

## PRESENTATION :

### « En-deça du symptôme, en-dedans du cadre, au-delà du symptôme... »

Dr Gladys MIKOLAJCZAK<sup>1</sup>, Allison THIRY<sup>2</sup>, Stéphanie NOIRFALISE<sup>3</sup>, Pr Jean-Marc TRIFFAUX<sup>4</sup>

1. Médecin assistante en psychiatrie, Université de Liège, Belgique
2. Infirmière en psychiatrie, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Liège, Belgique
3. Infirmière en chef, Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Liège, Belgique
4. Médecin Directeur de l'Hôpital de Jour Universitaire La Clé, Liège, Belgique

#### Adresse postale :

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »  
Boulevard de la Constitution, 153  
4020 Liège  
Belgique

#### Adresse électronique :

[gladys.mikolajczak@gmail.com](mailto:gladys.mikolajczak@gmail.com)

#### **Résumé**

Le symptôme reste une forme de « voie royale » pour entrer à l'hôpital de jour. Mais que véhicule-t-il ? Quelles réponses thérapeutiques originales l'hôpital de jour peut-il lui apporter ? Après une brève réflexion sur la clinique du symptôme d'un point de vue sémiologique et diagnostique, et un regard sur les approches psychodynamiques, systémiques et cognitivo-comportementales, nous nous interrogerons sur les ingrédients qui nourrissent de façon intégrative le travail thérapeutique à l'hôpital de jour.

Au travers de vignettes cliniques, nous décrivons le travail au sein de notre institution en mettant en évidence des éléments touchant aux concepts de psychothérapie institutionnelle, de cadre, de transferts et contre-transferts individuels et groupaux, de holding, de fonction maternelle et paternelle, de réalité intrasubjective et intersubjective, d'étayage objectal et d'enveloppe psychique.

Nous présenterons plus particulièrement l'activité thérapeutique « Ma Clé » en nous penchant sur le travail de symbolisation réalisé à l'hôpital et sur les notions de médium malléable et d'objet transitionnel.

Nous verrons comment l'hôpital de jour, en tant qu'espace de soin s'inscrivant dans une discontinuité temporelle, permet la continuité psychique et ouvre la voie du rétablissement du sujet.

## **Abstract**

### **« Below the symptom, within the setting, beyond the symptom... »**

The symptom remains a kind of "royal road" into get to the day hospital. But what does it convey ? What innovative therapeutic responses can the day hospital provide ? After a brief reflexion on the symptom, from a semiologic and diagnostic point of view, and an overview of the psychodynamic, systemic and cognitive-behavioral models, we will examine the ingredients that nourish the integrative therapeutic work at the day hospital.

Through clinical vignettes, we will describe the work of our institution by highlighting elements related to the concepts of institutional psychotherapy, setting, individual and group transferences and counter-transferences, holding, maternal and paternal functions, intrasubjective and intersubjective reality, object-shoring, and psychological envelope.

We will present a particular therapeutic activity called "My Key" by looking at the work of symbolization carried out at the hospital, as well as the notions of the malleable medium and the transitional object.

We will see how the day hospital, as an area of care within the scope of a temporal discontinuity, enables psychic continuity and opens the road to the subject's recovery.

**Mots-clés en français**: symptôme, clinique, psychothérapie institutionnelle, cadre, transfert et contre-transfert, activités thérapeutiques, symbolisation, medium malléable, objet transitionnel, continuité psychique

**Mots-clés en anglais**: symptom, clinic, institutional psychotherapy, setting, transference and counter-transference, therapeutic activities, symbolization, malleable medium, transitional object, psychic continuity

## TEXTE :

### 1) Introduction

L'Hôpital de Jour La Clé est une **structure hospitalière autonome**, indépendante d'un hôpital général ou psychiatrique. Premier hôpital de jour psychiatrique en Belgique, il a été créé en 1969 par le Pr. J. Bertrand. L'hôpital comprend une seule équipe soignante, pluridisciplinaire, qui encadre trente patients adultes et adolescents des deux sexes à partir de 16 ans. Le cadre de fréquentation de l'hôpital implique une présence obligatoire du lundi au vendredi de 8h30 à 16h. La durée moyenne d'hospitalisation est de huit semaines. L'approche associe une prise en charge individuelle et groupale. Nous travaillons dans un modèle intégratif d'inspiration principalement psychodynamique.

Les **pathologies** sont diverses, avec une majorité de dépressions et troubles anxieux névrotiques, ainsi que de troubles de la personnalité état-limite. Sont également pris en charge les troubles adolescents (jeunes en décrochage scolaire par exemple), les alcooliques (le plus souvent en post-cure de sevrage), les troubles alimentaires (BMI minimum requis) ainsi que certains patients psychotiques (qui ont acquis un minimum d'autonomie et de capacités de socialisation). Par contre, notre unité de soins ne permet pas de prendre en charge les grands suicidaires, les patients agités ou dangereux, ni les patients déments ou les déficients mentaux trop profonds.

