

51ème Colloque du Groupement des hôpitaux de jour psychiatriques

Hôpital de jour avec fin, hôpital de jour sans fin
Vevey, Suisse
15-16 novembre 2024



nant
f o n d a t i o n

SECTEUR PSYCHIATRIQUE
DE L'EST VAUDOIS

REVUE N° 26
ISSN 2112-6798
Editée par le Groupement
des Hôpitaux de Jour Psychiatriques
- ASBL -



BELGIQUE • FRANCE • SUISSE • LUXEMBOURG



**Groupement des Hôpitaux
de Jour Psychiatriques ASBL**

**153, Boulevard de la Constitution
4020 LIÈGE
BELGIQUE**

URL: <https://www.ghipsy.org>

REVUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES

**N° 26
OCTOBRE 2025**

SOMMAIRE

Président

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jm.triffaux@hjulacle.be

Secrétariat général

Madame Stéphanie NOIRFALISE
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : ghipsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Professeur Ludovic GICQUEL
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit
CESAM - Avenue Jacques Coeur, 370
86000 Poitiers - France
Téléphone : +33 (0) 5 49 44 57 57
Courriel : ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

Vice-Présidente suisse

Madame Muriel REBOH-SERERO
Institut Maïeutique
Rue Sainte-Beuve, 4
1005 Lausanne - Suisse
Téléphone : 41 (0) 21 323 17 00
Courriel : muriel.reboh-serero@maieutique.ch

Vice-Président belge

Docteur Jean-Benoît DESERT
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jb.desert@hjulacle.be

Comité scientifique

Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Docteur V. LUSTYGIER	Bruxelles
Docteur Ch. MONNEY	Lausanne
Madame M. REBOH-SERERO	Lausanne
Professeur Ph. REY-BELLET	Corsier-sur-Vecy
Docteur I. SCHONNE	Mons
Professeur J.-M. TRIFFAUX	Liège
Monsieur J.-P. LECLERCQ	Thieulain
Madame S. NOIRFALISE	Liège
Madame Olga SIDIROPOULOU	Lausanne
Monsieur J. LEMOINE	Bruxelles
Professeur L. GICQUEL	Poitiers
Docteur C. VAILLANT	Bourges
Docteur A. VERNET	Bourges
Monsieur J. VAGNIERES	Vevey

THÈME DU 51^{ÈME} COLLOQUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Professeur Philippe REY-BELLET 3

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

Professeur Philippe REY-BELLET 5

ALLOCUTION DE BIENVENUE

Professeur J-M TRIFFAUX 7

UNE SOCIÉTÉ EN MUTATION : QUELLES CONSÉQUENCES POUR LA RÉALITÉ PSYCHIQUE... ET LA PSYCHIATRIE

Jean-Pierre LEBRUN 9

LE TEMPS DU SUJET : PARLER EN PREMIÈRE PERSONNE

Dany-Robert DUFOUR 12

RÉFLEXION AUTOUR DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES À L'HÔPITAL DE JOUR PAUL SIVADON

Que fait-on du temps ?
Muriel CANDELAS, Nadia SEDIK 18

RÉFLÉCHIR ENSEMBLE POUR MIEUX SOIGNER DES PATIENTS PORTEURS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME : QUAND L'INTELLIGENCE COLLECTIVE REVITALISE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

Elise GOORIS, Charles LANVIN, Elisa SERVAIS 25

JEUNES EN HÔPITAL DE JOUR : QUELLES TEMPORALITÉS ?

Lisa BLEYNIE-AZIZ, Stéphane POISSONNIER 31

LE TEMPS DU SUJET : « JE PEUX RESTER CINQ ANS, ALORS »

Patrick DANIEL, Carine MASKENS, Maïté HENRY 37

TEMPORALITÉS DÉCALÉES EN HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE

Juliette BUTERA, Claire SAVÉANT, Senoy ELAKEL, Sophie SYMANN 43

« MON TEMPS N'EST PAS CELUI DES HORLOGES » : SCHIZOPHRÉNIE, HÔPITAL DE JOUR ET TEMPS VÉCU

Gilles LANTONNOIS, Sylvain DAL 50

QU'ENTENDS-TU, CHER COLLÈGUE, QUAND SONNE LE CARILLON ? : LA CONSTELLATION TRANSFÉRENTIELLE AU SERVICE DE LA CLINIQUE ET DU TRAVAIL D'ÉQUIPE

Colin CHENEAU, Adèle STRUYE, Ornella LAURIA, Marine LAMOLIATTE 57

POLYRHYTHMIES, JUXTAPOSITION DES TEMPS DE L'ART ET DE LA THÉRAPIE

Hugues LIBERT 63



© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles

ISSN 2112-6798

est éditée par
Le Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques ASBL
- Octobre 2025 - Liège
BELGIQUE

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles
ISSN 2112-6798

Rédacteur en chef de la Revue 2025
Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

Rédacteurs en chef adjoints de la Revue 2025
Mr. J.-P. LECLERCQ, Thieulain
Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2025
Prof. P. REY-BELLET, Vevey
Mme H. GREIMERS, Liège
Mme S. NOIRFALISE, Liège

Secrétariat pour ce numéro de la Revue
Mme S. NOIRFALISE

Mise en page
BRADFER Bérengère

Les numéros antérieurs "papier" peuvent être commandés au secrétariat général du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques sous réserve de leur disponibilité.

Tous droits de reproduction strictement réservés.

Toute reproduction d'article à des fins de vente, de location, de publicité ou de promotion est réservée au Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Toute reproduction d'article dans un autre support (papier, internet, etc.) est interdite sans l'autorisation préalable de la rédaction de la Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

Les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

LA RIVIÈRE DU T(T)EMPS

Joséphine DUBOIS, Lucas LAPADULA, Hélène MAUGE,
Stéphanie NOIRFALISE, Jean-Marc TRIFFAUX 69

« MON TEMPS N'EST PAS LE MÊME QUE LE TIEN » : RELATIVITÉ, RYTHME ET TEMPS PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS

Alain ROZENBERG, Simon BERNIER, Sophie DELACROIX,
Naïla CLEEREMANS, Elisabeth DUCHÊNE 75

CRÉATION ARTISTIQUE ET GESTION DU DEUIL APRÈS UN SUICIDE EN HÔPITAL DE JOUR PSYCHIATRIQUE

retour croisé d'une ergothérapeute et d'un psychiatre
Jonathan DRAI, Lucia KOZIC 82

LE DÉPART EST UN PROCESSUS : AVANT DE PARTIR, LAISSONS LE TEMPS NOUS SÉPARER

DIAZ Jorge, ROUMÉAS Jeanine, VIALA Laetitia 89

LE DÉBUT DE LA FIN : COMMENT CONCILIER PROCESSUS D'ATTACHEMENT ET L'INÉVITABLE PRÉPARATION AU DÉPART ?

Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND,
Charlotte LEFEBVRE, Sophie VANDENNIEUWENBROECK,
Karima ZAABOURI 97

LA FIN EST UN ÉVÈNEMENT : LA TEMPORALITÉ PSYCHIQUE FACE AUX CONTRAINTES EXTERNES DANS LES SÉJOURS EN CLINIQUE DE JOUR

Jérémy MARRO, Rahma NEFZI, Véronique BUSSARD 104

LEVONS L'ANCRE, CAP VERS LE RÉTABLISSEMENT !

Eftychia VALASSOPOULOU, Laurent SOMERS 110

SYNTHÈSE DU COLLOQUE

Docteur Patrick ALARY 115

LE MOT DE LA FIN...

Professeur Ludovic GICQUEL 121

ARGUMENT DU COLLOQUE 2025 - BOURGES

Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour
Tembely AMINATA 122

MONOGRAPHIES DES COLLOQUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES 1973-1997

..... 124

REVUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES - 1998-2025

..... 125

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

..... 126

ADHÉSION

..... 129

THÈME DU LIÈME COLLOQUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Hôpital de jour avec fin, hôpital de jour sans fin

Nos sociétés contemporaines préoccupées d'efficience, de mesures ou de contrôle, nous confrontent constamment à un questionnement sur le temps. Pressés par le rendement, nous n'avons « plus le temps » car perdre du temps est un luxe coûteux. Il faut aller vite, évoluer en permanence. Nous devons augmenter la productivité, pour profiter ensuite du « temps libre ». Prenant à contre-pied ce mouvement, la récente pandémie nous a confrontés à une forme de suspension du temps, et avec elle, à l'angoisse d'un temps semblant figé autant qu'à une finitude devenant très concrète comme un rappel de notre condition de mortels. Saint-Augustin écrit dans les Confessions : « Si rien ne passait, il n'y aurait point de temps passé ; que si rien n'advenait, il n'y aurait point de temps à venir, et que si rien n'était, il n'y aurait point de temps présent ». La psychanalyse, elle, tendrait à distinguer le temps de l'acte. Le temps logique de la psyché n'est pas celui de l'horloge. Le postulat d'un inconscient intemporel s'articule avec celui d'une construction historique du sujet. Dans le transfert, des phénomènes d'actualisation et de répétition sont à l'œuvre, en lien étroit avec le traumatique et l'impensé, comme un temps apparemment suspendu. Passage du temps et passage à l'acte constituent les ressorts fondamentaux du traitement et la question de la fin doit se poser par conséquent en terme de processus thérapeutiques et non seulement en terme de résultats. Dans nos hôpitaux de jour, ils ne peuvent s'inscrire dans une simple temporalité linéaire. Se pose alors la question de l'efficience de nos dispositifs, de la manière de la démontrer afin de répondre tant aux exigences de financement par les services payeurs que de celles liées à la qualité des soins. Une question surgit alors autour de la chronicité, de ce qui pourrait, dans une vision superficielle, s'apparenter à un non-processus : quelle serait alors la pertinence de maintenir de telles structures en l'absence de résultats tangibles ? La question du temps est donc au cœur du travail dans nos dispositifs de soins contemporains, et peut-être particulièrement dans nos hôpitaux de jour. En effet, ces structures sont le plus souvent conçues pour accueillir et soigner des patients présentant des pathologies psychiques évoluant sur de longues durées, impactant massivement et parfois durablement leur vie relationnelle et sociale. Pour être porteurs de rétablissement, les soins doivent non seulement s'inscrire dans un milieu relationnel et social thérapeutique mais encore s'inscrire dans une certaine durée. Cette dernière décennie a vu émerger des questionnements sur l'utilité des hôpitaux de jour, et par conséquent sur leur financement, avec parfois l'idée que pourrait s'y loger une nouvelle forme de chronicité comprise comme un non-processus. Au regard du courant du Rétablissement, on aurait ainsi déplacé une forme de dépendance à un système de soins de l'hôpital à une structure ambulatoire. Ces structures sont alors sommées de démontrer leur efficience, avec le risque d'évacuer du champ de la psychiatrie la question des pathologies nécessitant des soins au moyen et au long cours. La psychiatrie des troubles graves nous enseigne bien le temps nécessaire pour transformer une souffrance qui ne peut se dire qu'au travers des actes. Ces souffrances profondes sont souvent sous-tendues par des absences de représentations, des défauts de symbolisation qui engendrent souvent des répétitions apparemment sans fin en l'absence d'un accueil leur permettant d'être décodées et de sortir de l'oubli. « L'oubli est un puissant instrument d'adaptation à la réalité parce qu'il détruit peu à peu en nous le passé survivant qui est en constante contradiction avec elle » (Marcel Proust). Interroger la durée adéquate d'un parcours de soins dans un hôpital de jour ne peut se faire sans une réflexion véritablement clinique, portant sur la temporalité propre à la psychopathologie ainsi qu'au processus thérapeutique y relatif.

