «fou» dans la société. L'asile devait disparaître, les malades retrouvant tous leurs droits de citoyens dans une société pouvant les accueillir, prendre en compte leurs potentialités créatrices.

Une des erreurs de ce mouvement, nous semble-t-il, a été de nier la fonction d'accueil et de refuge de l'asile psychiatrique et de croire aux vertus d'une société vierge de toute psychiatrie, prête à accueillir la folie en son sein, perspective difficile depuis toujours.

Il a donc été important de maintenir des lieux d'asile pour tous ceux que la société rejettait à cause de leur folie, tout en proposant une alternative à la chronicisation asilaire des psychotiques en fondant des structures extrahospitalières (84). Mais, il a alors été observé des formes de dépendances très subtiles et plus durables vis-à-vis de ces structures extrahospitalières.

L'institution, pour les tenants de la psychothérapie institutionnelle n'est pas tant l'établissement (transformé en lieu de renfermement, en lieu de vie active et de thérapies psycho, socio ergo....) que chacune des structures à la fois désaliénantes créées pour subvertir l'asile : ateliers, clubs, journal, bar, cantine gérés par les malades eux-mêmes naissant et disparaissant selon l'histoire des divers groupes et collectifs.

Ce qui soigne ce n'est pas l'institution mais **l'institutionnalisation**, c'est-à-dire le processus de création mais aussi de destruction dès qu'apparaît un risque de pétrification et d'hégémonie de telle ou telle institution.

Ainsi, le mouvement de psychothérapie institutionnelle et de psychiatrie de secteur répond à un fondement éthique majeur : n'exister nulle part mais être toujours en construction...

Ne nous laissons pas contaminer par la certitude de détenir la bonne théorie et la bonne pratique une fois pour toute, continuons le travail institutionnel « *pour éviter l'identification du secteur à des structures inertes et figées....* » (22).

La permanence de l'institution est une variation rendue nécessaire pour les patients chroniques qui, pouvant compter sur l'institution, peuvent supporter le présent angoissant. Dans toute institution psychiatrique, le contexte de prise en charge ou de l'accueil n'est pas seulement le cadre dans lequel se déroule le traitement mais fait partie du traitement.

Le symptôme est indissociable de l'histoire du sujet, de sa relation à l'Autre, de ce que le patient lui-même en dit. Il doit être appréhendé avec le contexte interhumain. Le patient puise dans cet environnement pour s'inspirer et construire sa propre créativité.

A partir de cette créativité, il invente une façon d'être au monde, construit des modes de compensation et de suppléance, crée des manières singulières de s'adresser aux autres et de nouer un rapport particulier avec le temps et l'espace.

Le lien entre le patient et l'institution doit être compris comme un lien positif, singulier et créatif. Au cœur de tout lien, nous observons de la dépendance, saine à partir de laquelle l'être se construit. La dépendance à l'institution, nous semble la condition de la création d'un lien à la structure d'accueil, à partir duquel un parcours est possible.

Il y a deux dimensions de la dépendance : exogène, contribuant à l'aliénation du sujet vis-à-vis de l'institution, et endogène, liés à la psychopathologie du sujet.

Le dépassement de cette dépendance doit passer par le transfert de ce transfert initial en dehors de l'institution. Ce transfert du transfert est alors considéré comme une continuité dans la séparation et non comme une rupture. C'est à travers la durée du lien et ses risques de ruptures que nous pouvons appréhender les qualités et l'intensité du lien.

Une dépendance pathogène freinerait tout transfert du transfert à l'extérieur de l'institution. La dépendance institutionnelle ne se mesure pas avec des critères universels, n'est pas évaluable objectivement puisque le trouble psychiatrique est une maladie de la condition humaine.

La réflexion clinique semble la seule à pouvoir fournir le meilleur matériau pour penser chaque trajet individuel, dont la question de la dépendance, mais la qualité de ce questionnement clinique dépend du positionnement de l'institution.

Ogien et Toledo (85) évoquent la notion d'*affiliation*, issue de la sociologie pour rendre compte de la dépendance institutionnelle chez des patients fréquentant les institutions extra hospitalières.