### 2) Clinique du symptôme

#### Sémiologie et diagnostic

« Depuis le début de la psychiatrie, l'évolution de la nosographie a donné jour à de nombreuses classifications élaborées à partir de regroupements de symptômes en syndromes, en entités spécifiques » (Tribolet and Shahidi 2005). La pratique psychiatrique se distingue des autres disciplines médicales à plus d'un titre. D'abord, « tout diagnostic se rapporte, avant tout, à un système nosographique » (Tribolet and Shahidi 2005). Ensuite, « la clinique ne peut se contenter du simple diagnostic. Le symptôme est un langage qu'il faut entendre » (Tribolet and Shahidi 2005). Par ailleurs, « si le diagnostic a un sens en psychiatrie, c'est avant tout, comme aide pour mieux reconnaître, mieux anticiper, voir, entendre le signe que nous fait le patient dans sa souffrance. Un

signe que le patient lui-même, le plus souvent, ne perçoit pas ou ne déchiffre pas. Ainsi, le soin psychiatrique ne consiste pas à traiter un diagnostic mais à répondre à un symptôme ou une situation qui fait symptôme » (Tribolet and Shahidi 2005). De plus, « il n'existe aucun symptôme inutile en psychiatrie. Mais pour pouvoir être entendu, le symptôme doit d'abord être reconnu. L'examen psychiatrique est caractérisé par une multitude de difficultés et de pièges : des symptômes cachés par d'autres symptômes psychiques, des symptômes psychiatriques prenant le masque organique, l'expression bruyante de symptômes mineurs et la discrétion de symptômes majeurs. » (Tribolet and Shahidi 2005) Enfin, « aucun diagnostic psychiatrique ne peut se contenter d'un unique symptôme. Seules la persistance des signes, l'intrication des symptômes entre eux, l'articulation du symptôme au contexte affectif, familial, culturel, social, professionnel, et la prise en compte des facteurs temps et espace permettent d'orienter l'examen sémiologique vers une prise en charge adéquate » (Tribolet and Shahidi 2005).

### *Approche psychodynamique*

« C'est le refoulement d'un événement traumatique qui jouerait le rôle principal dans la formation du symptôme », nous dit S. Freud. « L'appareil psychique a pour fonction d'abaisser la tension et de provoquer la décharge d'énergie. Mais la stimulation endogène est ininterrompue, la réponse est toujours incomplète, et le refoulement augmente la tension, obligeant celle-ci à trouver des expressions détournées » (Delrieu 2001). J-D Nasio schématise le fonctionnement psychique du point de vue de la circulation de l'énergie en quatre étapes : « premièrement la poussée constante de l'inconscient (excitation continuelle de la source et mouvement de l'énergie en quête d'une décharge complète jamais atteinte), deuxièmement l'obstacle qui s'y oppose (la barrière du refoulement), troisièmement l'énergie qui reste dans l'inconscient et réactive la source d'excitation, et quatrièmement l'énergie qui passe et s'extériorise sous la forme du plaisir partiel inhérent aux formations l'inconscient (i.e. les actes involontaires, les manifestations pathologiques, les relations affectives avec une personne, avec des choses, vis-à-vis de nous-même ou transférées au thérapeute). Le symptôme serait donc une formation de l'inconscient. » (Delrieu 2001) Ce refoulé peut faire

retour à la surface de la conscience, au niveau du corps (conversion psychosomatique), au niveau de la pensée (obsessionnelle), etc. Souvent, le soulagement du symptôme est difficile. Selon S. Freud, il existerait une certaine complaisance du Moi à l'égard du symptôme et il est fréquent que le patient résiste à le voir disparaître. L'élément traumatique voudrait se dire à travers le symptôme et se repèrerait à travers lui. « Paradoxalement, le symptôme aurait une valeur de satisfaction pulsionnelle » (Nasio 2001). « Etant donné que le mouvement général du psychisme (qui tente d'obéir au Principe de Déplaisir-Plaisir en visant une décharge totale de la tension) ne parvient pas à décharger cette tension d'une façon absolue, c'est par une décharge partielle que le système inconscient trouverait du plaisir à soulager sa tension. Aussi, devant un symptôme qui fait souffrir, devons-nous discerner clairement la souffrance éprouvée par le patient et le plaisir non ressenti gagné par l'inconscient. Quelque part, une satisfaction serait prise dans cette souffrance, et en nous référant au modèle psychodynamique, un de nos rôles serait de donner du sens au symptôme en mettant à jour ce qu'il satisfait » (Nasio 2001).

### **Approche systémique**

Selon O. Amiguet et C.R. Julier, plusieurs lectures du symptôme coexistent. (Amiguet and Julier 1996) Premièrement, « celui-ci révèle la tension entre identité et appartenance (avoir un symptôme renverrait à la structure individuelle, donc à la psychanalyse » ; être le symptôme renverrait à un système groupal, donc à une thérapie systémique selon Neuburger). » (Amiguet and Julier 1996) Deuxièmement, « le symptôme est le fait d'une accumulation de solutions inappropriées (il n'y a aucune attention au symptôme en lui-même, mais uniquement à ce qu'il met en branle dans les relations ; le but est de bloquer les situations stériles) » (Amiguet and Julier 1996). Troisièmement, « le symptôme exerce une fonction d'équilibration dans le système (le symptôme sert à quelque chose, il faut modifier les modalités d'équilibration du système pour que la fonction du symptôme ne soit plus nécessaire) » (Amiguet and Julier 1996). Quatrièmement, « le symptôme met en scène des loyautés invisibles (Nagy) ou des délégations (Stierlin) (pour comprendre un symptôme, il convient de reconstruire l'histoire relationnelle sur au moins trois générations afin de discerner la trame

relationnelle qui sous-tend les échanges) » (Amiguet and Julier 1996). Cinquièmement, « le symptôme a une *fonction de mise en crise* (il est une source possible de changement). » (Amiguet and Julier 1996) Sixièmement, le symptôme *s'inscrit dans un réseau de significations* (il apparaît comme une « réponse-alarme » du fait que les réseaux de significations sont en difficultés) » (Amiguet and Julier 1996).