La réflexion doit également porter sur l'étroite imbrication entre les fonctions thérapeutiques à proprement parler et celles d'étayage, de maintien des acquis, et d'intégration sociale. Elle doit en outre permettre de penser l'articulation de l'hôpital de jour avec les autres dispositifs de soins ambulatoires et résidentiels, ainsi qu'avec les nombreuses structures à vocation sociale et citoyenne. Au-delà du clin d'œil à la tradition psychanalytique de la Fondation de Nant qui accueille ce 51^{ème} colloque des Hôpitaux de jour, la question de la fin de traitement se veut ainsi une réflexion tant sur la question de la durée, de la temporalité, que du processus et de la finalité. Autour de la question d'un processus avec fin ou sans fin, de l'enfance à l'âge avancée, ce colloque est une invitation à penser ensemble tant la nature du travail en hôpital de jour que sa place dans nos dispositifs de soins contemporains.

Professeur Philippe Rey-Bellet

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

- Professeur Philippe REY-BELLET -

Bonjour à toutes et à tous,

Au nom du Groupement des hôpitaux de jour et du comité d'organisation, je vous souhaite la bienvenue au 51^e colloque ici à Vevey. Comme vous le savez sans doute, nous avons ici, en Suisse, une très longue tradition d'accueil... d'accueil de l'argent des autres, mais pas seulement !

Au-delà de la boutade, voyez-y surtout une invitation à une parole libre, à une pensée libre, une invitation au politiquement incorrect.

Mes remerciements vont aussi au comité d'organisation (M. Lysander Jessenberger, Mme Cécile Margueron, Mme Mylène Menzel, M. Julien Vagnières, Mme Marina Kreis et au Dr Christian Monney).

Pour cette partie de l'accueil officiel, nous avons choisi, avec Mme Kreis, Directrice des soins, de déroger aux usages : plutôt que de donner la parole aux politiques, nous l'avons confiée à un usager de l'hôpital de jour. Il partagera avec nous, en dialogue avec Mme Kreis, ses réflexions sur le temps dans un centre thérapeutique de jour.

Comme vous l'aurez sans doute toutes et tous compris, le choix du thème et du titre du colloque est un petit clin d'œil à S. Freud et à son célèbre texte *Analyse avec fin* et *analyse sans fin*, qui traite de la question centrale du processus thérapeutique en jeu — ou non — lors d'une analyse. Par extension, il me paraît aussi crucial de nous interroger sur la nature du processus thérapeutique que nous mettons à l'œuvre dans un Centre de Jour, et sur son importance dans une chaîne ou filière de soins.

Les impératifs d'efficacité et de vitesse de nos sociétés contemporaines me paraissent souvent bien mal se marier avec la santé mentale. Peut-être que le nombre actuel de demandes de soins psychiques devrait nous interroger sur les impasses dans lesquelles l'obsession de croissance permanente, de vitesse et d'efficacité de nos systèmes néo-libéraux nous entraîne. Nous traversons sans doute, avec la révolution numérique de ces dernières années, une transformation majeure dans l'histoire de l'humanité et une perte de repères qu'il nous faut réinventer, plutôt que de nous laisser entraîner dans la spirale destructrice du « toujours plus, toujours plus vite ». La récente pandémie, qui nous a brièvement confrontés à un temps suspendu, aurait dû nous questionner, mais le temps où nous parlions du « monde d'après » semble s'être totalement évanoui, dissous dans le dogme néo-libéral de la croissance.

Ce temps suspendu est donc considéré comme perdu si l'on se place dans cette perspective très productiviste !

Néanmoins, force est de constater que nos sociétés contemporaines ne mettent guère en avant la pensée, la réflexion, et si l'on nous enjoint souvent, au niveau politique, à nous avancer sur le terrain de la prévention primaire, je pense qu'il est alors nécessaire d'interroger sans aucune complaisance nos sociétés qui semblent mettre à mal la psyché.

Le temps de la psyché n'est pas celui du capitalisme néo-libéral, et il me semble nécessaire, comme soignants en santé mentale, de garder une position militante, sans céder aux exigences sociétales de faire toujours plus vite, de faire toujours plus avec moins, d'être en somme dans l'agir plus que dans la pensée.

Et c'est à quoi je vous invite aujourd'hui : à une pensée libre.

Nos sociétés contemporaines, préoccupées d'efficacité, de mesures et de contrôle, nous confrontent constamment à un questionnement sur le temps. Pressés par le rendement, nous n'avons « plus le temps », car perdre du temps est devenu un luxe coûteux. Il faut aller vite, évoluer en permanence. Nous devons augmenter la productivité, pour profiter ensuite du « temps libre ». Prenant à contre-pied ce mouvement, la récente pandémie nous a confrontés à une forme de suspension du temps, et avec elle, à l'angoisse d'un temps semblant figé autant qu'à une finitude devenue très concrète, comme un rappel de notre condition de mortels. Saint Augustin écrit dans les *Confessions* : « Si rien ne passait, il n'y aurait point de temps passé ; que si rien n'advenait, il n'y aurait point de temps à venir, et que si rien n'était, il n'y aurait point de temps présent ».

La psychanalyse, elle, tend à distinguer le temps de l'acte. Le temps logique de la psyché n'est pas celui de l'horloge. Le postulat d'un inconscient intemporel s'articule avec celui d'une construction historique du sujet. Dans le transfert, des phénomènes d'actualisation et de répétition sont à l'œuvre, en lien étroit avec le traumatique et l'impensé, comme un temps apparemment suspendu. Passage du temps et passage à l'acte constituent les ressorts fondamentaux du traitement, et la question de la fin doit se poser, par conséquent, en termes de processus thérapeutique et non seulement en termes de résultats.

Dans nos hôpitaux de jour, les processus ne peuvent s'inscrire dans une simple temporalité linéaire. Se pose alors la question de l'efficacité de nos dispositifs et de la manière de la démontrer, afin de répondre tant aux exigences de financement par les services payeurs qu'à celles liées à la qualité des soins.

Une question surgit alors autour de la chronicité, de ce qui pourrait, dans une vision superficielle, s'apparenter à un non-processus : quelle serait alors la pertinence de maintenir de telles structures en l'absence de résultats tangibles ?

La question du temps est donc au cœur du travail dans nos dispositifs de soins contemporains, et peut-être particulièrement dans nos hôpitaux de jour. En effet, ces structures sont le plus souvent conçues pour accueillir et soigner des patients présentant des pathologies psychiques évoluant sur de longues durées, impactant massivement et parfois durablement leur vie relationnelle et sociale.

Pour être porteurs de rétablissement, les soins doivent non seulement s'inscrire dans un milieu relationnel et social thérapeutique, mais encore s'inscrire dans une certaine durée.

Cette dernière décennie a vu émerger des questionnements sur l'utilité des hôpitaux de jour, et par conséquent sur leur financement, avec parfois l'idée qu'il pourrait s'y loger une nouvelle forme de chronicité comprise comme un non-processus. Au regard du courant du Rétablissement, on aurait ainsi déplacé une forme de dépendance à un système de soins, de l'hôpital vers une structure ambulatoire. Ces structures sont alors sommées de démontrer leur efficacité, avec le risque d'évacuer du champ de la psychiatrie la question des pathologies nécessitant des soins au moyen et au long cours.

La psychiatrie des troubles graves nous enseigne bien le temps nécessaire pour transformer une souffrance qui ne peut se dire qu'à travers des actes. Ces souffrances profondes sont souvent sous-tendues par des absences de représentations, des défauts de symbolisation, qui engendrent souvent des répétitions apparemment sans fin, en l'absence d'un accueil leur permettant d'être décodées et de sortir de l'oubli.

« L'oubli est un puissant instrument d'adaptation à la réalité, parce qu'il détruit peu à peu en nous le passé survivant qui est en constante contradiction avec elle » (Marcel Proust).

Interroger la durée adéquate d'un parcours de soins dans un hôpital de jour ne peut se faire sans une réflexion véritablement clinique, portant sur la temporalité propre à la psychopathologie ainsi qu'au processus thérapeutique qui lui est relatif. La réflexion doit également porter sur l'étroite imbrication entre les fonctions thérapeutiques à proprement parler et celles d'étayage, de maintien des acquis et d'intégration sociale. Elle doit en outre permettre de penser l'articulation de l'hôpital de jour avec les autres dispositifs de soins ambulatoires et résidentiels, ainsi qu'avec les nombreuses structures à vocation sociale et citoyenne.

Au-delà du clin d'œil à la tradition psychanalytique de la Fondation de Nant, qui accueille ce 51^e colloque des hôpitaux de jour, la question de la fin de traitement se veut ainsi une réflexion tant sur la question de la durée, de la temporalité, que du processus et de la finalité.

Autour de la question d'un processus avec fin ou sans fin, de l'enfance à l'âge avancé, ce colloque est une invitation à penser ensemble tant la nature du travail en hôpital de jour que sa place dans nos dispositifs de soins contemporains.

L'AUTEUR :

Professeur Philippe REY-BELLET

Psychiatre-psychothérapeute FMH

Directeur médical de la Fondation de Nant

Directeur de la formation universitaire continue en psychothérapie psychanalytique de l'Université de Genève

Route de Nant, 1804 Corsier-sur-Vevey (Suisse)

philippe.reybellet@nant.ch

ALLOCUTION DE BIENVENUE

- Professeur J-M TRIFFAUX -

Chères Collègues, chers Collègues,
Chères Amies, chers Amis,

Bienvenue, dans cette magnifique ville de Vevey, écrin de la Suisse romande ayant le Lac Léman et les Alpes pour toile de fond.

Vous êtes plus de 180 participants à nous avoir rejoint aujourd'hui.

Votre présence témoigne à nouveau de votre engagement et de l'intérêt que vous portez aux travaux de notre Groupement, Groupement qui ose encore évoluer à contre-courant.

Un tout grand merci tout d'abord à La Fondation de Nant qui nous accueille pour ce 51^{ème} Colloque.

La Fondation de Nant témoigne d'une « place à part » dans l'histoire de la psychiatrie suisse.

En 1940, un petit groupe de privés, dont un vigneron et deux femmes au foyer, se mit soudain en tête de remédier aux « lacunes » de l'institution publique en matière de soin des aliénés. Cette époque aura été tristement marquée par le lancement de la campagne allemande, Aktion T4, programmant l'« euthanasie » massive des patients atteints d' handicap mental et/ou de maladies psychiques.

Avec Louise Monney, et son mari René, les fondateurs de cette fondation, est apparue dans le canton de Vaud une psychiatrie dissidente où « *le malade mental est considéré comme mon prochain* » et où la référence psychanalytique garantit une éthique, une cohérence et des compétences désaliénantes.

Comme par hasard, il se fait qu'un de leurs petit-fils, Christian, est devenu psychiatre. Ce dernier a présidé notre Groupement, juste avant que je ne reprenne le flambeau.

Je tiens donc à le remercier chaleureusement de nous accueillir chez lui, sur les lieux de son enfance et de sa vie.

Au fil du temps, la Fondation de Nant n'a cessé de se développer fidèle à ses valeurs humanistes et à son référentiel théorique psychanalytique, tout en intégrant l'apport des nouvelles approches thérapeutiques et des neurosciences.

Aujourd'hui, c'est à Philippe Rey-Bellet, à Lysander Jessenberger et à toute leur équipe organisatrice que nous pouvons adresser tous nos remerciements pour la qualité de leur accueil et de leur organisation.

Il convient également de remercier Mazen Almesber,

Jean-Pierre Lebrun et Dany-Robert Dufour, nos trois conférenciers, qui ont accepté d'intervenir cette après-midi.

Je n'ai aucun doute sur le fait que nous ne serons plus les mêmes après leurs exposés. Après les avoir entendus, nous aurons certainement matière à réflexion et assisterons à des débats qui promettent d'être animés.

