

## LES AUTEURS

Dr Séverine LAMOUR  
Marine GELAESEN  
Stéphanie NOIRFALISE  
Dr Jean-Benoit DESERT  
Pr Jean-Marc TRIFFAUX

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »  
Boulevard de la Constitution, 153  
4020 Liège  
Belgique  
hj.lacle@skynet.be  
slamour@student.ulg.ac.be

## BIBLIOGRAPHIE

1. AUBERT N., *L'individu hypermoderne*, ERES, 2015, 456 pages.
2. BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1960, 418 pages.
3. CHABOT P., *Exister, résister, ce qui dépend de nous*, Paris, Puf, 2017, 200 pages.
4. DELION P., *Accueillir, soigner la souffrance psychique de la personne, introduction à la psychothérapie institutionnelle*, 2<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2005/2011, 336 pages.
5. DELION P., *Mon combat pour une psychiatrie humaine*, Albin Michel, 2016, 288 pages.
6. DELION P., *Thérapeutiques institutionnelles*, EMC-psychiatrie, 37- 930-G-10, 2001.
7. GODART E., *La psychanalyse va-t-elle disparaître ?*, Edition Albin Michel, 2018, 224 pages.
8. LASCH Ch., *La culture du narcissisme*, Champs essais, 2000, 332 pages.
9. LIPOVETSKY G., *Les temps hypermodernes*, Grasset, 2004, 125 pages.
10. MIKOLAJCZAK G., NOIRFALISE S., TRIFFAUX J.-M. : *En-deçà du symptôme, en-dehors du cadre, au-delà du symptôme...*, Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles - n°17, 2015: 98-104.
11. ROBIN D., *Dépasser les souffrances institutionnelles*, Paris, Puf, 2013, 196 pages.
12. ROUSSILLON R., *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Elsevier Masson, 2014, 544 pages.
13. STIEGLER B., *Dans la disruption, comment ne pas devenir fou ?*, Les Liens qui libèrent, 2016, 450 pages.

approfondie du patient. En vue d'éviter une potentielle rechute, la nécessité d'optimiser notre prise en charge fut évidente et a permis la consolidation voire l'enrichissement de services déjà présents au sein de notre établissement à savoir un travail introspectif se voulant toujours plus abouti lors de l'hospitalisation de jour et une volonté pour notre équipe d'être ouverte et disponible pour des réunions de concertation. Celles-ci permettent de rassembler l'ensemble des intervenants et d'y inclure le patient dans un objectif de prise en charge perfectionnée. La présence d'un médecin lors du groupe de transition se déroulant une fois par semaine permettant aux patients anciennement hospitalisés de revenir le temps d'une après-midi de partage.

Cette présence médicale se veut garante d'un suivi soutenant post-hospitalier. Finalement ce développement structural, notre réalité de terrain a dirigé les plus imaginatifs d'entre-nous sur le chemin de l'innovation. En effet, il déboucha vers la création d'un tout nouveau service appelé "Tremplin, Post-Cure". Il ouvra ses portes en février 2018 permettant ainsi de court-circuiter le bouchon dit en créant notre propre service de réinsertion socio-professionnelle.

### Influence de l'individu

L'individu contemporain vit dans une société gouvernée par la satisfaction des besoins immédiats, marquée par l'éclatement des limites, où l'hyperconsommation est la règle, celle qui se veut flexible, sans limite temporelle mettant au premier plan les notions d'urgence et d'instabilité. Quand le temps et l'espace ne sont plus contraignants, quand tout peut être accessible, si pas physiquement, virtuellement, on peut légitimement se demander quels sont encore les repères durables et solides d'un individu ?

Comment le sujet fait-il pour s'adapter aux injonctions sociétales actuelles ?