### **Approche cognitivo-comportementale**

Cette théorie explique les symptômes (anxieux, phobiques, etc) comme des habitudes prises par un *apprentissage* ou un *conditionnement* qui a créé les idées ou les comportements. Cette approche privilégie les pensées et les croyances. Le symptôme n'a pas un sens à proprement parler. Il résulte d'un traitement de l'information (cognition) erroné (généralisation abusive, croyance, ...). Il n'est pas utile de rechercher dans la biographie du malade comment l'apprentissage ou le conditionnement a pu se réaliser et produire le symptôme. Le passé du malade importe peu, il faut repérer apprentissages et conditionnements pathogènes et favoriser un autre apprentissage ou un déconditionnement.

### **3) Travail au sein de notre institution**

#### **Trois espaces psychiques**

Lorsque nous nous penchons sur la vie à l'intérieur des murs, nous nous rendons compte, en nous référant à R. Kaës que nous voyageons perpétuellement dans **trois espaces**, à savoir « l'espace psychique du groupe, celui des liens intersubjectifs qui s'y nouent et celui du sujet. » (Kaes, Pinel et al. 2005). Ces différents niveaux s'imbriquent et tissent la richesse de notre travail mais aussi ses difficultés. Nous développons ces aspects ci-dessous.

#### **Double approche (individuelle et groupale)**

Si nous déplaçons notre regard sur le **type de prise en charge**, nous découvrons que La Clé se distingue par sa vocation essentiellement thérapeutique et non occupationnelle. Une de ses

particularités est **l'approche sociothérapeutique (groupale), combinée à l'approche psychothérapeutique et médicale (individuelle)**. Chaque patient bénéficie de cette double approche d'où la notion d'une forme de co-thérapie. Le patient passe la majorité de son temps dans le groupe (où il existe une visée thérapeutique groupale ainsi que des entretiens réguliers avec son infirmière référente), et bénéficie d'entretiens avec le médecin deux fois par semaine, au sein desquels est apportée une dimension psychothérapeutique. Nous naviguons quotidiennement entre des notions relativement objectives (retours de l'équipe sur les ateliers, descriptions factuelles concernant le comportement du patient dans le groupe, réalité externe) et subjectives (analyse du fonctionnement intrapsychique du patient en individuel, réalité interne). Il apparaît une dialectique entre l'intersubjectivité et l'intrasubjectivité, entre l'horizontalité et la verticalité, et nous nous questionnons sur les rapports liant le monde interpersonnel au monde intrapsychique. Quel que soit le symptôme, une attention particulière est portée à la manière dont l'individu va entrer en relation avec son entourage, partant du postulat que celle-ci reflète son monde interne, qu'il ne peut nous dire autrement que par son comportement. Mais ceci ne prend sens que dans le cadre, dans lequel la mise en sens garde sa validité. Le travail d'étayage sur le groupe et le dispositif institutionnel alimente le travail psychodynamique et vice-versa. Cette double lecture (relationnelle et intrapsychique) nous semble particulièrement riche dans une institution qui fonctionne justement dans une mouvance analytique, étant donné que « la nosographie de ce modèle est plutôt basée sur une clinique de l'invisible (elle repère le symptôme dans ses formes les plus cachées et le déchiffre à la façon des hiéroglyphes ») (Tribolet and Shahidi 2005). Nous dirions que l'apport de la sociothérapie favorise une amplification de certains symptômes, à la manière d'un catalyseur. Et que le travail en équipe permet de rendre visibles (pour les soignants et pour le patient) des symptômes qui sinon pourraient rester invisibles en individuel. Un travail conjoint est rendu possible mais il existe également des difficultés inhérentes à cette double approche (e.g. « risque de créer des difficultés supplémentaires au patient en lui renvoyant des images d'identification différentes, et nécessité d'un effort de compréhension et d'aménagements dans le travail en équipe ») (Desseilles and Lisin 1979). Ce « travail bifocal » implique notamment « d'accepter d'être éclairé par l'autre et de découvrir les mécanismes subtils où

nous avons pu nous laisser engluier ; c'est aussi tolérer un désaccord avec l'autre. Mais ce qui reste commun, c'est la volonté mutuelle d'être à l'écoute d'une souffrance et de respecter le contrat à travers un travail en équipe qui a la même option thérapeutique, dans le souci constant d'éviter les différentes possibilités de clivage (au niveau du patient, du groupe, de l'Equipe, ou de l'institution) » (Desseilles and Lisin 1979).

### *Regard sur le symptôme*

Si notre champ d'observation se place maintenant sur le contenu travaillé, notre attention est attirée par le **regard que les soignants portent sur le symptôme**. A l'Hôpital La Clé, nous sommes formés, en référence à la théorie psychodynamique, à considérer le symptôme comme « l'étape ultime et visible du processus pathogène » (Delrieu 2001) et donc à chercher d'abord le sens qu'il véhicule, avant de viser sa diminution ou sa suppression. Notons cependant que ces deux temps du soin se chevauchent souvent, « l'institution visant souvent à réduire ou supprimer le symptôme, là où le thérapeute cherchera avant tout son déchiffrage » (Velez 2009). Notons que « la suppression du symptôme est parfois un préalable nécessaire pour permettre qu'émergent les capacités de mentalisation du patient », souligne le Pr J-M Triffaux. Celui-ci dit encore : « Ce qui soigne en psychiatrie, à côté de notre intervention thérapeutique, c'est notre présence d'être humain capable de s'engager dans un nouveau cheminement relationnel avec des patients en détresse psychologique. L'hôpital de jour doit rester un système ouvert et pluridisciplinaire » (Triffaux 2002). De manière plus formelle, nous recourons à l'évaluation du symptôme lorsqu'au moment du bilan de fin d'hospitalisation, nous utilisons l'échelle Star (Pr J. Bertrand, Dr M. Jadot, Pr J-M Triffaux) dans laquelle nous cotons l'évolution du symptôme, l'attitude face à celui-ci, et la dynamique relationnelle. Il arrive que le regard du patient soit différent de celui de l'équipe (et qu'au sein de celle-ci il y ait des divergences entre le personnel paramédical et médical). C'est la « mise en commun » qui permet de coter le symptôme et, in fine, c'est la cote de l'équipe qui est communiquée dans la lettre de sortie.