Je profite de l'occasion pour vous recommander la lecture de deux de leurs ouvrages : « *Un immonde sans limite* » de Jean-Pierre Lebrun, publié aux éditions Erès en 2020 et le best-seller de Dany-Robert, Dufour, « *Baise-ton prochain* », expression probablement hypermoderne d'une ancienne formule bien connue, « *Aimons-nous les uns les autres* » (?).

Je tiens encore à saluer cordialement toutes les équipes qui se sont mises au travail et qui animeront demain un atelier. Je ne peux que souligner l'importance de ces échanges interactifs qui font partie de l'essence même de nos colloques depuis plus de 50 ans. J'incite ces équipes à laisser une trace de leurs interventions en soumettant leurs articles à notre comité éditorial pour la prochaine édition de la Revue.

HÔPITAL DE JOUR AVEC FIN, HÔPITAL DE JOUR SANS FIN ? LA FIN DE L'HÔPITAL DE JOUR ?

Le thème qui nous rassemble n'est pas sans rappeler un des derniers écrits freudiens (*L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, 1937).

Se posait à l'époque aux disciples de Freud (Otto Rank et Sandor Ferenczy) la question suivante : ne parviendrait-on pas à des résultats analogues en réduisant la durée de la cure à quelques mois en proposant des *short-therapies* à l'américaine ?

Et finalement, pourquoi s'encombrer des résistances qui pourraient s'opposer à la guérison et la rendre interminable ?

Par analogie, une « cure » / un séjour / une prise en charge thérapeutique en hôpital de jour ne devrait-elle pas être de plus en plus courte afin de répondre aux normes d'efficacité prônées par nos Ministères de la Santé ?

Le problème du temps qui passe, du temps perçu, du temps perdu, c'est qu'il nous traverse au cours d'une période particulière de l'histoire de l'humanité, période

que de nombreux philosophes et anthropologues n'hésitent plus de qualifier de mutation anthropologique sans précédent.

Outre la révolution numérique, notre société est profondément impactée par l'accélération du temps (Hartmut Rosa) qui modifie nos styles de vie, nos structures familiales, nos affiliations groupales, notre rapport au temps, à l'argent, au sexe et maintenant au genre...

Si Charlie Chaplin revenait parmi nous, ne serait-il pas tenté d'inventer cette fois un nouveau film / une saison 2 dont le titre pourrait être *Les Temps Hypermodernes* ?

En Occident, le concept d'autonomie, après avoir renversé depuis des siècles le concept d'hétéronomie, se confond désormais avec celui du singularisme et de l'auto-déterminisme à outrance, qui de surcroît serait de plus en plus précoce.

Avec l'émergence de l'individu de droit qui ne cesse de revendiquer ses droits individuels, n'assistons-nous pas au risque de voir une « atomisation » de la société ?

Le nœud démocratique décrit par le philosophe Marcel Gauchet pourra-t-il un jour se délier ou ne risque-t-il pas d'étrangler funestement l'individu ? La question reste entière.

Bon nombre de nos patients, de tous âges, frappent effectivement à la porte du soin en étant atteints de « nouvelles maladies de la psyché », en situation d'hémorragie narcissique grave, avec des risques accrus de psychose et/ou de pénibles symptômes psychosomatiques.

Ils ont tous un point commun : ils nous montrent une difficulté à représenter, à symboliser et à mentaliser « comme si leur espace psychique était en train de disparaître » (cf Julia Kristeva, *Les nouvelles maladies de l'âme*, 1993).

Ces « handicapés » de l'Imaginaire ne rêvent plus...

Chez eux, l'instant présent devient un « présent compact », faisant fi du passé et du futur.

Mais, comme nous en a averti Philippe Rey-Bellet dans l'argument de ce colloque, attention à « l'oubli », « L'oubli est un puissant instrument d'adaptation à la réalité parce qu'il détruit peu à peu en nous le passé survivant qui est en constante contradiction avec elle » (Marcel Proust, *À la recherche du temps perdu*).

Ne pourrions-nous pas envoyer alors à Marcel Proust la citation d'Alexis de Tocqueville : « *Quand le passé n'éclaire plus l'avenir, l'esprit marche dans les ténèbres* » ... ?

Je vous invite à revoir inlassablement le film *Le Dictateur* (réalisé en 1939) de cet « agitateur de paix » qu'était Charlie Chaplin. Le discours final de ce film reste un merveilleux plaidoyer pour une démocratie à réinventer.

Si fixer un terme au travail thérapeutique s'avère certes d'une efficacité indéniable, il convient de choisir le bon moment, le bon endroit, la bonne équipe, le bon réseau de soins.

Pour cela, il n'y a pas de dogme : continuons à nous fier à la dimension humaine de notre intuition et à nos compétences acquises par l'expérience du soin ...

Enfin, *laissons du temps au temps* pour reprendre les mots de François Mitterrand : laissons nos patients nous raconter leur histoire, laissons-nous le temps de les écouter et d'interagir avec eux.

Sur le plan clinique, nous n'avons encore rien inventé de mieux que l'analyse du transfert, du contre-transfert individuel / groupal, et de la constellation transférentielle.

Laissons aux enfants le temps de grandir, laissons aux adultes le temps de s'adapter à cette société en pleine mutation, laissons encore aux personnes âgées la possibilité de participer à notre temps...

Si nous conservons une telle approche dans le travail thérapeutique en hôpital de jour, (« *I'm a dreamer, but I not the only one* »), le « **Je est un Autre** » qui s'est tragiquement muté aujourd'hui en « **Je est Je** », ne pourrait-il pas encore advenir en un « **Je est Nous** »... ?

La fin des hôpitaux de jour ? Ce ne sera donc pas pour demain !

Je vous souhaite à toutes et à tous un excellent Colloque...

Bon travail à toutes et à tous...

L'AUTEUR :

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX

Président du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques
Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
153 Boulevard de la Constitution, 4020 Liège (Belgique)
jm.triffaux@hjulacle.be

UNE SOCIÉTÉ EN MUTATION : QUELLES CONSÉQUENCES POUR LA RÉALITÉ PSYCHIQUE... ET LA PSYCHIATRIE

- Jean-Pierre Lebrun -

La question que je veux poser est celle de nous demander quelles sont les conséquences pour la réalité psychique et pour la psychiatrie qu'entraîne la mutation du lien social qui nous emporte.

Il nous faut partir de deux mondes, celui d'hier et celui d'aujourd'hui.

Je propose que nous lisions le monde d'hier comme organisé sur le modèle de la religion ou du patriarcat avec la légitimité dont disposait celui (ou ceux) qui était aux commandes de la vie sociale.

Nous percevions alors d'emblée que nous étions dans une verticalité qui donnait toute sa légitimité à celui ou ceux qui commandaient.

Aujourd'hui, c'est l'horizontalité qui l'emporte, selon le modèle du réseau. Il n'y a de ce fait plus de légitimité pour celui qui fait exception et c'est d'ailleurs de là que nous attendons un progrès, à savoir de ce que ceux qui occupaient les places d'exception renoncent désormais à les utiliser de manière abusive. Il faut en effet bien dire que c'était souvent le cas et que de plus de tels abus ou excès restaient bien souvent invisibilisés et des sujets n'avaient de ce fait pas droit à la parole.

Il faut entendre l'espoir de progrès que cette lecture véhicule avec elle : davantage d'égalité et de tolérance à l'égard des individualités. Ce sont ces dernières qui importent d'abord et c'est souvent en oubliant que nous restons tributaires de la société à laquelle nous appartenons. Car cette mutation entraîne une difficulté spécifique : c'est que nous ne supportons plus l'exception ; nous n'acceptons plus qu'existe toujours une place différente, logique, et à chaque fois que quelqu'un revendique de l'occuper, il ne peut s'agir que d'un retour au patriarcat d'hier ou d'un vœu de rétablir une position politique de droite.

Ce faisant, la légitimité de celui qui occupe une place de surplomb a perdu toute consistance et ceci entraîne que de moins en moins de personnes consentent à occuper les places de pouvoir, tout relatif soit ce dernier. C'est ainsi que nous devons constater la démission des maires en France, le fait qu'il n'y ait plus de candidats directeurs dans les écoles ou chefs

de service, simplement parce ces postes ne sont plus protégés par la légitimité qu'ils avaient hier et de plus, ils sont vilipendés comme des reliquats du modèle patriarcal, ou religieux, ou de droite si pas même d'extrême droite

De ce fait cependant il nous faudra bien accepter de voir que l'autorité, l'altérité et l'antériorité n'ont plus la légitimité qu'elles avaient dans l'ancien modèle alors que leur inscription reste pourtant toujours au menu de la vie collective. Tout ceci faisant que notre société dans son actualité tend à s'ignorer comme société dans l'esprit de ses acteurs, programmant ainsi véritablement sans le vouloir la fin du politique. C'est au profit de la société des individus mais ces individus ne font pas d'emblée société, il convient encore que chacun leur reconnaisse la place qu'il attribue à la collectivité en son individualité propre. Et c'est ce dernier point qui est en train de s'évanouir devant la montée en puissance de la légitimité des revendications individuelles avec l'appui qu'ils peuvent désormais prendre sur la reconnaissance des droits humains.

Prenons quelques citations pour faire entendre les enjeux de cette évolution

Ainsi Myriam Revault d'Allones écrit : *La grande rupture de la modernité installe l'individu en posture de fondement. La question de la destination est désormais supplantée par la nécessité de construire un ordre politique à partir d'une multiplicité d'individus installée en posture de fondement avant toute constitution de lien social (...) Comme si les individus mis en position de fondements, étaient porteurs de droits préables avant d'être soumis à des devoirs et surtout avant même d'appartenir à la société politique.*

Et Marcel Gauchet² de son côté : *Pour le dire « brutalement » on ne voyait que le tout à l'intérieur duquel les parties devaient lutter pour se faire une place, on ne voit plus que les parties, sans le tout où elles prennent place, alors qu'il conditionne pourtant leur existence².*

1 Reprise d'une intervention faite au colloque des Hôpitaux de jour qui s'est tenu à Vevey en novembre 2024. Ceci est un texte reproduit à partir de mon intervention.

2 M. GAUCHET, *Le nœud démocratique*, Gallimard 2024, p. 138.

Ou encore Mark Hunyadi³ : *Le commun n'est au final que l'agrégation d'actions individuelles. Or c'est d'une autre notion de commun dont nous avons besoin et il faut même dire c'est à une autre notion de commun que nous sommes acculés. (...) Il faut que l'individu libidinal soit porté par un but plus élevé que lui, il faut qu'il perce par le haut son cockpit nominaliste.*³

Dans son livre « Malaise dans la civilisation » paru en 1929, Freud écrit : « Une bonne partie des luttes de l'humanité se concentre autour d'une unique tâche : trouver un équilibre approprié, c'est-à-dire satisfaisant entre les revendications individuelles et les exigences civilisationnelles de la collectivité ; savoir si telle organisation de la civilisation parviendra à instaurer ces équilibres ou si le conflit restera insoluble est un problème où se joue le sort de l'humanité⁴.

L'enjeu qui est donc posé comme crucial, c'est de trouver un équilibre approprié entre revendications individuelles et exigences civilisationnelles ? il faut d'abord qu'il y ait deux impératifs qu'on doit pouvoir lire comme antagonistes, celle du sujet et celle du collectif. Or, c'est précisément là qu'aujourd'hui réside la difficulté et la confusion

Car, si dans le monde d'hier, cette opposition était clairement identifiable à tous niveaux – entre parents et enfants, enseignants et enseignés, pouvoir en place et opposition, verticalité et horizontalité ... - la nouveauté de notre monde, c'est que la revendication sociétale nouvelle veut que la place soit d'abord donnée à la particularité d'un chacun, à l'individu. Les différents uns doivent donc prévaloir sur l'Un du collectif.

L'exigence civilisationnelle nouvelle se présente alors comme n'ayant plus d'autre objectif que de vouloir soutenir la revendication individuelle.

