

# Du trou de ver au trou de serrure...

*L'antipsychiatrie, ce mouvement de désaliénation visant à supprimer la vie asilaire au profit d'une insertion sociale, a toujours existé dans l'histoire de la psychiatrie. Autant critiqué qu'adopté, on peut lui reconnaître, comme dans toute dichotomie, l'avantage de faire vivre le mouvement opposé, celui de la psychiatrie, qui doit sans cesse se remettre en question. Nous pouvons considérer l'hôpital de jour comme l'équivalent d'un trou de ver entre deux univers parallèles coexistants dans la dimension de la maladie mentale. En effet, la personne est accueillie dans un lieu de passage entre vie hospitalière et vie extrahospitalière, entre désaliénation mentale et désaliénation sociale. Le soin psychiatrique qui y est appliqué est celui de la psychothérapie institutionnelle. Cette pratique s'édifie dans un lieu de soin suffisamment sécurisant et contenant pour donner la possibilité au patient de s'exprimer librement, de donner un sens à son existence. C'est un lieu original où le patient est acteur de sa prise en charge, où le statuaire, soignant ou soigné, est considéré subjectivement avec ses propres caractéristiques. La considération de cette diversité requiert de la souplesse et de la stabilité, afin d'offrir un appui suffisamment étayant pour permettre la constitution de la finalité psychothérapeutique.*

*Mots-clés : Psychothérapie Institutionnelle, Désaliénation, Maladie Mentale, Hôpital de Jour*

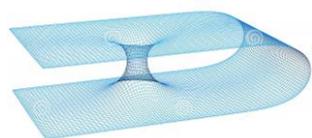
## **From the wormhole to the keyhole ...**

*The anti-psychiatry movement which aims in suppressing asylum life in exchange for resocialization of patients has existed throughout psychiatry's history. As much criticized as it has been adopted, it also tends to strengthen the opposite movement, as in any dichotomy.*

*We consider the day hospital as a wormhole between two parallel universes, living in the dimension of the mental insanity. Individuals travelling through this tunnel will travel between hospitalization and social life, between mental disalienation and social disalienation.*

*The treatment is institutional psychotherapy. This practice occurs in a place that needs to be sufficiently secure and containing in order to let individuals express themselves and find their life's purpose. It is a singular place where patients are taking an active part in their own treatment. Both patient and caregiver are considered subjectively with their own qualities. The consideration of the diversity of individuals requires the institution to be flexible and stable in order to allow for the psychotherapeutic treatment to succeed.*

*Keywords: Institutional Psychotherapy, Disalienation, Mental, Insanity, Day Hospital*



La première chose que l'on remarque lorsqu'on entre à l'hôpital de jour « La Clé », c'est une sculpture représentant un trou de serrure (Figure 1). Symbole multisémique, la dynamique active qu'il requiert est indéniable. Si, une fois entré, on peut choisir d'en sortir aussitôt, le passage qu'on y fera sera déterminé par nos intentions ou par nos besoins. Ce passage peut être illustré comme un trou de ver, terme introduit par le physicien John Wheeler en 1957, qui s'inspire des théories d'Einstein. Le trou de ver est la conceptualisation d'un tunnel entre deux univers parallèles. Comme un passage entre maladie mentale et réinsertion sociale, entre vie hospitalière et vie extrahospitalière. Ce tunnel, on l'emprunte seul, mais on est sûr d'y faire des rencontres. La relation est au centre de notre pratique psychiatrique, c'est elle qui nous permettra d'aboutir à une amélioration clinique de nos patients soit

par des interventions psychothérapeutiques soit par l'adhérence et la compliance au traitement psychotrope. La relation thérapeutique nous amène à revisiter l'histoire individuelle (du patient), l'histoire personnelle (du soignant) mais également l'histoire de l'institution dans laquelle nous travaillons, et plus encore, l'histoire de notre pratique médicale.