En s'appuyant sur son transfert à l'institution, le patient créera d'autres liens. Cette première greffe est la condition de possibilité du transfert du transfert. Pour que ce processus fonctionne, il semble impératif de ne jamais dénouer le transfert à l'institution avant l'heure. Ce n'est qu'après un temps, propre à chaque singularité, que la personne va pouvoir, le moment venu, refermer les portes de l'institution derrière elle.

Finalement, Mademoiselle C. s'adapte de manière surprenante à la réduction du temps de soins de ces derniers mois mais, comme nous l'avons dit, garde un lien très fort avec le service, par le biais de ses nombreux appels téléphoniques....

Pour Madame B. la question du lien au service d'hospitalisation, de la séparation, du relais sur l'hôpital de jour a été source de nombreuses discussions au sein de l'équipe soignante... Dans cette perspective, des hospitalisations séquentielles ont été organisées avec pour objectif, entre autre, de « dire au revoir à Salomé ».... Nous nous posons même la question de savoir, si les angoisses de séparation n'étaient pas également vécues par certains soignants....

Le relais de l'intra vers l'extrahospitalier a nécessité de nombreux appels téléphoniques, visites, rendez-vous pour effectuer ce transfert qui a été si long et difficile à obtenir....

Pour Clément, au vu de sa pathologie, le lien à l'institution semble nécessaire sur le long terme mais, grâce à sa prise en charge, il peut investir d'autres lieux, d'autres équipes, pour avoir un projet de vie autre qu'une « vie dans l'institution »...

Enfin pour Monsieur A., le lien à l'institution risque d'être également à tenir sur le long terme... Ce lien lui a permis de retrouver une place dans un groupe social, ayant vécu ces dernières années dans une totale autarcie...

Afin de terminer notre réflexion, « bouclons la boucle » en nous intéressons à la potentialité de chronicité de l'institution tout comme y sont soumis le patient et le soignant.... L'image de la chronicité peut s'associer à celle d'une réalité asilaire, marquée par l'enfermement, la concentration, le pouvoir autoritaire, la ségrégation. Nous interrogeons alors le pouvoir chronicisant de l'asile, l'étiquette « chronique » passant du sujet à l'institution (86) ... Les portes se sont ouvertes, mais l'asile demeure, comme un poids mort que nous portons, comme le lien d'un découragement, sur lequel nous butons, parce que la folie oblige à faire le deuil de la guérison.

Ordre ou désordre, soin ou répression, écoute ou autoritarisme, voici l'ambiguïté de la vocation thérapeutique de l'institution.

Pour **Michel Huguet** (86), la chronicité peut être saisie comme processus, comprise au niveau de son mode de fonctionnement, de sa nécessité psychologique et sociale au regard du maintien ou de l'éclatement de la structure institutionnelle.

Selon lui, l'ennui est un bon analyseur des mécanismes qui concourent à l'instauration de la chronicité institutionnelle. Il n'est pas « *absence de désir mais désir ne parvenant pas à se fixer* ». Et cette impossibilité renvoie aux conditions qui la permettent, c'est-à-dire la réalité institutionnelle.

Que signifient la présence et l'expression de l'ennui chez les soignants et les patients ? Selon lui, elles marquent à la fois une tentative de désinvestissement de l'institution et la tentation d'un désir d'ailleurs.

L'ennui signe, chez les soignants et soignés, une résistance, un code de défense contre l'institution, comme une révolte manquée qui tente de contourner, sur le plan imaginaire, la contradiction sans pouvoir la dépasser. Dans l'institution, soignants et soignés recourent à l'ennui pour se protéger des éléments qui font de la réalité quotidienne qui s'y constitue une réalité impossible.

La chronicité se nourrit de la création d'espaces de vide défensif et sidéré qui font échouer, interdisent toute tentative d'animation, capable de restaurer une dimension au quotidien, qui échappe au désinvestissement ou au refuge dans l'imaginaire.