Pourtant, se référer à la société n'est pas la même chose que se référer aux individus qui la constituent. La société a la charge de perdurer au-delà de chacun.

Dans un tel contexte, c'est comme s'il n'était plus possible de maintenir la dialectique entre l'exigence civilisationnelle et la revendication individuelle ; s'annule de ce fait aussitôt qu'il faut travailler à rechercher un nouvel équilibre. Il suffirait de poursuivre inlassablement le développement des individualités. Nous sommes dès lors tous dopés à déceler tant que faire se peut toute inégalité !

C'est la raison pour laquelle on peut avancer que nous sommes face à un cancer sociétal quand, par exemple, nous ne voyons plus rien d'autre comme objectif qu'attribuer toute la légitimité aux revendications individuelles, sans plus de place pour une quelconque

limite, sans vouloir prendre la mesure que c'est alors la nécessité de faire Un, d'un commun qui en vient à devoir passer à la trappe.

La consigne du « vivre ensemble » n'apparaît plus alors qu'emplâtre sur jambe de bois car dire Non à tel ou tel ressenti ou à telle exigence de reconnaissance avec subordination via la santé publique comme dans le cas des transgenres sera aussitôt situé comme abus de pouvoir et volonté de retour au patriarcat sans que ne puisse s'élaborer davantage ce qui viendrait légitimer – ou non - une telle acceptation. Tout interdit sera alors lu comme répressif et plus aucune place ne sera donnée à l'interdit structurant parce que constitutif.

Mais je voudrais ici avancer mon hypothèse : depuis un bon demi-siècle, il a été reconnu la légitimité de contester entre autres ceux qu'on appelait les mandarins. Il reste pertinent de le faire mais à n'en pas douter, la situation de ces derniers n'est plus ce qu'elle était.

Or depuis plus d'un demi-siècle, dans la suite de mai 68, contester est devenu d'emblée tout à fait légitime. C'est même devenu l'air du temps que de reconnaître la pertinence à toute contestation mais sans nous apercevoir que les contestés de 68 – les mandarins – ne sont plus ce qu'ils étaient alors. Ainsi que l'écrit très bien Jean-Pierre le Goff, *on continue de faire comme si l'Etat et les institutions étaient toujours aussi solides et sûrs d'eux-mêmes, comme si l'école ne fonctionnait qu'à coup de brimades et d'humiliations, comme si la famille autoritaire et close, toute entière ordonnée autour de la volonté du père, était toujours le modèle dominant. Etrange cécité que celle qui refuse de voir des réalités qui la dérangent* ajoute l'auteur. Devons-nous insister pour faire entendre que ces remarques sont toujours d'actualité et qu'elles s'avèrent même encore plus pertinentes aujourd'hui simplement parce que cette méprise s'est poursuivie insidieusement depuis un demi-siècle et que, comme nous le voyons, s'en est suivi un véritable affaiblissement de toute autorité simplement parce que les forces en présence ne sont plus les mêmes.

Ainsi par exemple, dans le monde d'hier, l'autorité allait de soi et était reconnue à celui qui occupait la place du sommet, que ce soit celle du père dans la famille, de l'enseignant à l'école, du patron au travail, du gouvernant aux gouvernés... cette autorité était en toute logique aussitôt implicitement reconnue comme légitime parce que venant d'en haut.

Elle pouvait être contestée dans la façon d'être occupée mais son principe restait pertinent et gardait d'emblée sa légitimité. Les parents en disposaient pour

3 M. HUNYADI, Le second âge de l'individu, pour une nouvelle émancipation, PUF 2023, p.131.

4 S. FREUD, Malaise dans la civilisation, PUF, 1979, p. 45.

éduquer les enfants dans la famille, les enseignants pour apprendre aux élèves à l'école, les patrons pour commander les ouvriers à l'usine, les politiques pour diriger les citoyens...

Dans notre monde qui se veut aujourd'hui horizontal, voire exclusivement horizontal, cette autorité ne va plus de soi ; elle est même refusée dans son principe même car porteuse d'inégalités et donc plus rien ne lui donne sa légitimité d'emblée. C'est ainsi que le problème se pose aujourd'hui dans l'école⁵ : ce n'est pas que l'enseignant n'ait plus l'autorité d'hier, c'est qu'enseignant et enseigné ne peuvent plus s'y référer, comme à une donnée tierce à laquelle chacun des deux partenaires peut renvoyer.

S'en suivent des manifestations nombreuses qui finissent par rendre difficile, voire impossible, l'enseignement lui-même, et par extension toute manière de gouverner.

Ce qui n'a de ce fait pas été perçu, c'est qu'en participant de cette évolution, s'est opérée une délégitimation inattendue du père réel. Ce dernier – en tout cas beaucoup d'entre eux - ou celui qui faisait office de, s'est trouvé progressivement incapable d'encore soutenir son exercice et nous avons dès lors produit des sujets plutôt narcissiques qu'encore oedipiens. Ce qui n'a pas manqué de laisser libre cours à un pouvoir exclusivement maternel pouvant de ce fait muter en toxicité maternelle.

Et c'est ce qui, aujourd'hui nous fait dire **que l'évaporation du père (terme de Lacan)** est bien à l'œuvre et que ce changement est conséquence de la nouvelle manière de vouloir faire lien social (non plus verticalement mais horizontalement, non plus religieusement mais laïquement). Ensuite que la fonction paternelle n'est pas à confondre avec le patriarcat même s'il est évident que, dans le monde d'hier, c'est très souvent de ce patriarcat qu'elle prétendait tirer sa légitimité comme allant de soi. Et que de ce fait, la question qui se pose aujourd'hui devrait être : comment redonner sa légitimité à la fonction paternelle autrement qu'en nous appuyant sur le patriarcat. Enfin, que nous avons aujourd'hui à faire aux conséquences multiples de cet estompement et de la confusion qu'elles ont entraînées.

⁵ Cf J.P. LEBRUN, L'école comme lieu de la division, Cités, n°99, 2024

La radicalisation et la polarisation croissante que l'on peut constater dans nos sociétés peuvent en effet être interprétées comme des effets de ce que, depuis un demi-siècle, la fonction paternelle, confondue avec « le dogme paternel », a été délégitimée et que nous assistons aux répercussions de ce que pour les sujets formatés dans ce nouveau mode de lien social – égalitaire et horizontal -, ladite fonction paternelle n'a plus de légitimité et donc n'est plus opérante.

Le père devrait alors trouver son bien-fondé ailleurs : hier, la fonction paternelle était soutenue par le patriarcat. Mais ce dernier a été radicalement remis en cause tant il a autorisé les excès qu'on lui reproche à juste titre aujourd'hui. Il y a là un véritable objectif de progrès : se passer du père est bel et bien à notre programme mais comme le dit la célèbre formulation lacanienne, il s'agit de s'en passer... à condition de s'en servir !

S'ensuit la question à partir de ces constats, **comment faire encore du commun** ? Peut-être d'abord en ne refusant pas de savoir car notre « je n'en veux rien savoir » est particulièrement efficace et opérant. Celui-ci levé, nous n'avons que la rationalité pour démontrer la pertinence de la fonction paternelle entendue comme ce qui permet à l'enfant de ne pas rester asservi au discours de la mère et à celle-ci de se dégager de sa jouissance maternelle primaire, ces deux derniers traits entraînant la possibilité, désormais de plus en plus souvent rencontrée, de la persistance d'un tel rapport, ce que l'on peut dès lors qualifier d'inceste psychologique.

La tâche qui nous attend est donc d'une grande ampleur : comment dans ce contexte nouveau et construit sur la prévalence du seul maternel faire entendre que cela ne suffit pas ni pour faire société, ni pour faire un individu constitué de telle sorte qu'il ne soit pas enfermé dans son cockpit.

L'AUTEUR :

Jean-Pierre Lebrun

Psychiatre, psychanalyste
Vice-Président de l'Association Lacanienne Internationale
Belgique

LE TEMPS DU SUJET : PARLER EN PREMIÈRE PERSONNE

- Dany-Robert DUFOUR -

C'est bien compliqué le rapport de l'homme au temps. Il y a une bonne raison à cela : l'homme est, très probablement, le seul des animaux à savoir que, pour lui, cela, vivre, va s'arrêter un jour. La mort est en effet sa seule certitude – une certitude très incertaine d'ailleurs puisqu'elle se vérifiera un jour... qu'il ne connaît pas.

Cette condition vient de ce que l'homme, par le langage, est le seul être à être sorti de la dimension de l'instant pour accéder à celle du temps. L'homme vit non seulement ici et maintenant, mais avant et après. C'est ce qui le distingue des animaux : il vit moins dans le présent que dans (ce que j'ai cru pouvoir appeler) le re-présent. Au sens où le langage permet à l'homme de se re-présenter ce qui a eu lieu (ou ce qu'il croit avoir eu lieu) et d'anticiper ce qui pourrait advenir. Et parmi tout ce qui pourrait advenir, je le répète, une seule chose est sûre. Cela l'homme le sait, il lui suffit de regarder ses semblables. Ils meurent. Pas un pour échapper à ce destin. Les membres des espèces du genre *Homo* vivent donc aussi avec la mort et avec les morts : la preuve, ils les enterrent. « Les morts, disait Freud, sont des dominateurs puissants ». Il vaut donc mieux essayer de bien se mettre avec eux sinon ils vous persécutent. Ce savoir de la mort est au cœur de la culture et du psychisme de l'homme. C'est ce rapport que traduit très bien et très douloureusement le grand écrivain Maurice Blanchot dans un de ses romans, *L'Arrêt de Mort* publié en 1948 : « Je ne puis dire quel malheur envahit l'homme qui une fois a pris la parole » (Gallimard, Paris, 1948, p. 127).

L'homme est donc sujet au temps. C'est-à-dire assujéti au temps. On le dénie souvent, mais à mon âge et dans ma posture de philosophe, je commence à en savoir quelque chose.

On n'a pas encore, à ma connaissance, réussi à échapper à cette fatalité. On y travaille cependant. Et même très dur à notre époque. Cela s'appelle le transhumanisme où il s'agirait ni plus ni moins que de vaincre la mort et, donc, de s'affranchir du temps. Le petit problème, c'est que, pour y arriver, il va falloir tuer le vieil homme pour en créer un nouveau. C'est au programme de quelques post-humanistes, dont le pape de ceux-ci en France, un dénommé Laurent Alexandre, qui écrit ceci :

Notre cerveau, qui est un ordinateur « fait de viande », est affligé d'un handicap fondamental face aux cerveaux de silicium. Il existe des limitations physiques à l'augmentation de nos capacités intellectuelles que le silicium n'a pas. Si l'on regarde froidement la réalité, notre cerveau est *has been*¹.

Ça fait un peu froid dans le dos. Mais, comme on n'en est pas encore tout à fait là, je voudrais me concentrer sur la question de savoir comment l'homme s'y est pris pour faire avec cette lourde condition d'être assujéti au temps.

J'ai parlé jusqu'ici de l'homme selon les sciences naturelles qui étudient le surgissement de la lignée humaine dans l'évolution des espèces. Mais on ne comprend l'homme que si on fait aussi intervenir des notions venues des sciences humaines et sociales. Car l'homme vit en société, dans des sociétés très diverses relevant de civilisations différentes qui n'entretiennent pas toutes le même rapport au temps. La nôtre, la civilisation occidentale, a développé un rapport au temps très singulier qui est d'ailleurs en train de s'imposer aux autres civilisations.