L'hôpital de jour « La Clé » est fondé en 1969 sur l'idée d'une approche psychothérapeutique qui s'appuie sur les interactions groupales. L'hôpital de jour souhaite à l'époque se positionner à la fois comme une structure de soin autonome, indépendante mais intégrée dans un réseau de soin, et à la fois comme une alternative aux traditionnelles hospitalisations à temps plein ou

consultations ambulatoires. La pratique se veut celle d'une thérapie institutionnelle. L'hôpital de Saint-Alban, en France, est souvent repris comme matrice de la psychothérapie institutionnelle, avec tout d'abord ce mouvement d'humanisation de l'asile pour en faire un hôpital psychiatrique. Ensuite, avec les directions successives, dont celle de François Tosquelles, l'hôpital psychiatrique s'ouvre vers l'extérieur, fait tomber ses barrières et accueille des philosophes, internes, stagiaires, et médecins tels que Georges Daumezon qui nommera pour la première fois cette pratique dans un article paru en 1952 dans la revue *Anais Portugueses de Psiquiatria* et intitulé « *La psychothérapie institutionnelle française* ». Le psychiatre Jean Oury, lui-même interne à Saint-Alban, fonde en 1953 en France un autre lieu emblématique, celui de La Clinique de La Borde. Au centre de sa pratique, on retrouve les notions de liberté de circulation, de collectif et de responsabilisation des malades.



Si ces lieux mythiques de soins psychiatriques constituent des modèles exemplaires aux origines de la psychiatrie institutionnelle, la légitimité de l'hôpital de jour « La Clé » ne provient pas de leur reproduction, qui serait par définition décevante. Plutôt que de se reposer sur l'illusion de la fondation d'une institution sur des origines idéalisées, la conceptualisation de l'hôpital de jour « La Clé » étend non seulement son offre de soins à diverses pathologies psychiatriques, mais doit encore répondre à des temps de séjour courts et à la pression socio-économique actuelle. L'évolution de la pratique de la psychiatrie peut être associée d'un point de vue environnemental à l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes présentant des états de crise liés à des problèmes d'ordre sociaux (perte d'un emploi, divorce, ... etc.), à l'infiltration d'outils technologiques en perpétuel développement et aux nouvelles

addictions comportementales. Elle peut aussi être liée d'un point de vue scientifique aux recherches en neurosciences, en endocrinologie, et en génétique. Elle comprend également le développement des systèmes nosographiques (DSM 5, CIM 10) qui tentent de codifier les maladies mentales afin d'en faciliter le diagnostic et d'en tirer des échelles de valeur en terme d'intensité, d'incapacité, d'adaptabilité. On peut y déchiffrer une volonté d'uniformisation des pathologies mentales classées par présentations cliniques, par étiologie et plus encore une volonté de création de guidelines basées sur l'évidence based medicine. A ce sujet, Pierre-François Chanoit écrit : « *Le psychiatre, par contre, n'a-t-il pas, aujourd'hui, l'art d'écouter les malades et la conscience de leur individualité ? Il va conserver cette capacité s'il évite la fascination d'une psychiatrie biologique outrancière qui incite à échanger la psychiatrie "sans cerveau" du passé contre la psychiatrie "sans esprit du futur".* » [2].

Dès lors, comment accepter l'héritage du passé et l'adapter à notre pratique quotidienne ? Se soulève la question de la légitimité et de la fidélité (ou trahison) de ce qui a composé et de ce qui compose actuellement le champ médical psychiatrique.

L'hôpital de jour « La Clé » est un établissement dont le cadre implicite est constitué d'éléments stables et invariants : l'horaire (de 8h30 à 16h, 5 jours sur 7), la charte (règlement interne), le contrat thérapeutique, les rituels du quotidien (le petit-déjeuner, la distribution des médicaments), les activités hebdomadaires fixes (l'accueil des nouveaux patients et leur « parrainage », le programme, le sport, la sortie, le repas thérapeutique, le bilan) et les réunions d'équipe. La durée moyenne d'une hospitalisation est de 6 semaines et la durée totale excède rarement les 12 semaines. Une activité de post-cure, appelée « groupe de transition », permet à tous nos patients de garder au long cours un lien avec l'hôpital de jour. Au travers de cette activité hebdomadaire, la porte de l'institution leur reste ouverte, autant de fois qu'ils le souhaitent. Le sevrage institutionnel ainsi que l'étaillage extra-hospitalier en sont ainsi favorisés.