La chronicité signifie « *le fait que le désir n'est pas la réalité et que ne pas en tenir compte mène à la création d'un réel porteur de mort, psychotique parce que non symbolisable, désinvesti au profit d'un idéal impossible à concrétiser parce qu'il n'est que défense narcissique* »(86).

L'institution comme objet thérapeutique, induisant une dépendance nécessaire, dont la pertinence réside dans sa permanence, dans l'articulation de ses différentes unités, dans le re-questionnement régulier de ses fondements, peut donc aussi être en proie à la chronicisation...

Conclusion.

La chronicité, inhérente, semble-t-il, à la psychiatrie depuis plusieurs siècles, a malheureusement une connotation péjorative d'un point de vue sociétal et soignant.

Dans la majorité de nos représentations, elle est assimilée à un état de fixité psychique, pour lequel aucun changement n'est possible.

Notre travail nous a permis de « faire un pas de côté » et de nous « défaire » de ces représentations pour appréhender la chronicité comme une nécessité pour « historiciser » le trajet de vie de chaque patient, lui donner un sens, avec, en arrière-plan, une réflexion sur la temporalité de nos patients, souvent altérée pour eux.

Décalons-nous de notre vision du soin « efficace et rapide », de nos « chronomètres », pour nous intéresser au « temps existentiel » de nos patients, afin d'accompagner ces « sujets », à leur rythme, tout au long de leur maladie.

Au travers des différentes situations cliniques, nous avons tenté de montrer que, malgré le déni, les résistances, l'envahissement de la pathologie, les rechutes, les échecs, l'épuisement, l'incompréhension, le changement est possible et réside autant du côté soigné que soignant.

L'objectif initial de notre travail était de s'intéresser à la chronicité (de nos patients) au sein de la psychiatrie. Très rapidement, nous nous sommes rendus compte que le patient n'était pas le seul aux prises avec cette question mais que la position du soignant et de l'institution devait être questionnées.

Dans cette optique, la psychothérapie institutionnelle, nous a apporté un modèle de compréhension satisfaisant, se singularisant par sa démarche éthique, à savoir l'intérêt majeur qu'elle porte au sujet, à sa condition humaine, associée à une analyse fine des enjeux transférentiels et contre-transférentiels.

Allant à l'encontre des représentations négatives qui lui sont imposées, la chronicité nous a révélé une potentialité extraordinaire au changement, à l'évolution, qui semble résider, en partie, dans le regard que nous pouvons porter sur elle, en tant que soignant.

Posons-nous alors la question de notre part de responsabilité dans le maintien de la chronicité : par la répétition d'observations médicales stériles n'entretenons-nous pas aussi la chronicité ?

La chronicité peut être comprise comme un système relationnel complexe, entre un patient et l'ensemble des intervenants de son système de soins : « *Il y aurait alors à quelque chose dans la pathologie répond quelque chose dans l'institution, dans la société, de la part du soignant générant, auto entretenant la chronicité* » (6).

Ne nous culpabilisons pas, l'important est de le savoir et de l'interroger....