Permettez-moi donc de poser quelques jalons pour caractériser ce rapport au temps dans notre civilisation. Je n'en referai bien sûr pas toute l'histoire. Je me contenterai de noter qu'elle a subi une mutation aux origines de la période moderne. C'est-à-dire à la fin du Moyen Âge – ce qu'on appelle le bas Moyen Âge ou le Moyen Âge tardif. Si je remonte à si loin, six siècles, c'est qu'il faut faire ici intervenir ce que Fernand Braudel appelait « la longue durée ». Dans son œuvre fameuse, *Civilisation matérielle, économie et capitalisme*, c'est là qu'il fait commencer le capitalisme qui a conditionné notre destin. Or, c'est là qu'est intervenu un événement nouveau d'ordre technico-scientifique : l'invention au milieu du XIV^e siècle de l'horloge mécanique qui a permis le comptage exact du temps. Cette horloge à poids venue remplacer vers 1330 la clepsydre (l'horloge à eau), imprécise et soumise – c'est le cas de le dire – aux aléas du temps entendu au sens des conditions atmosphériques (sécheresse, gel...).

¹ Laurent Alexandre, *ChatGPT va nous rendre immortels*, JC Lattès, Paris 2024.

Non seulement la manière de percevoir le temps allait, avec cette invention, radicalement changer, mais, comme l'explique cette fois Jacques Le Goff dans *La Civilisation de l'Occident médiéval* (Paris, Arthaud, 1964), les activités humaines allaient devoir se soumettre de plus en plus strictement aux exigences de l'horloge. En effet, le temps circulaire du calendrier liturgique, le temps linéaire des histoires et des récits, le temps des travaux et des jours, le temps des saisons, tous ces temps différents, allaient devoir s'aligner sur un seul et même temps divisible en parties égales et mécaniquement mesurables, celui des horloges. La notion « d'heure » allait elle-même profondément changer. Avant, l'heure était en quelque sorte variable : en hiver, l'« heure diurne » était plus courte qu'en été et l'« heure nocturne » plus longue qu'en été. Mais, avec la machine à mesurer le temps, cette sorte de respiration interne des heures est devenue obsolète. C'est ainsi que vers 1400 fut institué le système moderne des « heures égales ».

Dans un ouvrage fameux, *Technique et Civilisation* (1934, Paris, Le Seuil, 1976), Lewis Mumford, grand historien des sciences, affirmait que l'horloge constituait un bien meilleur point de départ que la machine à vapeur pour comprendre la révolution industrielle à venir : non seulement parce que la fabrication des horloges, avec tous ses rouages, roues crantées, ressorts et autres pièces, est devenue l'industrie à partir de laquelle les hommes ont appris comment fabriquer toutes sortes de machines, mais surtout parce qu'elle a été la première machine automatique qui ait pris une importance significative dans la vie des humains, en la transformant profondément.

On peut comprendre ces transformations en lisant le remarquable livre, à mi-chemin entre essai et fiction, de l'historien des sciences Pierre Thuillier, *La Grande Implosion. Rapport sur l'effondrement de l'Occident* (Paris, Fayard, 1995). Il montre qu'à cette transformation du temps en quantité pure correspondent les débuts du règne marchand. Cet homme quantitatif par excellence a en effet tout de suite compris que l'horloge l'aiderait à gérer plus efficacement ses affaires, à mieux utiliser son temps et celui des autres. C'est pourquoi les bourgeois d'alors organisèrent très tôt un véritable culte du temps mécanique en installant une imposante horloge partout visible au plus haut du beffroi de leur hôtel de ville.

Mais il manquait à ces actions humaines la bénédiction divine. Elle vint bientôt et, partant, c'est le sens de la présence de Dieu parmi les hommes qui allait bientôt changer. Car l'Église succomba à son tour au culte de l'horloge. Des horloges furent installées, non seulement dans les clochers, mais à l'intérieur même des lieux saints. Pourquoi ? Parce que l'horloge à poids, en reproduisant le cycle quotidien du soleil, invitait le croyant à méditer sur l'ordre partout établi par un Dieu tout-puissant désormais conçu comme « Grand Ingénieur métronome ».

Cette transformation permet de comprendre le chemin singulier qu'a pris l'Occident. Pendant que les églises d'Occident s'ornaient d'horloges, l'Église d'Orient, elle, n'acceptait pas qu'elles fussent placées à l'intérieur des églises. À l'extérieur, pourquoi pas, mais dans un bâtiment spécial. L'Église d'Orient préservait l'idée que la maison de Dieu n'était pas faite pour accueillir le temps mécanique, mais pour faire pressentir aux hommes le temps de l'Éternité divine : « La présence d'une horloge, écrivait le grand historien médiéviste américain Lynn White, aurait souillé l'éternité par le temps » (*Medieval Religion and Technology*, Los Angeles, University of California Press, 1986, p. 249). En effet, l'éternité n'est pas seulement une durée infiniment longue, elle se situe *par-delà* le temps. Là donc où la conception orientale invite au recueillement devant ce qui dépasse absolument l'homme, la conception occidentale s'est présentée comme une invitation à l'action. La conséquence est que ce n'est plus tout à fait le même Dieu qui a été vénéré ici et là. Pour les clercs occidentaux, en effet, c'est l'image d'un Dieu Grand Horloger qui s'est imposée : le Créateur avait conçu l'univers comme une vaste horloge céleste dans et sur laquelle il fallait que chacun se fonde (aux deux sens du terme). Au point qu'en 1334, Suso, moine dominicain, écrivit un texte à succès, *L'Horloge de la Sagesse* (introduction et traduction du R. P. Benoît Lavaud, Paris, Egloff, 1948). La sagesse devait désormais se régler sur l'horloge car la vraie vie vertueuse était celle qui arrachait le chrétien au sommeil : c'était une invitation à s'intégrer dans les rouages de la Grande Horloge. Comme le dit Pierre Thuillier :

L'horloge n'était pas seulement une machine utile, elle incarnait une morale. Symbolisant la ponctualité, la rationalité et l'efficacité, elle revêtait la dignité d'une authentique Maîtresse [...]. La mécanique horlogère, avec la bénédiction de l'Église, devenait quasiment le Modèle absolu. En elle, s'identifiaient les idéaux du progrès technique, d'efficacité économique et de comportement vertueux. C'était une victoire des bourgeois. Victoire remportée sans violence, mais culturellement décisive (p. 263).

C'est donc de là qu'il faut partir si l'on veut comprendre notre rapport moderne au temps. Car, c'est soutenue par un tel imaginaire que l'horloge allait progressivement passer du beffroi des villes et du clocher des églises et de là, six siècles plus tard, au fronton des entreprises et à l'entrée des usines, sous forme de pointeuses, puis enfin dans la main des contremaîtres, dont celle de Frederick W. Taylor, inventeur du taylorisme, en devenant chronomètre. Entretemps, avait été formulée la loi de ce monde passé sous la domination de l'horloge. C'est l'américain Benjamin Franklin qui le fit de la manière la plus concise possible, au point que sa définition est devenue la loi première du capitalisme,

énoncée en 1748, à l'époque de la première révolution industrielle : « Le temps, c'est de l'argent² ».

Ce que dit aussi la loi de Franklin – l'équivalence temps-argent –, c'est qu'il est fini, le temps de la rêverie, le temps du retour sur soi, le temps intérieur de la construction de soi, le temps nécessaire à la construction de l'autonomie de la volonté, le temps de l'errance essentiel à la conception et à la réalisation de l'œuvre... Il s'est formé là ce que j'ai appelé un délire occidental qui a conduit à se sentir comme maître et possesseur de la nature produisant un nouvel homme dont chaque instant était compté. Compté pour qu'il produise toujours plus. Pour le dire autrement : ce régime hyper rationnel produisait aussi de la folie.

Une folie à laquelle a participé le grand artisan de cette mise en coupe réglée des hommes, Frederick W. Taylor lui-même, inventeur vers 1900 de ce qu'on a appelé l'Organisation Scientifique du Travail, que l'on a gentiment nommé « le maniaque du chronomètre », mais qui méritait mieux, c'est-à-dire pire. Car Taylor était un authentique fou, bourré de manies et de principes rigides, sujet à de brusques accès de colère suivis d'épisodes dépressifs sévères. S'infligeant à lui-même des punitions toute sa vie, y compris des supplices au moment du repos, la nuit – je vous renvoie à l'article de Laurent Lapierre « Frederick Winslow Taylor - Le contrôle des émotions et le contrôle de la productivité »³.

À Taylor a succédé Henri Ford, inventeur de la « chaîne d'assemblage », qui découvrit – cela mérite d'être souligné – son principe en visitant les « abattoirs de Chicago » où entraient d'un côté des bœufs vivants sur pied qui ressortaient de l'autre sous forme de corned beef, de boîtes de conserve, de saucisses et de pièces de boucherie. Ford transposa le convoi continu du bœuf et sa transformation dans ses usines d'automobiles et réussit ainsi, en 1913, à diviser par 8 le temps de montage d'un châssis de voiture.

Le principe qui se mettait en place était le suivant : il s'agissait d'accomplir, dans un même laps de temps, mécaniquement et exactement mesuré, toujours plus d'actions ou de gestes en vue de produire toujours plus. Je vous rassure – si cela peut vous rassurer – : il n'y eut nul moyen d'échapper à ce destin – même Lénine

chantaient les louanges de l'OST⁴.

Ce qui est néanmoins remarquable est qu'un philosophe au moins s'est intéressé à cette question. Une philosophe en l'occurrence puisqu'il s'agissait de Simone Weil (1909-1943). Abandonnant provisoirement sa carrière d'enseignante à l'université, elle s'était fait embaucher pendant deux ans, à partir de 1934, comme manœuvre dans plusieurs usines, dont Renault, à Boulogne-Billancourt. Elle a noté les temps forts de cette expérience hors du commun dans un impressionnant *Journal d'usine* s'étalant sur seize semaines⁵. Elle y est revenue ensuite dans des textes réunis sous le nom de *La Condition ouvrière*. Elle y montre que ce qu'elle appelle « l'expérience du travail servile » atteint la personne dans sa faculté de penser. Que la « pendule de pointage » à l'entrée de l'usine et le chronomètre dans les ateliers transforment la vie en une comptabilité morbide. Dans l'espace, car le corps se trouve lié à la machine. Dans le temps, car la vitesse impose une cadence qui, dit-elle, « étant plus rapide que la pensée, interdit de laisser cours non seulement à la réflexion, mais même à la rêverie. Il faut, dit-elle, en se mettant devant sa machine, tuer son âme pour 8 heures par jour, sa pensée, ses sentiments, tout »⁶.

Et, puisque nous sommes à Vevey, la ville d'élection de Charlie Chaplin, je me dois d'évoquer ici le sentiment de Simone Weil disant que la meilleure description qu'il lui semble jamais avoir été faite de cet « esclavage moderne » se trouve dans ce qu'elle appelle « le film de Charlot », *Les Temps modernes* de 1936 avec la fameuse scène où Charlot serre les boulons qui défilent sur la chaîne avant de finir absorbé par la machine dont on n'a pas assez remarqué qu'elle ressemble à l'intérieur d'une gigantesque horloge. Elle évoque ce film à plusieurs reprises : « Voilà enfin quelqu'un qui a exprimé une partie de ce que j'ai ressenti », ce qui tient en cette équation : la chaîne, qui produit, consomme l'homme qui la sert. Elle parle alors des « effets destructeurs de l'esclavage sur l'âme ».

Rassurez-vous. On y est toujours ! Autrefois, c'était surtout les ouvriers qui étaient atteints ; aujourd'hui, je vais bientôt y venir, c'est tout le monde. Le sociologue allemand Hartmut Rosa, dans un ouvrage important de 2005 intitulé *Accélération - Une critique sociale*

2 En fait, il s'agit d'une sorte d'exercice spirituel des temps modernes que Benjamin Franklin a écrit en 1748 sous forme de conseils à un jeune homme entreprenant. Voici la première strophe : « Souviens-toi que le temps, c'est de l'argent. Celui qui, pouvant gagner dix shillings par jour en travaillant, se promène ou reste dans sa chambre à paresse la moitié du temps, bien que ses plaisirs, que sa paresse, ne lui coûtent que six pence, celui-là ne doit pas se borner à compter cette seule dépense. Il a dépensé en outre, jeté plutôt, cinq autres shillings ». On peut trouver le poème entier dans Max Weber, *L'Éthique protestante et l'Esprit du capitalisme*, Paris, Presses Pocket, coll. « Agora », 1991.