Les personnes hospitalisées (des deux sexes et à partir de l'âge de 16 ans) présentent des pathologies psychiatriques diverses : troubles psychotiques, troubles psychosomatiques, assuétudes (à l'alcool, aux jeux d'argent, aux jeux-vidéos, aux drogues), troubles de l'humeur, troubles de la personnalité. Ne sont pas admises les personnes souffrant de pathologies

psychiatriques graves qui présentent un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif nécessitant un encadrement et une surveillance rapprochée ou au long cours.

Les patients sont hospitalisés sur base volontaire. Ils élaborent un contrat thérapeutique avec leur psychiatre et leur infirmière référente ainsi qu'un programme d'activité hebdomadaire. Ils prennent ainsi part au processus de soin et à la vie communautaire. Le groupe de patients interagit avec une équipe soignante, composée d'un psychiatre directeur, une directrice administrative, cinq psychiatres consultants, trois médecins assistants psychiatres, un à quatre étudiants en médecine, une infirmière en chef, cinq infirmières, une graduée en arts plastiques, deux éducateurs, une kinésithérapeute, deux psychologues, une psychologue-sexologue, une psychologue chargée du projet de recherche sur la cyberdépendance et une psychologue chargé de l'activité de recherche sur la régulation émotionnelle et l'empathie.

Ces interactions interpersonnelles produisent des effets thérapeutiques dont M. Marie-Cardine et O. Chambon proposent une classification [1].

Le niveau 1 constitue l'aide psychologique que l'on peut obtenir au travers de nos relations familiales, amicales et sociales. Le niveau 2 constitue l'aide obtenue par la relation médecin-malade, aspécifique. Le niveau 3 constitue l'aide obtenue au travers des psychothérapies spécifiques (individuelle ou de groupe, systémique, comportementale, psychanalytique, ...). Le niveau 4 constitue l'aide obtenue par les psychothérapies intégratives. Le niveau 5, celui de la psychothérapie institutionnelle, est subdivisé en trois sous-types. Le sous-type 1 représente les effets thérapeutiques propres d'une hospitalisation. Le sous-type 2 représente les effets thérapeutiques d'une hospitalisation régie par des références et activités diverses. Et enfin le niveau auquel nous nous situons, le sous-type 3, qui représente les effets thérapeutiques d'une hospitalisation dans laquelle les activités et interventions sont spécifiques et programmées.

Elles le sont selon un projet qui est « *le soin dans et avec l'institution* ». Véritable moteur, cet objectif central permet au groupe de soignants de se transformer en équipe. Equipe qui va alors se mobiliser dans un processus créatif d'élaboration et de mise en sens des interactions qui se produisent au sein de l'institution. La relation devient thérapeutique lorsqu'on peut tirer une analyse des dynamiques

transférentielles à l'œuvre et ainsi favoriser le processus de symbolisation. René Roussillon [10] décrit ce processus comme l'enchaînement des fonctions phorique (fonction de portage, de contenance, offrant un support à l'accueil du transfert), sémaphorique (fonction d'accueil et de recueil des signes apparaissant dans le mouvement transféro-contre-transférentiel), métaphorique (fonction de donner un sens aux signes par l'interprétation).

Pouvoir exercer les fonctions précitées implique que chaque membre de l'équipe soignante ne se contente pas seulement d'exercer son métier ou de se positionner en tant qu'observateur externe, mais qu'il puisse se rendre disponible et s'impliquer dans la relation intersubjective, afin de mettre au service du patient ses compétences et ses qualités personnelles. C'est en prenant le risque d'investir sa personnalité avec ses fantasmes, ses conflits et ses défenses que pourra s'installer le jeu des dynamiques transférentielles. Jean Oury propose comme qualités d'un thérapeute, de pouvoir être à la fois « *balayeur et pontonnier* » [7]. C'est-à-dire être capable de se connaître et se reconnaître afin d'être le moins nocif possible dans la relation, et être capable d'établir des ponts, des liens. La dynamique transférentielle peut être observée à de multiples niveaux, étant donné les multiples professions, personnalités et pathologies psychiatriques, et apparaît diffractée (morcelée, clivée selon les pathologies). Ce concept a été décrit et nommé par François Tosquelles, « *constellation transférentielle* », et par Jean Oury, « *transfert dissocié* », dans leur observation du transfert psychotique. Ce concept est aussi applicable à l'équipe soignante, ce qui amène, lors d'une collision des fragmentations intrapsychiques de l'équipe soignantes avec celles des patients, à un phénomène de résonance qui risque de potentialiser et aggraver l'état des patients [8].