Références Bibliographiques

1. **Lantéri-Laura G.** La chronicité dans la psychiatrie moderne française. Note d'histoire théorique et sociale. *Ann Econ Sociétés Civilis.* 1972;27(3):548–68.
2. **Pinel P.** *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale.* Brosson. Paris; 1809. 496 p.
3. **Lantéri-Laura G.** La chronicité en psychiatrie. *Le Plessis-Robinson: L'institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance;* 1997. 93 p.
4. **Fodéré FE.** *Traité du délire.* Paris: Imprimerie Crapelet; 1816. 327 p.
5. **Bonafé L, Le Guillant L, Mignot H.** Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. *Marseille;* 1964 Sep.
6. **Mammar N.** Chronicité et Schizophrénie. [Nantes]: Nantes; 1990.
7. **Racamier P.** *Le psychanalyste sans divan.* Paris: Payot; 1983.
8. **Dictionnaire Encyclopédie.** Larousse; 1994.
9. **Garnaud G, Gourdon R.** Psychose et Chronicité. *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Historicité et Institutions.* Erès. 2004. p. 135–48.
10. **Bonafé L.** Définition de la chronicité. *Masson.* Paris; 1959. p.709-16.
11. **Juillet P.** *Dictionnaire de la psychiatrie.* CILF. 2000. 410 p.
12. **Tougeron B.** Du hors-temps à la conjugaison du temps futur dans la prise en charge des patients schizophrènes chroniques. [Nantes]: Nantes; 1999.
13. **Piedinelli J, Bertagne P.** Chronicités et chronicisation. *Inf Psychiatrique.* 1988 Jan;64(1):9–18.
14. **Abatzoglou G.** Chronicité finie, chronicités en construction. Temps et vitesse clinique en psychiatrie. *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui Historicité et Institutions.* Erès. 2004. p. 147–58.
15. **Resnik S.** Chronicité en psychiatrie, chronicité de la psychiatrie. *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui .Historicité et Institutions.* Eres. 2004. p. 31–42.
16. **Leborgne R, Launat D, Chevalier JL.** La vie chronique. *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui Historicité et Institutions.* Erès. 2004. p. 107–9.
17. **Oury J.** La chronicité : stratégie analytico-existentielle. *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui Historicité et Institutions.* Eres. 2004. p. 21–9.
18. **Martin P.** Pratiques institutionnelles et Théorie des psychoses. *Actualité de la psychothérapie institutionnelle.* L'Hamattan. 1995. 556 p.

19. **Le Dorze A.** La psychothérapie institutionnelle ou l'analyse interminable. Nantes; 1975.
20. **Ayme J.** Essai sur l'Histoire de la Psychothérapie Institutionnelle. Actualités de la Psychothérapie Institutionnelle. Vigneux: Matrices; 1985.
21. **Delion P.** Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle. 2ième ed. Dunod Paris; 2011. 352 p.
22. **Cano N.** Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. L'Encéphale. 2006;32:205–12.
23. **Basaglia F.** Qu'est-ce que la psychiatrie? Paris: PUF; 1977. 317 p.
24. **Grivois H.** Psychose naissante, psychose unique? Masson. Paris; 1991. 156 p.
25. **Mornet J.** Psychothérapie institutionnelle. Histoire et actualité. Champ social. 2007. 160 p.
26. **Grivois H, Grosso L.** La schizophrénie débutante. John Libbey Eurotext. Paris; 1998. 221 p.
27. **Luong C, Humphreys D.** Soigner la psychose. Le cadre de soin extrahospitalier : un objet à utiliser. Evol Psychiatr (Paris). 2010;(75):485–97.
28. **Gomes M, Regnaut N, Roelandt J.** De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris: Frison-Roche; 1995. p. 433–67.
29. **Rappard P.** La folie et l'état. Aliénation mentale et aliénation sociale. Toulouse: Privat; 1981.
30. **Rosales G.** Mon ange. Arles: Actes Sud; 2002. 126 p.
31. **Minkowsky E.** Le temps vécu.(1933). Paris: PUF; 1995. 409 p.
32. **Le Geay B.** Hospitalisations séquentielles : une autre temporalité du soin intra-hospitalier. Réflexions sur les pratiques institutionnelles à partir de cas cliniques. [Nantes]:Nantes; 2003.
33. **Tatossian A.** La phénoménologie des psychoses. Art Compr. 1997 Juillet;(Hors série).
34. **Sutter J.** L'anticipation. Paris: PUF; 1983.
35. **Sutter J.** Réflexions sur l'anticipation. Psychol Médicale. 1990;22(4):285–7.
36. **Green A.** Narcissisme de vie. Narcissisme de mort. Edition de Minuit. Paris; 1983.
37. **Jeammet P.** Addictions, dépendance, adolescence. Réflexions sur leurs liens. Conséquences sur nos attitudes thérapeutiques. Les nouvelles addictions. Masson; 1991. p. 10–29.
38. **Racamier P.** L'interprétation psychanalytique des schizophrénies. Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie. 1976.