L'individu hypermoderne est donc celui qui doit se présenter comme un homme libre, responsable, capable de faire des projets et en même temps de se couler dans des modèles. Il doit être bon élève, diplômé, bien dans sa peau, heureux, avoir des amis, sortir, faire la fête, s'éclater, faire du sport, manger cinq fruits et légumes, vivre plus vieux et en bonne santé, méditer et penser à son développement personnel...

Il doit également être autonome, mais la conquête de l'autonomie passe par l'acceptation de cadres et l'intériorisation de la façon de faire et d'être.

Il doit ainsi, en toute logique, être commun et hors du commun, semblable et différent, ordinaire et extraordinaire.

C'est cela finalement qui caractérise l'hypermodernité, le cumul des paradoxes. Ce cumul des paradoxes a un prix, celui de "bipolariser" la population. On assiste à une réelle scission entre deux types d'individus.

D'un côté, il y a le conquérant, maître de ses entreprises qui poursuit avec acharnement son propre intérêt et se montre défiant à l'égard de toute forme d'encadrement. Celui qui se conforme parfaitement aux injonctions sociales d'autonomie, d'adaptation, de dynamisme et de performance. Celui qui se définit par un trop-plein (identités multiples, excès de sollicitation, de possibilités, de préoccupations de soi-même dans une quête ultime de jouissance toujours plus grande).

L'autre se définit dans le manque, dans le vide, par ce qu'il n'a pas ou plus les capacités de se conformer. Il a perdu les assises, les supports et les liens qui lui permettraient d'exister pleinement et de répondre à ces injonctions.

Nous avons repris ce terme de "bipolarisation de la population" de Nicole Aubert afin de souligner le fait que notre époque opère non seulement des changements importants dans nos pratiques mais également sur le sujet. Cet auteur met l'accent sur l'existence d'un réel clivage à l'échelle de la population. Ceci peut selon nous être une piste, parmi d'autres bien entendu, de l'augmentation dans notre patientèle de troubles graves de personnalité.

Pour illustrer ces observations nous vous proposons d'introduire à ce stade de la lecture, les propos recueillis d'un patient hospitalisé à l'hôpital de jour La Clé. Nous poursuivrons ensuite par l'intrication de ce cas clinique avec la présentation d'outils proposés par notre hôpital de jour.

*« Mon besoin essentiel est d'être continuellement en hyperactivité, ça me permet de me connecter au présent. Si je ne suis pas pris dans ce tourbillon d'activités, mes pensées m'envahissent et me dépriment. A ce moment-là, l'existence pour moi n'a pas de sens, elle n'est pas utile, je ne sers à rien. L'oubli m'obsède, je ne laisserai pas de trace sur cette terre. La globalité du monde m'échappe, pourtant j'ai l'impression de faire peau avec elle. Je n'ai pas de repères dans ce monde.*

*Je suis militaire, ça me permet peut-être de me définir parce que ça dépasse ma personne. Je suis un sauveur, c'est sans doute mon repère, sauf que je n'ai pas de mission... »*

L'hôpital de jour est une unité médico-psycho-sociale proposant une prise en charge intensive.

La prise en charge se réalise au terme d'un cheminement bien pensé donnant sens à l'admission d'un patient X. Chaque prise en charge demande un premier contact téléphonique permettant de traiter la demande une première fois. Ce premier contact se fait en interaction avec l'environnement familial, avec une structure de soin à temps complet/mobile ou tout autre prestataire de soins ainsi qu'avec le patient lui-même.

Le patient est reçu dans le cadre d'un entretien de pré-admission par un médecin-assistant en psychiatrie. Celui-ci réalisera une première anamnèse médicale.