Paul Fustier [4] propose d'appliquer au champ de la thérapie institutionnelle le concept « *d'organisateur psychique inconscient* » étudié par R. Kaës en tant que formation inconsciente d'une équipe soignante qui organiserait la prise en charge institutionnelle selon ses caractéristiques propres.

Reprenons alors l'objectif central « *le soin dans et avec l'institution* ». Cet objectif sous-tend le mouvement d'humanisation par l'accueil et la guérison de la maladie mentale. Et si un des aspects de l'humanisation est la recherche de reconnaissance du patient comme un semblable absolu, elle peut conduire à un

effet limitatif puisque l'autre, dans sa différence (sa maladie) est nié. Des prises en charges spécifiques peuvent alors voir le jour : de l'extrême de la prise en charge active orientée vers une hyperproductivité, à l'extrême de la prise en charge assurant uniquement une fonction de gardiennage sécurisante. Il en va de même au sein de l'équipe soignante qui s'autorégulerait sans hiérarchie ou qui interagirait sans limites avec les patients. Les efforts d'alliance avec le patient sont donc contrebalancés par la conservation d'une distance nécessaire dans la relation thérapeutique. A l'hôpital de jour « La Clé » le personnel soignant ne porte pas de blouse blanche, nomme les patients par leur prénom mais observe le vouvoiement, le respect du règlement et du contrat (thérapeutique et de travail).

Cette indifférenciation soignant-soigné, soi et l'autre, renvoie à « *l'idée du moi* » proposée par P.-C. Racamier [8]. Elle suppose qu'on puisse assimiler l'autre à une « *représentation fondamentale de l'Humain* », afin de pouvoir ensuite reconnaître ses différences et entrer en interaction. Ce présupposé relationnel peut être lié à la théorie de J. Bleger [6] qui considère qu'il existe une sociabilité par interaction et une sociabilité syncrétique dans la constitution d'un groupe de personnes. La sociabilité syncrétique renvoie aux aspects non-différenciés de la personnalité et donne lieu à la structure de base d'un groupe. L'interaction est ainsi favorisée par ce sous-bassement d'indifférenciation, de syncrétisme, qui constitue un lien d'appartenance entre les individus.

Selon le degré de différenciation de la personnalité au cours du développement psychique de la personne, son intégration au sein du groupe pourra être discernée en trois phénomènes. Le premier est celui des interactions superficielles, lorsque les individus tentent d'établir leur identité propre au travers de l'identité groupale, dans un processus symbiotique. Le second est celui des individus parvenant difficilement à s'intégrer au sein d'un groupe, avec des interactions qualifiées de préverbales. Le troisième est celui des interactions très actives, avec des personnalités ayant intégré un bon niveau d'individuation. Ces personnalités auront d'ailleurs tendance à avoir une anxiété paranoïde au début de leur intégration dans le groupe, par crainte de décomposition de leur identité aux niveaux les plus structurés au profit d'un Moi syncrétique, indifférencié.



Ces concepts permettent de mieux appréhender le groupe de patients de l'hôpital de jour « La Clé » dont la composition est chaque semaine modifiée, et de comprendre comment favoriser sa cohésion et sa mobilisation. Nous comprenons comment un noyau de base du groupe de patient persiste malgré les changements hebdomadaires et comment les manifestations du groupe de patients peuvent être l'expression de certaines personnalités qui le compose. Il nous paraît alors important de ritualiser les temps de la vie de groupe. Au quotidien, les journées commencent par un temps d'accueil et de petit-déjeuner pour les patients et se terminent par une réunion pour les soignants. Le lundi matin est consacré à la réalisation du programme et au parrainage des nouveaux patients. Le jeudi, les patients collaborent à l'élaboration d'un repas. Le vendredi, un temps imparti est consacré à la réalisation du bilan durant lequel les patients quittant l'hôpital de jour présentent une clé représentant symboliquement le séjour.