### *Trois espaces dans le travail sur le symptôme*



Notre expérience à La Clé nous conduit, dans la lignée de la notion des espaces, à schématiser **trois espaces** : un « en-deça du symptôme », un « au-delà du symptôme » et un « en-dedans du cadre ». L' « **en-deça** » du symptôme serait la recherche de son sens lors du travail psychothérapeutique où, en nous référant à S. Freud, nous cherchons la « face cachée de l'iceberg ». L' « **au-delà** » du symptôme serait le processus transformationnel s'opérant à l'intérieur de soi (permettant « que des émotions impensables deviennent pensables, au lieu d'être purement évacuées dans des passages à l'acte ou déviées vers des atteintes somatiques » (Houzel 1987) et se répercutant à l'extérieur de soi (avec par exemple la redécouverte de liens sociaux et le travail de réinsertion socio-professionnelle). L' « **en-dedans** » du cadre serait cet élément sans lequel nous ne pouvons pas fonctionner, la relation thérapeutique étant indissociable du cadre à l'intérieur duquel elle se développe. Celui-ci serait comparable à une « enveloppe psychique » (Ciccone 2012), « qui se doit d'allier les pôles paternels et maternels, en étant à la fois solide et résistante, mais aussi réceptive et contenante. » Selon R. Roussillon, le cadre permettrait que se réalise en son sein le travail de symbolisation, afin que le sujet arrive à mieux se représenter sa vie intérieure. « Il symbolise la symbolisation de la même manière que le cadre d'un tableau symbolise le fait que ce qui se passe à l'intérieur du cadre est une nouvelle représentation et non la continuation du dessin mural. » (Lecoq 2012)

### **Néogenèse de symptômes**

En regardant les mouvements affectifs sans cesse à l'œuvre dans la dynamique groupale, nous ne trouvons pas rare d'observer une **néogenèse de symptômes**, autant chez les patients que chez les soignants. Cette création de symptômes peut apparaître par exemple lorsque l'homéostasie du groupe est perturbée <sup>1</sup>, se situer dans le décours du travail psychothérapeutique <sup>2</sup>, ou être due aux **réactions**

---

<sup>1</sup> Exemple d'un patient psychotique au bilan s'exprimant face au départ d'autres patients : « Je suis moi grâce à vous, vous allez partir et je ne serai plus rien ». Ceci illustre les fonctions du groupe selon D. Anzieu (le Moi-Peau) : « Le groupe a une fonction de contenant pour les liens des membres du groupe, il est aussi une enveloppe narcissique collective, un objet libidinal, un Moi ».

<sup>2</sup> Exemple d'un adolescent qui, par un processus probable d'identification, commence à s'alcooliser lorsqu'il retrouve le lien avec son père alcoolique après des années de rupture...

**transféro-contre-transférentielles**, qui peuvent créer de la souffrance dans l'équipe. Une fois franchie la porte de l'hôpital, les patients déploient leur scénario interne et nous assistons parfois à un transfert massif. « L'institution psychiatrique peut représenter, à certains moments d'une prise en charge, et du point de vue transférentiel, la famille réelle ou imaginaire du patient » (Roth 2005)<sup>3</sup>. L'institution reste un ensemble difficilement mesurable, mais nous constatons souvent que « quand le patient agit, l'institution réagit » (Roth 2005). Et que « l'agir serait une mise en acte qui reproduirait, dans le cadre thérapeutique, quelque chose appartenant à une subjectivité méconnue par le sujet » (Roth 2005).<sup>4</sup> Dans notre hôpital de jour où l'équipe paramédicale est plongée dans un bain quotidien avec les patients (partage des repas à la même table, animation d'ateliers parfois mobilisants d'un point de vue psychique), et soumis dès lors aux vagues émotionnelles que cette proximité relative peut susciter, la notion de cadre interne des soignants dont parle D. W. Winnicott nous paraît d'autant plus nécessaire. « Ceux-ci devront posséder », nous dit le Dr A. Lecoq, « d'indéniables qualités de maternage, la capacité de jouer au sens le plus informel qui soit et celle de survivre à la destructivité, ce qui ne veut pas seulement dire ne pas s'effondrer ou ne pas riposter mais continuer à penser malgré les attaques dont ils sont l'objet. Pour contenir sans succomber, pour survivre sans agresser, pour donner à la relation transféro-contre-transférentielle les meilleures chances de succès, l'analyse de son propre contre-transfert s'avérant indispensable. » (Lecoq 2012)

### *Réponses et outils de l'institution*

Nous nous sommes demandés quelles étaient les **réponses ou les outils de l'institution** pour faire face à ce flot de symptômes ? Nous dirions que (en faisant malgré nous un jeu de mots) de la même manière qu'au niveau architectural une clé de voûte sert à la répartition optimale des forces, la « clé de voûte » de l'Hôpital « La Clé » est **le nombre de réunions d'équipe hebdomadaires** (quatre par semaine plus le bilan, soit cinq heures par semaine). Il nous semble « qu'une des forces de la Clé,

---

<sup>3</sup> Exemple d'un patient qui éprouvait un sentiment de rejet de la part de certains membres du personnel, se sentant moins aimé que d'autres patients, et qui élabore sur sa fratrie et ses parents, en prenant conscience qu'il y vivait ces mêmes sentiments de rivalité affective.