3 Laurent Lapierre et al., « Frederick Winslow Taylor. Le contrôle des émotions et le contrôle de la productivité » in *Imaginaire et Leadership*, Montréal, Québec Amérique / Presses HEC, 1993, t. II, p. 551-576.

4 « La tâche qui incombe à la République socialiste soviétique, disait Lénine, peut être brièvement formulée ainsi : nous devons introduire dans toute la Russie le système Taylor et l'élévation scientifique, à l'américaine, de la productivité du travail. Il faut passer au fonctionnement strictement réglé d'une entreprise mécanisée » in Lénine, « Les tâches immédiates du pouvoir des soviets » [1918], *Œuvres complètes*, Paris-Moscou, Éditions sociales, 1971, vol. 42, n° 2, p. 64-65.

5 On trouvera tous les textes de Simone Weil concernant le travail (lettres, journal et analyses critiques sur Taylor et Ford, sur le syndicalisme...) réunis dans *La Condition ouvrière*, Paris, Gallimard, 1951. Une version numérique est disponible sur le site de la bibliothèque numérique francophone Les Classiques des sciences sociales, <<http://dx.doi.org/doi:10.1522/cla.wes.con>>.

6 Ibid, p. 18.

du temps, caractérise, je cite, « l'expérience de la modernisation comme une expérience de l'accélération » (p. 36). Pour cet héritier de l'École de Francfort, les auteurs classiques (Karl Marx, Max Weber, Émile Durkheim, Georg Simmel, Niklas Luhmann) ont offert des définitions de la modernité qui empruntent des chemins différents – individualisation, rationalisation, développement des forces productives, etc –, mais qui, toutes, sous-entendaient la présence de l'accélération sans toutefois la thématiser à part entière. C'est ce vide que Rosa a comblé. Il montre qu'au fil de la modernité, notre expérience du temps s'est intensifiée et densifiée car nous vivons, au sein de la même unité de mesure du temps, un plus grand nombre d'événements. Cette intensification revêt trois formes fondamentales.

1. L'accélération technique, due au rythme de l'innovation dans la société industrielle, modifie la structure spatiotemporelle dans laquelle nous nous mouvons : l'avion, le micro-onde et la messagerie électronique opèrent une compression de l'espace-temps, que ce soit dans l'ordre du voyage, de la cuisine ou de la correspondance ; il y a optimisation du temps nécessaire à l'accomplissement d'une activité.
2. Cela accélère le changement social par la modification permanente de l'organisation du travail (que l'on repère, par exemple, à la succession effrénée des modes managériales) ou à la nécessité de l'adoption toujours plus rapide des nouvelles technologies qui touchent tous les agents, des ouvriers aux cadres. Cela se solde, dit Rosa, par « l'augmentation du rythme d'obsolescence des expériences ». Des expériences et des individus qui les vivent.
3. Enfin, troisième forme de l'accélération, celle qui concerne le rythme de vie et se définit sur les deux plans objectif et subjectif. Je cite Rosa : « Objectivement, l'accélération du rythme de vie représente un raccourcissement et une densification des épisodes d'action » tandis qu'elle se traduit subjectivement par une recrudescence du sentiment d'urgence, de la pression temporelle, d'une accélération contrainte engendrant du stress, ainsi que par la peur de « ne plus pouvoir suivre » (p. 103).

Cette crainte de ne pas être à jour, de ne pas suivre le rythme, de ne pas être dans le coup, d'être exclu du grand mouvement de la modernisation, n'est pas sans répercussion sur le psychisme des individus contraints de vivre à un tel rythme.

La sociologue et psychologue Nicole Aubert a, elle, bien établi dans *Le culte de l'urgence. La société malade du temps* (Paris, Flammarion, 2003) que cette urgence produit des effets semblables à l'alcool ou à la drogue, au sens où elle procure une ivresse que ses

victimes recherchent envers et contre tout. D'une part, il y a la griserie : le sentiment de toute-puissance accroît le sentiment d'existence et fait passer les habitudes, les routines et les vies bien réglées pour de fades archaïsmes. Mais, d'autre part, l'urgence contribue au développement fulgurant de certaines pathologies, au premier rang desquelles figure la dépression qui « se propage à vitesse grandissante et prend, selon elle, en ce début de troisième millénaire, la forme d'une véritable épidémie psychique » (p. 157). Cette maladie renvoie plus particulièrement à un affaiblissement de la personnalité, à sa corrosion et à son altération, que la perte de contrôle de soi engendrée par l'accélération permanente, ainsi que l'impossibilité objective de s'identifier à une œuvre, creusent et accentuent. Pour l'auteure, ce double régime où l'apathie succède à la suractivité favorise clairement le développement de personnalités maniaco-dépressives.

Question : est-ce que l'accélération que l'on vit depuis six siècles en Occident et qui a gagné le monde s'est stabilisée ? Hélas non, elle ne fait que commencer. Je veux dire qu'elle prend aujourd'hui des formes toutes nouvelles. J'ai déjà parlé, à la suite de Gunther Anders, de *l'obsolescence de l'homme* résultant de ces processus d'accélération continue dans le monde de la production. Au XX^e siècle, il s'est agi de produire toujours plus en toujours moins de temps par la mécanisation du travail manuel humain en vue de le remplacer par des processus robotiques automatisés. Or, le XXI^e siècle est en passe d'aller bien plus loin : il s'agit d'expulser l'homme de la production et de remplacer des parts de plus en plus importantes du travail, manuel et intellectuel, par des processus artificiels.

Quelques exemples : un article récent du *Monde* du 15 octobre 2024 indiquait, je cite, que « La montée en puissance de l'intelligence artificielle entraîne des révolutions technologiques qui donnent le tournis en Californie où la « fin du travail » traditionnel est devenue un phénomène en voie de banalisation ». Le nombre de licenciements ne cesse de croître de sorte que les « tetchies », les informaticiens de l'intelligence artificielle, se retrouvent en première ligne, victimes de leurs propres inventions.

Aujourd'hui, les taxis autonomes circulent dans cinq villes américaines, sans accident. Ça ne pourra que se généraliser.

Je viens de rencontrer un ami, avocat ayant pignon sur rue à Paris, qui m'a expliqué que l'intelligence artificielle (IA) transformait progressivement le paysage juridique, offrant des solutions d'amélioration des processus de recherche et des outils automatisés pouvant de plus en plus souvent remplacer certaines tâches des avocats.

Un autre ami, traducteur littéraire, voit les propositions des éditeurs diminuer en fonction des progrès de l'IA en matière de traduction.

Les acteurs et scénaristes américains ont, quant à eux, lancé en 2023 une grève massive pour obtenir des garanties concernant l'usage de l'intelligence artificielle (IA) permettant de générer des scripts et de cloner leur voix et leur image.

Enfin, j'arrête là, le 26 octobre dernier, Christie's New York a adjugé à 432.500 \$ un tableau conçu par un programme d'intelligence artificielle, soit 40 fois plus que l'estimation initiale.

C'est l'aboutissement de ce processus d'accélération : on est passé de la peur de ne plus pouvoir suivre tellement cela va vite à la hantise d'être exclu, c'est-à-dire laissé pour compte en chemin. Sans objets auxquels vouer sa vie puisque ces objets sont produits en mieux, à bas coût et en un rien de temps par les machines dites intelligentes, selon des processus que – c'est remarquable – même les inventeurs de ces machines ne comprennent pas complètement.

Et puisque j'en suis là, permettez-moi de vous dire que vous, qui m'écoutez, n'êtes pas à l'abri de ces processus d'accélération qui finissent par expulser l'homme. En effet, l'usage de l'intelligence artificielle générative à des fins dites thérapeutiques se répand.

Par exemple, sur le site dit communautaire Reddit, plusieurs « utilisateurs », comme on dit, chantent ainsi les louanges de *Therapist* et de *Psychologist*, c'est-à-dire des robots, je cite leurs utilisateurs, « serviables », « compatissants », qui donnent, je cite toujours, « l'impression de parler à un vrai thérapeute ». « La meilleure expérience que j'ai eue avec la thérapie », dit l'un. « J'ai pleuré plusieurs fois et j'ai eu beaucoup de révélations. Juste une journée à lui parler m'a fait me sentir mieux », dit l'autre. « Je lui ai confié quelque chose que je n'avais encore jamais dit à personne », dit un troisième... De plus, ces sites sont disponibles 24 heures sur 24 et, gros avantage, gratuits. Parmi eux, *Psychologist* est le plus célèbre. Il cumule à ce jour plus de 154 millions de conversations depuis sa création, il y a un peu plus d'un an.

Je ne serais donc pas surpris que, d'ici peu, on puisse discuter avec des chatbot, ou des talking cure box, d'orientation freudienne, winicottienne ou lacanienne, aptes, par exemple, dans ce dernier cas, à repérer des chaînes signifiantes insistant dans le discours du « patient »...

Tout ce que j'ai abordé jusqu'ici touche au domaine-clé du *negotium* – ce concept latin qui désigne toutes les activités productives et a d'ailleurs donné en français le terme « négoce », c'est-à-dire les activités de vente et d'achat (du travail et des produits du travail). Dans la vie de l'homme moderne, le *neg-otium* est un temps captif, accaparé par le travail, qui s'oppose à l'*otium*, le loisir. La vie sociale de l'homme moderne se trouve donc séparée en deux temps, celui du *negotium* qui est le temps occupé, voire aliéné à l'autre au sens où il n'appartient pas à l'individu, et le loisir, l'*otium*, qui renvoie au temps libre, celui qui appartient à l'individu. Or, on l'a vu, le *negotium* a été de plus en plus occupé par l'accélération en vue de produire toujours plus en toujours moins de temps. Au point que les producteurs y ont perdu la maîtrise de l'œuvre qu'ils fabriquaient. Je rappelle que, dans le mot « ouvrier », il y a la racine « œuvre », au sens où lesdits ouvriers étaient porteurs de savoir-faire et d'une habileté manuelle qui leur permettaient de fabriquer des objets qu'eux seuls étaient capables de fabriquer. Or, avec ce que le grand sociologue du travail, Georges Friedmann, a repéré sous le nom de « travail en miettes »⁷ à l'œuvre dans le taylorisme et le fordisme, ces savoir-faire et ces habiletés ont disparu – ce qui ne fut pas sans conséquences psychiques désastreuses.

Pourquoi ? Parce que – vous êtes particulièrement bien placés pour le comprendre – la fragilité psychique peut atteindre les individus, allant jusqu'à l'incertitude quant à leur propre existence. Or, il est clair que produire des objets peut contenir (au sens de réfréner) cette fragilité car, si l'on a conçu et produit un objet singulier, alors c'est qu'il y avait probablement un sujet pour le faire. L'objet produit certifie en somme le sujet produisant et se produisant. Il l'avère. Il se vérifie là, dans ce processus en miroir, qu'il y a bien ici, à l'origine ou à l'arrivée, quelqu'un et pas rien ou personne. C'est pourquoi, lorsque le travail ne permet plus de produire des objets, c'est le processus de subjectivation qui se trouve alors menacé.