J. Bleger [6] poursuit son développement du concept des deux niveaux de sociabilité et décrit comment tout groupe a spontanément tendance à se conduire comme une organisation, avec des règles qui lui sont propres et fixes afin de maintenir son existence en contrôlant le clivage entre ses deux niveaux d'interaction et immobiliser celui de la sociabilité syncrétique. Le groupe dévie alors de son objectif thérapeutique. Plus encore, il écrit « *Nos organisations psychiatriques, nos thérapies, nos théories et nos techniques ont aussi la même structure que les phénomènes que nous essayons d'affronter. Elles sont devenues et elles ne sont pas autre chose que des organisations, elles accomplissent pour cette raison la même fonction de maintien et de contrôle du clivage : une tendance à la bureaucratisation.* » La bureaucratisation est entendue comme « *... l'organisation dans laquelle les moyens se transforment en fins et où on laisse de côté le fait d'avoir eu recours à des moyens pour atteindre des objectifs ou des fins déterminées* ». Par ailleurs, la réflexion sur la définition du cadre institutionnel de Christophe Chaperot [3] est intéressante parce qu'elle permet d'envisager le cadre au-delà de sa fonction phorique. L'incomplétude de ce qu'il nomme « *l'épi-cadre* », comme cadre général,

## LES AUTEURS

Dr Delphine GERNAY  
Marine MAENHOUT  
Dr Sophie MOUKHAIBER  
Pr Jean-Marc TRIFFAUX

Hôpital de jour universitaire « La Clé »  
Boulevard de la Constitution, 153  
4020 Liège  
Belgique

delphinegernay@gmail.com

## BIBLIOGRAPHIE

1. CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2014), **Les bases de la psychothérapie : une approche intégrative et éclectique**, Dunod, 384 p.
2. CHANOIT P.-F. (1995), **La psychothérapie institutionnelle**, Presses Universitaires de France-PUF, Editions Que sais-je, 128 p.
3. CHAPEROT C., PISANI C., GOULLIEUX E., GUEDJ P. (2003), **Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel**, L'évolution psychiatrique, 68 : 499-508.
4. FUSTIER P. (2015), **Le travail d'équipe en institution : clinique médico-sociale en psychiatrie**, Dunod, Paris, 224 p.
5. HOCHMANN J. (2015), **Les antipsychiatries : une histoire**, Odile Jacob, Paris, 256 p.
6. KAES R., BLEGER J., ENRIQUEZ E., FORNARI F., FUSTIER P., ROUSSILLON R., VIDAL J.-P. (2012), **L'institution et les institutions : études psychanalytiques**, Dunod, Paris, 240 p.
7. PHILIBERT N. (2002), **L'invisible**, Editions Montparnasse, Paris, 45 min.
8. RACAMIER P.-C. (2001), **Les schizophrènes**, Editions Payot & Rivages, Paris, 242 p.,
9. ROBIN D. (2013), **Dépasser les souffrances institutionnelles**, Presses universitaires de France - PUF, 196 p.
10. ROUSSILLON R. (2002), **La fonction sémaphorisante du site analytique et des dispositifs-analysants**, Revue belge de psychanalyse, 41 : 19-29.

pourrait avoir un effet bénéfique en servant de support à l'élaboration d'un « hyper-cadre », cadre singulier créé par le patient. Plutôt que de nous défendre en essayant de colmater les brèches du cadre général de l'institution, qui n'échappe pas à son destin de transgression, nous pourrions le détourner à des fins thérapeutiques. Ce qui nous permet de nous dégager d'une part d'une position idéalisée et d'autre part d'une attitude de défense qui se concentre sur les moyens organisationnels détournés de la finalité de soins.