<sup>4</sup> Exemple d'une patiente constamment dans le passage à l'acte, qui était parvenue à faire passer à l'acte et sortir de son cadre une infirmière, lors d'une activité thérapeutique particulièrement mobilisante d'un point de vue émotionnel.

c'est que les soignants se parlent beaucoup ». Nous faisons le constat quotidien de la nécessité et de l'utilité « d'être plusieurs pour soigner un patient. » Le moment choisi pour les réunions, à savoir la fin de la journée, est aussi une particularité. Nous trouvons qu'il favorise un meilleur partage émotionnel qu'en début de journée. Et qu'en cela, il permet une forme de prévention des soignants afin d'éviter de rentrer chez soi avec sa « souffrance portée » (S. Daneault). C'est lors des réunions que nos regards sur le symptôme se croisent, « qu'on comprend des choses ensemble », ce qui constitue la « fonction métaphorique » de la réunion (Delion 2005). Celui-ci parle de « constellation transférentielle » (et la réunion des soignants assurerait une « fonction contenant aux transferts diffractés de certains patients » dit-il). Lorsque nous mettons en commun, nous essayons, en nous référant à O. Kernberg, d'utiliser nos réactions contre-transférentielles comme des outils diagnostiques.

### *Riche palette d'activités thérapeutiques*

Une autre pierre angulaire de La Clé consiste en la **riche palette des activités thérapeutiques**. Dans certaines d'entre elles, la relation est médiée par l'investissement d'un support que le patient s'approprié. « Pour que le groupe garde son objectif thérapeutique et ne devienne pas un groupe occupationnel, il faut que le soignant ait intériorisé les règles de la médiation. Et c'est à cette seule condition que le soignant peut tenir une position de soin. » (Lebigre 2004) D'autre part, certaines de ces activités permettent de raviver les mouvements qui ont structuré chaque patient au sein de son groupe familial, lieu possible de conflits, d'alliances et d'identifications. L'attention portée au comportement du patient peut aider à la compréhension de la symptomatologie.

### *Travail de liaison et de continuité*

En filigrane de nos interactions à La Clé, il nous apparaît **un travail de liaison et de continuité**, qui se réalise à différents niveaux. Premièrement, un **travail de liaison au niveau groupal**, qui permet de lier, de rassembler, grâce aux réunions, les contre-transferts des soignants et « c'est cela qui soigne le patient » (Delion 2005). Par ailleurs, les réunions permettent aussi de

veiller à la stabilité émotionnelle de l'équipe. Cette stabilité apparaît comme le garant de la constance des interactions des soignants avec le patient, celles-ci contribuant à sa sécurisation affective et à sa capacité d'éprouver ce « sentiment de continuité d'exister » (Winnicott 2006). Deuxièmement, un **travail de liaison au niveau individuel**, en visant d'un point de vue psychodynamique la « liaison de l'affect aux représentations » lors des entretiens psychothérapeutiques. Troisièmement, un **travail de liaison au niveau social**, via ce que la sociothérapie permet dans le retissage de liens sociaux. Quatrièmement, un **travail de liaison au niveau des soins**, puisque la « fonction de portage » (Winnicott 2006) continue une fois franchie la porte de sortie (le patient a la possibilité de garder un lien avec notre structure via le groupe de transition hebdomadaire et la sollicitation de la permanence sociale ; et nous veillons toujours à organiser la continuité du suivi ambulatoire). Cinquièmement, un **travail de liaison au niveau du réseau**, car l'hôpital de jour travaille en cheville avec les hôpitaux psychiatriques ou généraux de la région, ainsi qu'avec les CRF notamment. Sixièmement, un **travail de liaison au niveau psychique**, car une vocation de l'hôpital de jour n'est-elle pas d'aider le sujet à « grandir et croître psychiquement » (Creplet 2009) ? Nous essayons que cette croissance se situe dans un juste équilibre entre la dépendance et l'autonomie, en visant un travail de différenciation, dans un souci de « continuité d'être » (Winnicott 2006). Ph. Jeammet précise notre pensée : « croître psychiquement, c'est avoir une tranquillité suffisante pour accueillir l'enfant que l'on a été. C'est assumer progressivement une certaine continuité sans jamais se couper de sa vulnérabilité première » (Jeammet, Reynaud et al. 1996). L'ambiance générale à La Clé est propice à une certaine régression chez les patients mais D.W. Winnicott nous dira que celle-ci permet l'émergence d'une nouvelle organisation. Dans ce sens, en nous référant à A. Ciccone qui propose le concept d'une « parentalité interne » chez le soignant <sup>5</sup> (Ciccone 2012), nous dirions qu'une difficulté quotidienne à La Clé est d'arriver à articuler harmonieusement ces différents aspects de notre parentalité interne.

### *Apprentissage à entendre le symptôme*

---

<sup>5</sup> La « parentalité interne » dont parle A. Ciccone comprendrait à la fois une « biparentalité psychique » articulant les aspects maternels et paternels, et une « bigénérationnalité psychique » articulant les aspects adultes et infantiles du soi.

En psychiatrie, nous ne travaillons pas seulement avec ce que nous savons, mais aussi et surtout avec ce que nous sommes. Travailler en équipe, c'est également avoir l'occasion de nourrir nos manières d'être avec des élaborations théoriques et des échanges cliniques. C'est lors de supervisions ou d'intervisions qu'une **expérience est transmise**, que nous **formons notre écoute**, que nous apprenons à entendre, et que nous façonnons notre regard...