39. **Piedinelli J-P, Bertagne P.** Chronicité et chronicisation. *Inf Psychiatr.* 1988 Jan;64(1):9–18.
40. **Cain J.** Temps et psychanalyse. Privat. Toulouse; 1982.
41. **Hochmann J.** Réalité partagée et traitement des psychotiques. *Rev Française Psychanal.* 1986 Juin;16:43–61.
42. **Racamier P.** L'esprit des soins. Le cadre. Edition du Collège de Psychanalyse groupale et familiale. Paris; 2001. 124 p.
43. **Kaës R.** Introduction l'analyse transitionnelle. Crise, rupture et dépassement. Dunod; 1979. p. 336.
44. **Bion WR.** Aux sources de l'expérience. 1962. PUF; 1979. 137 p.
45. **Winnicott D.** Jeu et réalité. L'espace potentiel. (1971). Gallimard; 1975. 240 p.
46. **Winnicott D.** Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1969. p. 109–25.
47. **Winnicott D.** L'observation du jeu des enfants dans une situation établie. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1969. p. 269–88.
48. **Roussillon R.** La métapsychologie des processus et la transitionnalité. *Rev Française Psychanal.* 1995;LIX:1375–519.
49. **Roussillon R.** Le medium malléable. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. PUF; 1991.
50. **Venisse JL, Renaud M, Rousseau M.** Conduites de dépendance du sujet jeune. ESF; 1995. p. 29–58.
51. **Souffir V.** Comprendre et (re)construire à partir de l'hôpital de jour. *Rev Hôpitaux Jour Psychiatr Thérapies Institutionnelles.* 2002;(4).
52. **Corcos M.** Le contrat de soin : marché de dupes ou de partenaires? Adolescence et séparation: trajet de soin. 2001. p. 55–69.
53. **Jeammet P.** Contrat et contraintes. Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale. *Psychiatr Française.* 1984 juin;(29-2).
54. **Dray D.** Autour du média éducatif et soignant. Nantes; 2012.
55. **Lecoutre C, Botbol M, Mammar N.** Quelle place pour les médiations thérapeutiques dans la “psychothérapie par l'institution”? *Prat Psychol.* 2006;(12):17–29.
56. **Laplanche J, Pontalis JB.** Vocabulaire de la psychanalyse. 12ème ed. Vendôme: PUF; 1994. 523 p.
57. **Delion P.** Thérapeutiques Institutionnelles. Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie. Editions scientifiques et médicales. Paris: Elsevier Masson; 2001. p. 19.

58. **Freud S.** Le moi et le ça. Essais de psychanalyse. Payot; 1968.
59. **Freud S.** Extrait de l'histoire d'une névrose infantile. Cinq psychanalyses. 1935. p. 371–477.
60. **Janet P.** Les médications psychologiques. Les économies psychologiques. L'harmattan. Paris; 2007. 307 p.
61. **Esquirol JE.** Des maladies mentales. 1838. 398 p.
62. **Tosquelle F.** La thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique. 1941.
63. **Witkowski P, Kahn J, Laxenaire M.** Psychose, famille, institution, une lecture systémique. Psychol Médicale. 1987 Nov;19(13):2437–9.
64. **Freud S.** Die zukünftigen Chancen der psychanalytischen Therapie. Zentralblatt Psychoanal. 1910;I(XI):144–5.
65. **Hochmann J.** Réflexions sur la théorie psychanalytique du soin psychiatrique aux psychotiques. Psychol Médicale. 1988;20(2):221–3.
66. **Diatkine R, Quartier-Frings, Andreoku A.** Psychose et changement. PUF; 1991. 292 p.
67. **Freud S.** Les psychonévroses de défense. Névrose, psychose et perversion. 10ème ed. Paris: PUF; 1997. p. 307p.
68. **Millet F, Schmitt L, Lemaire A, Moron P.** Anticipation, pronostic et psychothérapie. Psychol Médicale. 1990;22(4):293–5.
69. **Paumier F.** Phénomènes d'aliénation et soins psychiatriques des psychoses. Nantes; 1988.
70. **Fustier P.** Les corridors du quotidien. Presses Universitaires de Lyon. Lyon; 1993.
71. **Vicente F.** Sur les risques de notre chronicité. La chronicité en psychiatrie aujourd’hui. Historicité et Institutions. Erès. 2004. p. 163–7.
72. **Gabbai P.** Les défis et les enjeux d'une prise en charge des personnes psychotiques profondément déficitaires parvenues à l'âge adulte.
73. **Lantéri-Laura G.** La temporalité dans la psychiatrie moderne et dans ses démarches thérapeutiques. Perspect Psy. 2001 Jan;40.
74. **Paumier F, Vallée A, Venisse JL.** De l'aliénation structurante aux structures aliénées. Synapse. 1989 Nov;(58):51–6.
75. **Wierviroka S, Kannas S.** Approche systémique et chronicité en milieu hospitalier psychiatrique. Evol Psychiatr (Paris). 1989;tome LIV(fasc.3):595–614.
76. **Ricoeur P.** Soi-même comme un autre. Le Seuil. Paris; 1990.
77. **Balvet P, Rothberg D, Bange C.** La réunion d'équipe, conscience du pavillon et moyen psychothérapique. Inf Psychiatr. 1961 juillet;(7):375–91.