Les réunions d'équipe peuvent revêtir d'autres fonctions que celles citées précédemment, de rassemblement des transferts multiples et de fonction métaphorique. Il s'agit également de soigner cette équipe en se préoccupant, non plus seulement du contenu du discours, mais de la teneur des échanges afin de repérer ce qui pourrait traduire une souffrance ou des dysfonctionnements. Ils sont décrits par Paul Fustier [4] comme étant la « bureaucratization », les « conflits d'identité professionnelle » et la « quête emblématique ». En effet, lorsque l'ennui, la morosité s'installe, l'investissement dans la réalisation du travail se déplace dans les conditions de travail et le soignant ne se valorise non plus par l'accomplissement de son travail mais par l'image de sa profession qu'il tentera parallèlement de renforcer par la recherche d'emblèmes ».

C'est contre cet aspect figé que nous tentons de nous défendre en utilisant toutes les formes de disparités qui peuvent exister au sein d'une équipe soignante. Ces différences de fonctions, de compétences, de qualités permettent l'échange par la confrontation des points de vue et des hypothèses de travail dans un but de complémentarité et de coopération.

Les répercussions de nos discussions ont un impact direct sur nos outils et leur

utilisation, au travers de la répartition des tâches de la vie communautaire, des activités proposées, des discussions de groupe, de l'investissement des espaces de l'hôpital de jour, de la rectification des contrats thérapeutiques. Cet effort de communication renforce d'une part la cohésion au sein de l'équipe et d'autre part la cohérence de notre offre de soins. Cela va amener à une plus grande souplesse et à une meilleure capacité d'adaptation en fonction des besoins des patients et des pathologies rencontrées, mais aussi en fonction des manifestations des différentes personnalités qui composent un groupe de soignants (au niveau de la sociabilité d'interaction).

Une position nuancée nous amène à penser que la présence d'une hiérarchie est utile car elle se comporte comme un tiers garant du respect de l'organisation, des règles, des consensus et des responsabilités de chacun. Le but étant celui de réguler les rivalités et enjeux antagonistes qui peuvent conduire à des mouvements d'opposition, de disqualification, de déni de la fonction de l'autre, ... observables au sein d'une équipe. La hiérarchie devrait aussi être envisagée, non plus sous un aspect d'exercice d'une autorité, mais associée à la position de transfert avec un patient. Ces deux aspects ne s'excluent pas et permettent de laisser place à la régulation des dynamiques transférentielles.

Aussi, quand on parle d'organisation, est évident qu'elle nécessite une répartition des tâches, des fonctions et du temps de travail, ... etc. Sans toutefois tomber dans un morcellement de l'équipe qui risquerait, à nouveau, de découpler les effets de résonance psychopathologiques. Finalement, au départ de l'idée de la fondation d'un hôpital de jour comme alternative à l'asile où sera accueillie la folie dans sa dimension humaine, nous sommes loin d'une communauté

thérapeutique utopiste (rassembler soignés et soignants dans un lieu de vie et de partage, sans différenciation et sans hiérarchisation, ouvert à la vie sociale). Face aux critiques de l'antipsychiatrie, nous tentons de ne pas sombrer dans des mouvements opposants extrémistes de soumission (contraire de la folie) ou toute-puissance (valorisation de la folie) [5]. Notre parcours s'arrête à mi-chemin entre la conservation d'une certaine idéologie de base qui promeut la liberté, les droits des malades et l'adaptation aux difficultés rencontrées dans la pratique actuelle qui nécessite une organisation et une protection des individus qui la composent.



La dernière chose que l'on croise lorsqu'on sort de l'hôpital de jour « La Clé », est cette même sculpture (Figure 1). Sur cette pierre verticale surmontée d'une silhouette animale composite figure un trou de serrure, symbole métaphorique d'un degré de liberté retrouvée. Ce symbole, adressé à tous celles et ceux qui souffriraient d'une « pathologie de la liberté », renvoie « en creux » au nom de l'hôpital, baptisé « La Clé » par son fondateur, le Professeur Jean Bertrand, sans que ce dernier ait jamais consenti à la moindre exégèse à propos de cette trouvaille - énigme à double tour donc...