### *Singularité du travail à La Clé*

L'Hôpital de Jour La Clé n'est pas un hôpital comme les autres... Le découpage temporel fonctionne selon un cadre bien établi, la prise en charge est intensive, et sa vocation est thérapeutique dans un système de valeurs fondé sur l'humain. Il n'accueille pas que des patients psychotiques chroniques mais diverses pathologies qui peuvent bénéficier du soin en profondeur. En lui-même il représente une « clé psychiatrique » (Bertrand, Lisin et al. 1984), et sa place dans le réseau doit être comprise. Le travail psychothérapeutique ne se fait pas seulement dans le cabinet du thérapeute, mais l'institution en elle-même permet qu'il se réalise, dans une dimension que nous entendons « polyphonique »... Nous partageons avec vous cette invitation de P. Delion « à ne pas faire de la psychothérapie dans l'institution, mais à faire de l'institution un instrument vivant de la psychothérapie »... (Delion 3 avril 2014)

### *5) Atelier « Ma Clé » et travail de symbolisation*

#### *Présentation de l'atelier « Ma Clé »*

L'atelier « Ma Clé » est une **activité ouverte** qui a lieu deux fois par semaine. L'idée est de permettre aux patients de symboliser leur séjour à travers la réalisation d'une clé à l'atelier d'ergothérapie. Les réalisations sont très variées (voir illustrations à la fin de l'article). Certains patients procèdent en transformant le matériau de base (épaississement de la matière, mise en couleur, ...) d'autres d'une façon additive (en accrochant du matériel à la clé initiale), d'autres encore en incorporant un matériel extérieur au sein de la clé (perles, collier, ...).

### Travail de symbolisation

Le travail de symbolisation est une part essentielle du travail à l'hôpital de jour. Comme le souligne J-D Nasio, « le psychisme ne peut répondre à l'excitation que par une métaphore de l'action, une image, une pensée ou une parole représentant l'action et non l'action concrète qui aurait permis l'entière décharge de l'énergie. Cela suppose un travail de transformation de la matière première de la psyché en représentation psychique pour être utilisable par la psyché subjective. » (Nasio 2001)

R. Roussillon décrit différentes modalités de symbolisation (Roussillon 2000).

La **symbolisation primaire** concerne la « production des *représentations de choses*, ou *symboles primaires*, à partir d'une première inscription essentiellement perceptive. » Il décompose deux niveaux dans ce travail : « *le premier* serait celui dans lequel le *représentant psychique de la pulsion* se différencierait en *représentant-affect* ; *le deuxième* serait un travail de production des représentations de choses, via le passage de la *chose psychique interne* à sa représentation primaire. La *chose psychique* serait saisie/transférée (trouvée/créée) en *représentation*.<sup>6</sup>

La **symbolisation secondaire** « relie la *représentation de chose* et la *représentation de mot*. La *représentation de chose* est inconsciente s'il n'y a pas de *représentation de mot* qui s'y associe et désigne la chose ; elle est consciente si une *représentation de mot* vient s'y attacher. L'image d'une pomme peut errer dans l'inconscient si aucun mot ne vient la désigner, mais il suffit que le mot *pomme* apparaisse pour que nous ayons une idée consciente de ce fruit. Qu'est-ce que la conscience sinon une idée fixée, épinglée et animée par un mot ? » (Nasio 2001).<sup>7</sup>

### Vignettes cliniques

---

<sup>6</sup> R. Roussillon décrit ce « processus comme un travail de *transformation de la trace mnésique en représentation* et aussi un travail de *transformation du rapport du sujet à la trace mnésique des expériences antérieures*. Cette transformation représentative comporterait une opération de *méta-représentation* par laquelle le sujet se représenterait qu'il représente. Cette *méta-représentation* serait le produit du travail de transformation qui transforme le rapport du sujet à la représentation. »

<sup>7</sup> Ce modèle de symbolisation s'appuie sur une « différenciation entre trois types d'inscriptions psychiques de l'expérience vécue » selon S. Freud : « la trace mnésique perceptive, la trace inconsciente (la représentation de chose) et la trace verbale préconsciente (la représentation de mot). »

Prenons l'exemple de ce **patient de 45 ans**, hospitalisé pour un deuil pathologique de son frère jumeau décédé lors d'une plongée (coincé sous l'eau suite à un dysfonctionnement du barrage), qui réalise comme symbole de sa clé un « flotteur » de bateau. (voir figure 1) « Toutes les clés sur un bateau ont une petite bouée... », dit-il. Celui-ci explique que ce flotteur « porte-clé » représente le symbole de son séjour, qui lui permettra de retrouver sa clé et ne pas la perdre... « Je serai toujours tiré vers le haut, lorsque j'aurai des périodes où ça ira moins bien, cet objet m'aidera à ne plus couler et garder la tête hors de l'eau... » Et il associe sur sa carrière professionnelle et le sentiment de s'être toujours laisser flotter sans objectifs... ainsi que sur les souvenirs de plongées avec son frère où les plus belles étaient celles où il se laisser dériver au rythme du courant... Vient une analogie avec le rôle de « bouée » de son séjour à la Clé. « Quand je suis arrivé, j'étais triste, et je repars avec le sourire... ».

Un autre exemple est celui d'une **patiente de 48 ans**, hospitalisée pour un épisode dépressif majeur réactionnel à des facteurs professionnels et conjugaux. Elle était envoyée par la psychiatre qui l'avait vue aux urgences dans un contexte de volonté de suicide par pendaison (avec la corde de l'arceau de son perroquet). Dans ses antécédents, elle avait fait l'année d'avant une grave tentative de suicide qui l'avait conduite à séjourner aux soins intensifs. Il s'agit d'une dame qui paraît son âge biologique, de morphotype pycnique et porteuse d'un anneau gastrique.