### Cas clinique

Monsieur J. a 30 ans. Il raconte avoir perdu pied le 22 février 2018 mais que depuis le décès de sa grand-mère, il y a un an, il a des idées suicidaires. Le 22 février au soir, il va prendre un verre chez des amis, sans rien dire à personne il rentre chez lui. Il habite dans un grand immeuble avec une cage d'escalier ouverte. Il monte jusqu'au 6<sup>ème</sup> étage et passe la balustrade, il se penche dans le vide, prend trois grandes inspirations, l'angoisse du vide se dissipe au fur et à mesure qu'il expire et laisse place à une sérénité, celle de la mort imminente. Il est rattrapé par son ex-compagne, qui venait de le quitter un mois plus tôt. Celle-ci, tracassée par son comportement l'avait suivi jusqu'à son domicile.

Monsieur J. se sent vide depuis toujours, il est mal dans sa peau. Il est le fruit d'un adultère. Il a fait l'école royale militaire et a décroché un master en épidémiologie et un master complémentaire en agronomie. Monsieur J. a déménagé une vingtaine de fois. Il n'a vu que très peu son père, parti travailler à l'étranger. Il a connu d'innombrables hommes aux bras de sa mère, femme décrite comme étant frivole, séductrice, aguicheuse qui le laissait volontiers de côté pour ses amants. L'armée est pour lui une recherche de structure et va lui permettre à 18 ans de ne plus avoir de contact avec sa famille.

Il est mal depuis toujours, il sait qui il est, comment se définir, il ne sait pas s'il est homme ou s'il est femme. Sa seule thérapie fut celle menée en 2016 afin de pouvoir changer de sexe mais il arrêtera ses démarches un an plus tard. Il dit exister à travers l'hyperactivité et l'exploitation de soi à l'extrême tant au niveau intellectuel que physique. Chaque jour, il court 15 km autour d'une piste d'athlétisme. Autant de tours lui permettent de ne plus percevoir

l'espace dans lequel il est, ni le temps : c'est là son seul moment d'apaisement. Tous ces éléments anamnestiques sont relatés lors de notre réunion pluridisciplinaire. Symptômes, diagnostic mais également contre-transfert y sont discutés.

Dans ce cas-ci, la notion du risque suicidaire étant pointé, l'admission du patient est réalisée le plus rapidement possible. Dès son premier jour d'hospitalisation, le patient est baigné dans un encadrement spécifique dans lequel nous avons aménagé plusieurs piliers. Ceux-ci sont au nombre de quatre et tiennent un rôle clé dans la prise en charge du patient. Il y a le psychiatre qui réalise deux entretiens individuels par semaine. La référente hospitalière qui se rend disponible au maximum pour réaliser un entretien de soutien par semaine mais également tous les quinze jours afin de revoir avec le patient les objectifs de son hospitalisation.

L'équipe soignante qui réalise des ateliers thérapeutiques, ainsi que les activités institutionnelles tels que le « bilan » du vendredi midi, la prise du déjeuner tous les matins ensemble, le repas thérapeutique ... Et enfin, le groupe patient avec l'équipe soignante donnant lieu à la sociothérapie. Attardons-nous sur un de ces piliers : la référente hospitalière. Celle-ci recevra le patient lors de son entrée en hôpital de jour afin de réaliser une anamnèse infirmière comprenant la récolte des données personnelles concernant le patient, l'explication et la signature de la charte hospitalière posant notre cadre thérapeutique et la réalisation triangulée des objectifs thérapeutiques. Ces différentes étapes sont réalisées le lundi de la rentrée du patient. A la fin de la journée, lors de notre réunion, l'infirmière relate son anamnèse. Revenons donc à notre patient. Lors de cette réunion, l'infirmière référente du patient nous décrit un homme procédurier, organisé à l'excès. Tout n'était qu'un listing parfaitement mené sans affect, ni émotion. Se présentait ainsi un individu débordant de motivation, soucieux d'un travail bien fait, le bon élève. Quelques heures après son admission se déroule déjà un évènement-clé, capital pour sa prise en charge. En effet la description de l'infirmière et son contre-transfert est particulièrement différente de celle réalisée par l'assistant psychiatre.