Vous me direz : oui, mais il reste l'*otium* qui appartient au sujet. Certes. Mais, on le constate depuis un siècle, le temps de loisir est de plus en plus exploité de manière industrielle. En d'autres termes, en plus du capitalisme de production, il s'est mis en place un capitalisme de la consommation qui tient un discours entièrement nouveau au sens où le Marché est un nouveau Maître qui n'est plus répressif, mais incitatif. C'est nouveau dans la civilisation si l'on se souvient de ce que Freud disait en 1908 : « De façon générale, notre civilisation est construite sur la répression des pulsions »⁸. Ce qui est nouveau, et même très nouveau, c'est que le Marché, le tout Marché (concept inventé par Hayek en 1947

7 Georges Friedmann, *Le Travail en miettes*, Paris, Gallimard, 1956.

8 S. Freud, « La morale sexuelle "civilisée" et la maladie nerveuse des temps modernes » (1908) in *La Vie sexuelle*, PUF, Paris 1969.

ici même, au Mont Pèlerin que vous connaissez bien et que l'on voit par cette fenêtre) a fait une promesse de satisfaction pulsionnelle. Il tient en effet à peu près ce discours : Demande ce que tu veux, nous avons tous les objets manufacturés, tous les services marchands et tous les fantasmes sur mesure produits par les industries culturelles pour satisfaire toutes tes appétences, même celles auxquelles tu n'as jamais pensé.

Je le conçois : le tableau que je dresse est assez tragique car on se retrouve aujourd'hui avec un sujet qui se trouve souvent amputé de sa valeur créative pendant le negotium, le temps captif, accaparé par le travail, et saturé d'objets manufacturés (qui, par définition, ne sont pas immédiatement les siens) pendant l'otium, le temps de loisir, pressé de les consommer. Il ne m'étonne donc pas que les hôpitaux de jour comme le vôtre doivent accueillir des sujets en difficulté, selon un flux qui ne risque pas de tarir.

J'ai eu la chance d'avoir été fort proche de Serge Leclaire à la fin de sa vie, de 1990 à 1994. Il s'était intéressé à mon travail après que j'aie publié ce livre, *Les mystères de la trinité*, qui ne font pas spécialement référence à la théologie, mais au dispositif ternaire qui permet à l'homme d'entrer en discours : le système « je, tu, il » auquel aucun locuteur n'échappe puisque celui qui parle ne peut ouvrir la bouche sans dire « je » à un « tu » à propos de « il ». Or, dans son ultime texte (1994), Serge Leclaire indiquait « que rien n'est plus difficile en notre temps que de soutenir une parole en première personne ». Difficulté qui, disait-il, se manifeste souvent par la névrose (« la souffrance du sujet ») et parfois par la psychose (« le sujet en souffrance »).

J'ai donc fait ici l'hypothèse que c'est de plus en plus difficile de parler en première personne parce qu'on a de moins en moins de temps. Le monde est engagé dans une course de vitesse – le philosophe Paul Virilio appelait cela la « dromologie », mot formé du grec *dromos* (« course ») et *logos* (« science »). De la dromologie, c'est donc ce que j'ai fait ici en étudiant quelques aspects du rôle joué par la vitesse dans les sociétés modernes. Dans cette course, il faut aller toujours plus vite pour produire des marchandises et toujours plus vite pour les consommer. Or, ce temps accaparé par les objets est un temps en moins pour la réalisation subjective.

Je crois donc qu'on se trompe en disant que nous vivons une période individualiste : en fait, on n'a plus le temps de penser par soi-même et de parler en première personne. Là où « je » crois parler, ce sont en fait quantités de processus qui parlent à ma place. Le Marché ne cesse de me dire ce que je suis supposé vouloir. Les réseaux sociaux ne cessent de me prescrire ce que je dois penser. En fait, j'ai de moins en moins voix au chapitre, car c'est le plus souvent la voix de l'autre qui parle en moi et à ma place. Or, cela prend un temps fou pour identifier et se défaire de ces voix qui parlent à ma place. Je vous dis cela car il y a dans cette salle quelqu'un qui a publié un livre sur cette question : elle s'est demandée qui parle à ma place lorsque je monte dans l'autobus et que je lis un panneau qui dit : « Je monte, je valide ». Qui parle à ma place lorsque j'achète un produit sur ordinateur et qu'une fenêtre s'ouvre où il est écrit : « J'achète, je paie avec ma carte » ? Elle a découvert que l'espace social était saturé de ces usurpations⁹.

Du coup, je trouve que cet espace est moins marqué par l'individualisme que par la désubjectivation. En fait d'individualisme, je crois que, dans nos démocraties, les individus sont à la peine, qu'il leur est de plus en plus difficile de subjectiver, c'est-à-dire de devenir sujet de leur désir et de parler en première personne. Cette désubjectivation va avec une désymbolisation : les individus tendent spontanément à croire que tout ce qui est mis en forme symbolique est ringard, dépassé, voire réactionnaire – ils s'en remettent à une expressivité pulsionnelle, supposée plus authentique, jusqu'à devenir esclaves de leurs pulsions, pris dans l'immédiateté, le caractère impulsif, le tout vouloir tout de suite. À vrai dire, cela me semble constituer la matrice des souffrances actuelles. Avec des sujets qui se retrouvent à côté de leurs discours.

Et il m'étonnerait qu'on parvienne à régler ce problème en réduisant, pour diminuer les coûts, le temps d'écoute de ces sujets en difficulté de subjectivation et encore moins en les mettant en relation avec des processus sans sujet comme ceux de l'IA qui, comme je l'ai dit, commencent à exister aujourd'hui dans le champ dit de la santé mentale.

Voilà, je crois, la question qu'il faut aborder : parler en première personne prend du temps – ce qui contrarie la loi de notre civilisation selon laquelle il faut aller vite puisque... « le temps, c'est de l'argent ».

⁹ Marilia Amorim, *Petit traité de la bêtise contemporaine suivi de Comment redevenir intelligent*, Érès, Toulouse, 2012

RÉFLEXION AUTOUR DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES À L'HÔPITAL DE JOUR PAUL SIVADON

Que fait-on du temps ?

- Muriel CANDELAS, Nadia SEDIK -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Depuis plus de quarante ans, l'hôpital de jour Paul Sivadon offre à ses patients un cadre de soins pluridisciplinaires et intégratifs. Notre modèle de soins repose principalement sur deux objectifs : proposer une expérience thérapeutique étayante en renforçant le portage narcissique des patients et favoriser leur autonomisation afin qu'ils reprennent une place dans le monde extérieur. Cependant, dans un contexte de transformations sociétales et de besoins en santé mentale en évolution constante, il nous semble important de pouvoir interroger nos pratiques. Notre modèle thérapeutique répond-il encore aux besoins de la population ? Quels sont les bénéfices réellement apportés à nos patients ?

Cet article propose, après une présentation de l'hôpital de jour Paul Sivadon, de partager la démarche réflexive et les résultats du mémoire de recherche de Nadia Sedik portant sur l'évaluation des pratiques sous le prisme de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers. A la suite de ce premier travail, un second protocole a été développé afin de mieux comprendre le soin en hôpital de jour. Ce nouveau projet combine des mesures quantitatives et qualitatives effectuées à différents moments de l'hospitalisation : à l'entrée, à la sortie et six mois après la fin du séjour. Nous discuterons des modalités et les objectifs de cette étude, tout en soulignant l'importance de garder un regard critique sur nos pratiques et en sensibilisant à la complémentarité d'outils scientifiques avec des approches plus traditionnelles.

MOTS CLÉS: Hôpital de jour - Mémoire de recherche - Estime de soi - Fonctionnement social - Évaluation des pratiques

REFLECTION ON THE EVALUATION OF PRACTICES AT THE PAUL SIVADON DAY HOSPITAL

For over forty years, the Paul Sivadon Day Hospital has provided patients with a multidisciplinary and integrative framework of care. Our therapeutic model is built around two main objectives: first, to offer a supportive experience that strengthens patients' self-esteem and narcissistic foundations, and second, to foster empowerment, enabling them to reclaim their place in society. However, in the face of societal changes and evolving mental health needs, it is crucial to reassess our practices. Does our therapeutic model still address the needs of the population? What tangible benefits does it provide to our patients?

This article proposes, after presenting the Paul Sivadon Day Hospital, to share the reflective approach and findings from Nadia Sedik's research on evaluating practices through the lens of self-esteem and the social functioning of users. Following this initial research, we decided to develop a second protocol to better understand care in a day hospital setting. This new project combines quantitative and qualitative measures conducted at different stages of hospitalization: upon admission, at discharge, and six months after the end of the stay. We will review the modalities and objectives of this study, while emphasizing the importance of maintaining a critical perspective on our practices and raising awareness of the complementarity between scientific tools and more traditional approaches.

KEY WORDS: Day hospital - Research - Self-esteem - Social functioning - Practice evaluation

INTRODUCTION

Les hôpitaux de jour psychiatriques ont aujourd'hui des fonctions multiples: ils se positionnent comme alternative aux hospitalisations dites classiques, peuvent servir à réduire la durée des séjours hospitaliers et servir de transition entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire. Ils peuvent également, après une hospitalisation, avoir une fonction de stabilisation, réadaptation et réinsertion socio-professionnelle ou un rôle de traitement plus intensif par rapport à un suivi ambulatoire (1).

Si les fonctions des hôpitaux de jour sont multiples, leurs fonctionnements sont également très hétérogènes, avec une grande variabilité quant aux dispositifs et à l'offre de soins proposés. Or, comme le relève l'OMS dans son rapport de 2005, toutes les interventions psychiatriques en service de jour ne sont pas équivalentes en termes d'efficacité (2). Des auteurs tels que Larivière et al. (3) ou Shek et al. (4), soulignent l'importance d'évaluer les programmes visant des objectifs de traitement et de réadaptation, tout en mettant en évidence le manque de données sur le sujet.

Ces constats se trouvent renforcés par les interrogations issues de notre pratique clinique: notre modèle thérapeutique est-il toujours adapté aux besoins des usagers ? Quels effets produit-il, notamment sur leur qualité de vie, et quels éléments de notre prise en charge y participent ? Dans quelle mesure nos usagers sont-ils satisfaits de ce modèle ?

Afin de répondre à ces questions, Nadia Sedik, infirmière ayant effectué un Master en sciences de la santé publique, a mis en place un protocole avec comme question de recherche: « Comment l'hôpital de jour Paul Sivadon favorise l'amélioration de la qualité de vie de ses usagers en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? » (5). Cet article présente les différentes étapes de ce processus d'évaluation, ainsi que ses conclusions.

Suite à l'analyse de ce mémoire, et afin d'approfondir les résultats obtenus, nous avons élaboré un second protocole combinant une approche quantitative avec l'approche qualitative, avec pour objectif de déterminer quelles dimensions cliniques évoluent pendant et après une hospitalisation de jour. À travers cette démarche, l'objectif est non seulement d'évaluer l'adéquation du modèle actuel, mais également de proposer des pistes pour adapter les pratiques. Il s'agit ainsi de contribuer à une meilleure compréhension des spécificités des hôpitaux de jour, en tenant compte à la fois des perspectives des patients et des professionnels.

L'HÔPITAL DE JOUR PAUL SIVADON

Avant de détailler les différents protocoles de recherche, il nous paraît essentiel de les replacer dans le contexte spécifique de l'hôpital de jour Paul Sivadon.

L'hôpital de jour Paul Sivadon naît à la fin des années 1960 et obtient au milieu des années 1980 la reconnaissance ministérielle qui façonne son identité actuelle; une structure pluridisciplinaire, principalement composée d'ergothérapeutes, accueillant des patients pour des séjours relativement courts. Notre modèle de soins repose sur un double objectif: d'une part, proposer une expérience thérapeutique étayante en renforçant le portage narcissique des patients, et d'autre part, favoriser leur autonomisation afin qu'ils reprennent une place dans le monde extérieur (6). Pour ce faire, les soins sont organisés autour de groupes de parole appelés « modules » le matin et d'activités à médiation l'après-midi.