Dans les facteurs déclencheurs professionnels, nous relevons un vécu d'injustice suite à un licenciement « sur dix minutes » (encodeuse dans une société depuis une vingtaine d'années), et au niveau des facteurs déclencheurs conjugaux une relation extra-conjugale de son mari. Nous découvrons des carence affectives précoces, un divorce des parents dans la prime enfance, une mère décrite comme destructrice et manipulatrice, un vécu d'abandon par son père et de multiples vécus de trahison et de mensonges par son frère qui aurait volé une partie de son héritage. Elle relate le fait de s'être vue injustement accusée de vol plusieurs fois par sa famille, et un sentiment récurrent de devoir se justifier. Au terme de l'hospitalisation, nous observons une amélioration symptomatique fragile. L'avant-dernier jour (où elle devait achever sa clé), notre éducateur remarque qu'au sein de son montage est incorporé un collier (un anneau et une corde) provenant du matériel de l'éducatrice. Il demande à la patiente de défaire sa clé et d'en refaire une autre. Elle réagit violemment en détruisant

sa clé qu'elle jette à la poubelle. Le lendemain (son dernier jour), elle ne se présente pas à l'hôpital, justifiant son absence par téléphone où elle invoque des douleurs au genou. Son hospitalisation ne se clôturé donc pas comme souhaité. Nous revoyons la patiente en ambulatoire. Voici ses mots : « Ce qui m'a blessée, c'est l'histoire de ma clé. Je l'ai vécu comme une crise à l'intérieur et j'ai tout déconstruit. J'avais fait cette clé pour que les soignants comprennent. Comprendre l'histoire de ma clé, c'était comprendre l'histoire de ma vie. J'aurais voulu expliquer ce que signifiait ma clé. Elle m'avait été donnée par un patient ; j'y avais accroché une corde noire, c'était le geste que j'allais me pendre, la corde signifiait « on ne m'a pas aimée », elle était le déclencheur du fait que j'étais ici, il y avait un nœud vert pour l'espoir ; et un anneau en bois, qui était comme un soleil, j'avais écrit « love », ce qu'on ne m'a pas donné ; l'anneau représentait la fraternité des patients et des soignants, j'allais reprendre goût, « une histoire avec l'hôpital du début de ma vie »... Pendant cet entretien, elle reconnaît qu'elle a été impulsive. « Mais elle avait l'impression que les soignants avaient détruit ce qu'elle avait fait ». Elle dit qu'elle pensait que c'était le collier réel de l'éducatrice. « Je voulais d'abord montrer mon œuvre puis lui rendre son collier ». « Mais je me suis dit qu'on allait me prendre pour une voleuse, comme ma famille, et je n'ai pas voulu devenir comme eux. » Lors de l'entretien suivant, elle nous demande d'être réhospitalisée à La Clé. Nous discutons du sens à donner à cette demande, celui éventuellement d'une « réparation », de pouvoir achever autrement que dans la rupture du lien... Et au dernier entretien (qui correspondait pour nous à la période de transition avec notre nouveau lieu de travail impliquant un arrêt de tous nos suivis ambulatoires), la patiente nous offre une clé « refaite ». « Pour que vous puissiez vous aussi poursuivre votre route » nous dit-elle... Elle dit s'être sentie écoutée pour la première fois et elle nous remercie.

*Si nous portons un bref regard psychodynamique sur cette histoire...* D'une part, le dernier entretien pourrait faire penser aux concepts de réparation et de gratitude dont parle M. Klein. En cela, la capacité de la patiente à pouvoir exprimer de la gratitude montrerait un progrès dans le processus thérapeutique. D'autre part, dans un autre registre, nous pourrions penser à un clivage de l'objet. Les « bons objets » qui lui demandent une clé salvatrice basculent en « mauvais objets » ..., manœuvre qui serait compatible avec une personnalité organisée sur un pôle état-limite. Une partie du collier de l'éducatrice serait idéalisé (anneau salvateur) et représenterait ainsi le contrepoids de la pendaison (la



corde). Si on imagine qu'il y a en elle une partie du parent-voleur ou du frère-voleur (en nous référant à « l'objet internalisé » d'O. Kernberg) - , quelle serait alors - dans la réalisation de cette clé - la part de symbolisation ? ... ou plutôt de sublimation ?... voire d'objet transitionnel ? Au plus archaïque, on serait dans « l'équation symbolique » (Segal 1979) où, dans un mécanisme psychotique, « ce qui représente la chose est confondu avec la chose », « où il n'y a pas l'écart pour qu'un réel processus de symbolisation soit possible » (« toute son hospitalisation à La Clé est détruite car sa clé est détruite »). Au plus névrosé, on serait dans une voie de culpabilité et de rage...

### **Medium malléable et objet transitionnel**

En nous référant à M. Milner et la notion de « *medium malléable* » (Milner 1979) , nous dirions que cet « objet (porte)-Clé » est un médium, « une substance intermédiaire au travers de laquelle des impressions sont transportées aux sens ». Elle définit le médium malléable de deux façons : 1) un *objet médiateur*, qui, *par sa matérialité spécifique offrirait la possibilité de matérialiser la problématique interne d'un sujet par la mise en forme du matériau proposé* 2) une *modalité d'utilisation du thérapeute* où l'analyste serait utilisé par le patient comme une *matière malléable* à des fins d'organisation de sa cohérence interne. »<sup>8</sup>. Dans ce sens, le médium malléable renverrait conjointement à la matérialité du cadre et à la dimension transférentielle.<sup>9</sup>