Pour bien comprendre, nous devons nous pencher sur un point de théorie et plus particulièrement sur la fonction phorique. La fonction phorique est celle de porter. Être porté est une nécessité qui nous accompagne tout au long de la vie. Cette nécessité est archaïque. C'est effectivement la première étape du processus de

symbolisation parce que c'est celle qui assure la sécurité de base. Le contact social, le lien à l'autre, le sentiment d'utilité assurent toujours un portage, elle est donc intersubjective. Dans le contact, l'autre me sécurise et cela dans une certaine réciprocité.

Pour ce faire et nous l'avons déjà mentionné plus haut, notre fonction d'accueil est fondamentale, mais également notre disponibilité. De plus, l'ensemble des piliers présentés jouent également un rôle important. Pour notre patient cet ensemble a permis de le sécuriser, il s'est senti porté. Ce qui explique probablement les contre-transferts différents car la fonction phorique a permis de répondre au faux self de notre patient.

Une fois que cette fonction phorique assurée, un processus de symbolisation peut être envisagé et avec lui la fonction sémaphorique.

Pour expliquer la fonction sémaphorique, reprenons l'image donnée par Didier Robin, celle d'un sémaphore. Le sémaphore permet de communiquer à distance avec les bateaux. Pour ce faire il élabore des signaux spécifiques à partir des données que le bateau lui envoie. Il est donc en d'autres termes un porte signes. Ainsi les soignants ont non seulement une fonction accueillante, une fonction phorique, mais ils sont aussi chargés de tous les signes émis lors des rencontres, ils deviennent des porte-signes de ce qu'ils ont vécu dans le contact avec l'autre.

Revenons au cas de notre patient. Ce dernier présente une réelle difficulté à se sentir. A défaut de pouvoir représenter ce qu'il vit, il le fait ressentir à ceux qui le côtoient. Les soignants se retrouvent alors chargés de signes de prime abord incompréhensibles. Et comme ce patient est habitué par de profonds clivages, les différents membres de l'équipe vont se retrouver chargés de vécus qui ont pour effet, si nous restons dans une prise en charge cloisonnée, l'aggravation de cette dynamique transféro/contre-transférentielle.

Afin de concrétiser la fonction sémaphorique, nous allons brièvement présenter un atelier thérapeutique, celui-là même qui a permis à notre patient de s'exprimer sur son profond mal-être.

L'atelier se déroule en trois parties. En première partie, nous demandons au patient de choisir cinq lettres dans un tas de lettres. Un travail introspectif est alors réalisé. De ces cinq lettres doivent découler cinq mots. Pour chaque mot, le patient doit donner non seulement une définition objective mais aussi une subjective.

Le patient a choisi les mots suivant :

- JOHN, qui le qualifie comme individu,
- MAM, qui définit sa grand-mère maternelle, seul pilier familial,
- ETUDE, qu'il signale comme son activité principale,
- TRISTESSE, qui est son état émotionnel principal,
- BULLETIN, qui est sa seule fierté, une forme de reconnaissance mais qui est révolue maintenant.

En seconde partie de l'atelier, nous demandons aux patients un travail d'expression écrite. Le patient doit insérer chacun des mots définis dans un texte qu'il prend le soin de créer. Dans son texte, le patient décrit un JOHN plein de rêves mais sans parents, non désiré. Il a pour seul pilier sa grand-mère maternelle mais qui est décédée. Il parle également de ses parents envers qui il cherche de la reconnaissance à travers ses belles notes au bulletin. Il finit son texte en mentionnant le fait qu'il cherche à s'oublier en restant toujours dans l'hyperactivité et l'exploitation de soi à outrance, et qu'il s'est forgé une armure de fer afin d'y enfouir sa tristesse. Enfin, chaque patient a un temps de paroles en fin d'atelier afin de lire et de s'exprimer sur sa production s'il le souhaite. À la lecture de son texte le patient s'effondre littéralement devant le groupe. Lors de la réunion pluridisciplinaire faisant suite à l'atelier littéraire, L'infirmière référente du patient, présente lors de l'atelier, fait part de sa production alarmante. Depuis deux semaines le patient semble avoir été porté par la structure, ce qui a permis de maintenir un faux self compensé. L'atelier semble être l'outil qui permet l'ouverture des failles narcissiques du patient mais également les figurent identificatoires présentes. Son infirmière et les autres personnes présentes lors de l'atelier, semblent être les réceptacles de l'angoisse qui en jaillit.