78. **Hochmann J.** Abord institutionnel des enfants psychotiques, données actuelles. Encyclopédie Médico-chirurgicale Psychiatrie. Editions Techniques. Paris; 1991.
79. **Delion P.** Réhabiliter la psychothérapie institutionnelle aujourd’hui. Institutions Rev Psychothérapie Institutionnelle. 2000 Sep;(27).
80. **Oury F.** Institutions : de quoi parlons-nous? Institutions Rev Psychothérapie Institutionnelle. 2004 Mar;(34):10.
81. **Michaud G.** La Borde, un pari nécessaire : de la notion d'institution à la psychothérapie institutionnelle. Gauthier-Villars. Paris; 1977.
82. **Queverdo C.** L'hôpital psychiatrique peut-il encore soigner la chronicité? Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques? Erès. 2012. p. 25–31.
83. **Hurstel O.** La psychothérapie institutionnelle. Soins Psychiatr. 2013 Jan;(284):5–6.
84. **Francart B.** Le centre de jour à l'épreuve de la dépendance qu'il génère. Entre désir d'asile et désir de société : le phénomène de la dépendance institutionnelle dans les structures extrahospitalières psychiatriques. Rev Hôpitaux Jour Psychiatr Thérapies Institutionnelles. 2009;(11):113–6.
85. **Ogien A, Toledo M.** Le critère de chronicité. Serv Soc Dans Monde. 1987;(4).
86. **Huguet M.** Espace imaginaire et Chronicité Institutionnelle. Psychologie et science administrative. PUF. Vigneux; 1985. p. 259–66.

NOM : BLANCHET-MOMAS

PRENOM : Marie-Charlotte

Titre de Thèse :

**La Chronicité en Psychiatrie Aujourd’hui : un détour par la
Psychothérapie Institutionnelle.**

Réflexions à partir de cas cliniques.

RESUME

Depuis la fin du XIXème siècle, la chronicité devient inhérente à l'exercice de la psychiatrie. Cette situation, d'apparente fixité, trouve son origine dans la pathologie du patient amenant, à des soins de longue durée, ou bien dans l'institution, au sens large, possiblement aliénante, porteuse quoiqu'il arrive de sens pour le patient. La psychothérapie institutionnelle, par sa démarche humaniste et éthique, nous propose un modèle de compréhension de la chronicité et nous invite à nous interroger sur notre position soignante, sur celle de notre institution. Questionnons alors notre part de responsabilité à induire et entretenir « la chronicité ». Au travers d'interrogations portant sur le patient, le soignant et l'institution, nous posons le postulat que la chronicité dépasse le patient et s'adresse à tous les protagonistes du soin.

MOTS-CLES

- CHRONICITE
- TEMPORALITE
- PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE
- CADRE
- INSTITUTION
- PSYCHIATRIE