Dans un autre registre, D.W. Winnicott décrit « *l'objet transitionnel* » comme « étant seulement la forme visible des processus transitionnels qui organisent la psyché. Ce n'est pas l'objet qui est transitionnel, l'objet représente la transition du petit enfant qui passe de l'état d'union avec sa mère à l'état où il est en relation avec elle, comme quelque chose d'extérieur et de séparé » (Winnicott 1975). Il définit « *l'espace transitionnel* » comme « jouant un rôle essentiel dans les processus de symbolisation, permettant un premier décollement de l'enfant avec l'objet maternel, un

---

<sup>8</sup> M. Milner définit le transfert dans ce sens « comme une illusion fusionnant, par le symbole, une part de la réalité intérieure et une part de la réalité extérieure, ainsi qu'il en est de la peinture pour le peintre. »

<sup>9</sup> A sa suite, R. Roussillon (1991) reprend le concept de *medium malléable* qu'il redéfinit. Il est « *l'objet transitionnel du processus de représentation*, il représente physiquement, matériellement, la fonction représentative, c'est le *représentant-chose* de la représentation. »

premier mouvement vers l'indépendance <sup>10</sup> (Winnicott 1975). P. Delion élargit le concept à l'institution en la définissant comme un « objet transitionnel qui met en relation le sujet et les autres chargés de le soigner » (Delion 2011).

## 6) Conclusion

L'hôpital de jour serait une forme d'espace transitionnel offrant, à travers la double approche individuelle et groupale, la possibilité aux personnes qui y séjournent d'exister en tant que sujets. Les soignants accompagnent l'individu dans un travail de symbolisation et de transformation de l'expérience subjective. Malgré le caractère temporel discontinu de l'hospitalisation à temps partiel, un travail de continuité et de liaison s'y tisse au niveau groupal, au niveau individuel, au niveau social, au niveau des soins, au niveau du réseau, et au niveau psychique. L'ensemble de ces éléments permet à l'individu, grâce à l'expérience émotionnelle correctrice, d'éprouver un sentiment de sécurité affective et de continuité d'exister.

---

<sup>10</sup> « L'espace transitionnel serait une « aire intermédiaire », une « troisième aire », un « espace paradoxal se situant entre la réalité extérieure et la réalité interne, entre le dedans et le dehors, entre la réalité matérielle et la réalité psychique. » (D.W. Winnicott)

## 7) Bibliographie

1. AMIGUET, O. and C. R. JULIER (1996). L'intervention systémique dans le travail social : repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques., Travail social.
2. BERTRAND, J., P. LISIN, et al. (1984). "Une clé psychiatrique : l'hôpital de jour." Acta Psychiat. Belg **84**: 466-471.
3. CICCONE, A. (2012). "Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante." Journal de la Psychanalyse de l'Enfant **2**: 397-433.
4. CREPLET, E. (2009). "Le paradoxe de l'autonomie : vers une dépendance suffisamment bonne." Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles(11): 40-44.
5. DELION, P. (3 avril 2014). Conférence sur "Les thérapies institutionnelles au service de la psychose". Hôpital de Jour La Renouée, Clinique de la Forêt de Soignes, Bruxelles.
6. DELION, P. (2005). Soigner la personne psychotique : concepts, pratiques et perspectives de la psychothérapie institutionnelle. Paris, Dunod.
7. DELION, P. (2011). Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne, Introduction à la psychothérapie institutionnelle. Paris, Dunod.
8. DELRIEU, A. (2001). Symptôme. Sigmund Freud, Index thématique. Anthropos. Paris, Psychanalyse.
9. DESSEILLES, M.-F. and P. LISIN (1979). "Les cothérapies en hôpital de jour (groupe et individuelles)." Argument du colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.
10. HOUZEL, D. (1987). Le concept d'enveloppe psychique. Les enveloppes psychiques. sous la direction de D. Anzieu, Paris, Dunod: 23-54.
11. JEAMMET, P., M. REYNAUD, et al. (1996). Psychologie médicale., Abrégés Masson.
12. KAES, R., J.-P. PINEL, et al. (2005). Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels. Paris, Dunod.
13. LEBIGRE, S. (2004). "Pratiques soignantes et théories psychanalytiques : ou comment intégrer le refus de soin à la prise en charge elle-même." <http://www.serpsy.org>.
14. LECOQ, A. (2012). "Du cadre interne au rythme relationnel." Revue des Hôpitaux de Jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles **14**: 10-14.
15. MILNER, M. (1979). "Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole." Revue de Psychanalyse(5-6): 844-874.
16. NASIO, J.-D. (2001). Le plaisir de lire Freud, Petite Bibliothèque Payot
17. ROTH, B. (2005). "L'équipe thérapeutique comme lieu de transfert institutionnel." Eres, Le Coq-héron **3**(182): 127-134.
18. ROUSSILLON, R. (2000). Le processus de symbolisation et ses étapes. Matière à symbolisation. B. CHOUVIER, Delachaux et Niestlé.
19. SEGAL, H. (1979). Postscript to "Notes on symbol formation". The Work of Hanna Segal. New York, Jason Aronson.
20. TRIBOLET, S. and M. SHAHIDI (2005). Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques. Paris, Guides professionnels de santé mentale.
21. TRIFFAUX, J.-M. (2002). "L'éloge de la Folie en Hôpital de Jour : Présent du Passé et Perspectives." Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des thérapies institutionnelles **5**: 23-30.
22. VELEZ, L. (2009). "Psychanalyse et institution, questions et réflexions autour de la pratique clinique en institution. ." Ecole de Psychanalyse des Forums du Champ Lacanien France.
23. WINNICOTT, D. W. (1975). Jeu et réalité, Folio Essais.
24. WINNICOTT, D. W. (2006). La Mère suffisamment bonne., Petite bibliothèque Payot.

8) Illustrations des clés