Il est donc essentiel qu'ensemble nous puissions analyser ce qu'il se passe en rassemblant adéquatement les projections du patient pour en donner du sens.

La réunion d'équipe incarne donc une caisse de résonance où les portes-signes vont pouvoir interagir. C'est ce que Pierre Delion appelle la constellation transférentielle.

Ces différents éléments exposés ont permis finalement non pas une guérison totale du patient, vu le profil fragile et archaïque de sa personnalité, mais ils soulignent l'importance du fait que cette prise en charge permet d'asseoir le travail de symbolisation du patient. Ce séjour intensif a ouvert une porte, un précurseur thérapeutique qui va être prolongé par nos entretiens ambulatoires, avec ou sans le groupe de transition, en postcure, en permanence sociale, avec le travail en réseau.

### Conclusion

Pour conclure, l'hypermodernité nous plonge dans un mouvement exacerbé dans lequel il est de plus en plus difficile de trouver du sens faisant craindre l'arrivée de certaines dérives.

Depuis la nuit des temps, l'homme est créateur d'objets. En le modifiant, en le perfectionnant, nous avons une influence sur nos outils, mais réciproquement, l'humain se voit également modifié par ces derniers. L'avènement de la technologie, du virtuel, du web 2.0 a une influence considérable sur l'individu. Le smartphone, les réseaux sociaux, le robot... semblent rentrer en symbiose avec l'individu, se substituant à lui comme de réels prolongements narcissiques de soi. Mais là où ils peuvent être un levier de subjectivation pour certains, l'aliénation d'autres n'est pas très loin. En effet, le développement des algorithmes notamment, permet à nos outils actuels de tendre vers leur individualisation, de devenir auto-

me par rapport à notre appareil psychique. Ainsi se dessine un continuum entre l'outil-levier pour l'individu et l'outil-pervers.

L'exemple présenté plus haut de "Sim-sensei" incarne pour nous une des dérives de notre société. Non pas que l'intelligence artificielle ne peut être un outil d'aide dans nos pratiques mais parce qu'ici il est bien question qu'à l'heure actuelle, l'intelligence artificielle modelée sur un thérapeute virtuel pourrait prendre en charge certains troubles psychiatriques tels que les syndromes post-traumatiques, des états dépressifs... Force est de constater que cette technologie pousse la porte d'un questionnement et surtout d'une inquiétude par rapport au paysage psychiatrique de demain.

Serge Tisseron nous rappelle justement qu'il est inenvisageable de continuer dans ce sens. L'homme est doté de la capacité de ressentir une émotion et par là de pouvoir se mettre à la place de l'autre. Le robot virtuel en est incapable, il ne peut que fournir une réponse à partir d'algorithmes réalisés sur des data. Il n'existe donc pas d'empathie artificielle. Or l'empathie et la relation transféro/contre-transférentielle sont deux outils fondamentaux pour notre prise en charge.

Dès lors comment envisager une constellation transférentielle entre des thérapeutes virtuels dénoués d'empathie ?

Ainsi donc, et pour reprendre les termes de Winnicott « *Tout dépend du statut que l'on attribue à l'objet* ».

Pour nous, l'intégration du mouvement est possible et indispensable pour notre survie mais il doit se faire en privilégiant le bon sens, notre bon sens collectif en respectant l'âme de la thérapie institutionnelle.