Chaque module est encadré par un binôme ou un trio de thérapeutes, qui apportent la richesse de leur formation et de leur cadre théorique. Divers outils sont utilisés pour accompagner les patients dans leur processus de réhabilitation: la ligne de vie, le génogramme, le cercle relationnel, l'entretien motivationnel ou encore l'horloge de 24 heures. Des supports créatifs, comme des films ou des jeux de société, enrichissent également les interventions. Dans le cadre du fonctionnement quotidien du module, assuré par les thérapeutes référents, des participations ponctuelles d'autres membres de l'équipe peuvent également être intégrées. Ainsi, l'assistante sociale, l'artiste intervenante, les kinésithérapeutes ou le psychiatre peuvent intervenir pour répondre à des questions ou traiter des problématiques précises.

Les modules sont au nombre de cinq et ont des cadres de travail et des objectifs spécifiques:

- ♦ Le module Chagall propose un travail axé sur la gestion des limites, des émotions et des relations, avec une invitation à la réflexion sur les schémas et le fonctionnement personnel.
- ♦ Le module Folon s'adresse à des patients souffrant de troubles psychotiques. L'accompagnement comprend différents volets: la psychoéducation autour de la maladie et du traitement, la resocialisation, l'entraînement cognitif et la mobilisation du réseau.
- ♦ Le module Kahlo centre la prise en charge sur la restructuration du quotidien et l'accompagnement à la réinsertion socio-professionnelle.
- ♦ Le module Matisse travaille les difficultés de verbalisation et d'accès aux émotions chez des patients avec une grande fragilité de l'estime de soi.
- ♦ Le module Yourcenar accueille généralement une patientèle plus âgée et s'adresse à des patients traversant une étape de vie difficile: deuil, départ à la pension, séparation, perte d'emploi...

Ainsi, si le groupe Folon s'adresse à une psychopathologie identifiée (les troubles psychotiques), les autres modules ont, quant à eux, une approche transdiagnostique.

- ♦ Les patients qui ne souhaitent pas participer aux groupes de parole ou pour lesquels un travail en groupe n'est pas indiqué participent aux activités à médiation de l'après-midi, tout en bénéficiant d'entretiens de référence individuels. Il s'agit du programme thérapeutique adapté (PTA).

Les après-midis, les groupes se mélangent et les patients choisissent librement une ou plusieurs des activités proposées par les thérapeutes. Les propositions sont variées: artistiques, corporelles, ludiques, manuelles..., avec des objectifs plus généraux comme le plaisir, la détente, la revalorisation narcissique, la découverte et le lâcher-prise. Les activités à médiation représentent ainsi un volet complémentaire à la prise en charge en module.

Bien que notre modèle ait subi quelques ajustements, il est resté globalement inchangé depuis la création de l'hôpital de jour Paul Sivadon, il y a quarante ans. Cependant, des interrogations issues de la pratique clinique nous ont conduit à une réflexion sur la pertinence de nos pratiques face aux réalités et aux besoins de la société actuelle. Ces questionnements ont donné naissance à un mémoire de recherche centré sur l'expérience des usagers en hôpital de jour, sous le prisme notamment de la qualité de vie.

LE MÉMOIRE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

Depuis les années soixante, le concept de qualité de vie n'a cessé de se développer, jusqu'à représenter un enjeu majeur en santé publique. En Belgique, presque un adulte sur six souffre d'anxiété et/ou de dépression (7), avec un impact sur la qualité de vie, l'estime de soi et le fonctionnement social (8). L'OMS définit la qualité de la vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (9). Barbalat distingue dans ce concept plusieurs dimensions, interagissant les unes avec les autres: le bien-être physique et émotionnel, le fonctionnement social, la résilience, l'autonomie et l'estime de soi (10).

La recherche visait donc à évaluer si et comment l'hôpital de jour Paul Sivadon améliorait la qualité de vie de ses usagers, en ciblant l'estime de soi, le fonctionnement social et la satisfaction des soins reçus. La question de recherche ainsi formulée était: « Comment l'hôpital de jour Paul Sivadon favorise-t-il l'amélioration de la

qualité de vie de ses usagers, notamment en matière d'estime de soi et de fonctionnement social ? »

Pour répondre à cette question, une approche qualitative de type exploratoire a été privilégiée. Les objectifs généraux de l'étude étaient, d'une part, de décrire les bénéfices apportés par l'hôpital de jour auprès des usagers, en particulier en matière d'estime de soi et de fonctionnement social, et d'autre part, de décrire les mécanismes par lesquels ces changements s'opéraient. Les objectifs spécifiques étaient d'objectiver les limites de notre prise en charge, en mettant en évidence les difficultés auxquelles les usagers étaient confrontés, afin d'étayer la réflexion institutionnelle et d'apporter des pistes de changement pour améliorer l'accompagnement des usagers. Les participants à l'étude devaient avoir suivi l'ensemble du programme de l'hôpital de jour, à savoir le module du matin et les activités de l'après-midi. Un entretien qualitatif semi-ouvert a été réalisé à six mois de présence, durant une période de trois mois (novembre 2022 à février 2023)

RÉSULTATS

L'échantillon comprenait seize personnes. L'arbre thématique ayant émergé de l'analyse des entretiens a permis de mettre en évidence trois moments clés:

1. l'arrivée à l'hôpital de jour,
2. la période d'hospitalisation
3. les projets et perspectives.

L'arrivée à l'hôpital de jour

La majorité des participants présentait des difficultés globales de fonctionnement, le plus souvent en lien avec un état dépressif consécutif à un burnout, un deuil, un harcèlement au travail, des conflits familiaux ou une problématique de dépendance à l'alcool. Ces états se manifestaient par un repli sur soi, un isolement, une perte d'énergie, d'intérêt et de plaisir, ainsi qu'une perte de sens.

Au début de la prise en charge, les participants exprimaient principalement des besoins en matière de structuration, de soutien, de changement, d'espoir, de reconstruction de sens et de réinsertion sociale. Pour la plupart des participants, la priorité était de se sentir mieux, d'agir et de reprendre le contrôle en entreprenant un travail sur eux-mêmes. L'arrivée à l'hôpital de jour était synonyme d'essai, d'expérimentation, de « laboratoire ». L'état d'esprit des participants variait en fonction de s'il s'agissait d'un premier séjour ou d'un retour. Peu d'usagers manifestaient un état d'esprit positif; la majorité se montrait réservée, voire méfiante, quant aux bénéfices attendus d'un séjour en hôpital de jour.

LA PÉRIODE D'HOSPITALISATION

Les usagers ont identifié différents éléments ayant contribué à améliorer leur qualité de vie tout au long du séjour, tant au niveau de l'estime de soi que du fonctionnement social. Des améliorations ont été observées dans plusieurs domaines, notamment l'estime de soi, la confiance en soi, l'affirmation de soi, les relations interpersonnelles, la gestion des difficultés, la capacité d'agir, le lâcher-prise et l'accès au plaisir.

À leur arrivée à l'hôpital de jour, de nombreux usagers éprouvaient des difficultés à reconnaître leurs propres valeurs et à trouver du sens dans leur quotidien, sentiments en lien avec l'état dépressif. Plusieurs ont noté une amélioration de leur **estime de soi** et de l'identification de leurs valeurs personnelles. Ceci a été principalement favorisé par la participation aux modules, en particulier grâce aux interactions avec les thérapeutes et les autres usagers. Le fait d'appartenir à un groupe, de partager ses difficultés, d'écouter et d'être soutenu a été déterminant. Parmi les outils utilisés dans le module, la ligne de vie a notamment été citée par les usagers comme un moyen particulièrement porteur de soutien.

La majorité des usagers rapportait avoir retrouvé **confiance en eux**, associée à l'envie de (re)faire des activités et à un sentiment de fierté renouvelé. Certains attribuaient cette amélioration aux modules et aux interactions entre pairs, d'autres à l'intervention des thérapeutes. Les activités à médiation ont également été identifiées comme jouant un rôle significatif dans le renforcement de la confiance en soi, tant via la participation active que par l'opportunité d'animer eux-mêmes des ateliers.

Au début du séjour, plusieurs usagers ont rencontré des difficultés d', une compétence qui s'est améliorée au fur et à mesure de l'hospitalisation. Ils ont développé la capacité de prendre en compte leurs envies, d'accepter les retours négatifs, d'oser s'exprimer et de poser des limites. Ces changements ont été facilités par les échanges d'expériences, l'écoute des autres et les liens créés avec les thérapeutes. Des outils tels que la ligne de vie, le travail sur les émotions et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ont été identifiés comme des éléments clés dans ce processus d'affirmation de soi.

Les relations interpersonnelles à l'hôpital de jour ont joué un rôle majeur dans l'amélioration de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers. Ceux-ci considèrent la bienveillance générale du cadre comme essentielle pour permettre leur travail personnel. Les interactions avec les pairs et les thérapeutes, même si elles étaient parfois déstabilisantes, ont aidé les usagers à adopter une attitude plus positive et à retrouver la motivation pour reprendre des activités abandonnées. La vie en communauté, les jeux en module, des outils

d'analyse comme le sociogramme ainsi que les activités à médiation ont été identifiés par les usagers comme des facteurs ayant permis de mieux comprendre et renforcer les liens sociaux.

Les usagers ont observé des **changements comportementaux** dans différents domaines comme dans la gestion de situations difficiles, l'organisation du quotidien (courses, cuisine, gestion administrative...) ou le lâcher-prise, permettant l'adoption d'une attitude plus favorable envers eux-mêmes. Selon certains participants, la thérapie ACT a été particulièrement utile pour révéler certains comportements inadaptés. La vie en communauté, le soutien de l'assistante sociale, la réévaluation régulière des objectifs et les activités semblent avoir été les principaux éléments ayant contribué à ces changements.

Enfin, il a pu être mis en évidence par certains une (re)découverte de sensations qu'ils ne connaissaient pas ou plus telle que la **notion de plaisir**, de jeu, d'amusement. C'est principalement la participation aux activités qui a contribué ici à favoriser cette notion de plaisir.

Les projets et perspectives

Les projets et perspectives variaient selon les participants. Certains projetaient de s'investir dans le bénévolat, de participer à des initiatives communautaires ou de renouer avec des loisirs délaissés, comme le sport, la méditation, la musique ou la lecture. D'autres ont pris des décisions importantes concernant leur parcours professionnel, choisissant soit de reprendre leur emploi avec des ajustements, soit de l'abandonner, envisageant parfois une reconversion ou une formation. Pour d'autres, il s'agissait de poursuivre le travail effectué à l'hôpital de jour en se dirigeant vers une autre structure.

Discussion

Les résultats de cette étude ont permis de souligner l'impact de l'accompagnement proposé par l'hôpital de jour sur l'amélioration de la qualité de vie des usagers, en particulier en termes d'estime de soi et de fonctionnement social. Les difficultés à reconnaître leurs propres valeurs et à établir des limites face aux attentes des autres ont été des thèmes récurrents dans les témoignages des usagers. Les participants ont également rapporté des difficultés dans leur fonctionnement social à différents niveaux, comme dans la gestion des tâches quotidiennes et dans leurs relations sociales.

L'analyse des données a révélé trois facteurs clés dans l'amélioration de la qualité de vie: les interactions entre pairs, le soutien des thérapeutes et la (re)découverte

du plaisir, du jeu, du lâcher-prise dans les activités. Ces éléments semblent avoir joué un rôle crucial dans le processus de rétablissement, même si le processus de changement ne peut pas être réduit à un seul facteur spécifique.

L'étude présente néanmoins plusieurs limites. Le biais de mémoire, lié à la collecte de données en fin de séjour, et l'absence de représentation équitable des modules sont des facteurs à considérer. De plus, interviewer des usagers de sa propre institution peut introduire un biais de l'intervieweur, où les attentes ou attitudes de l'enquêteur influencent les réponses des participants.

L'auto-évaluation des participants sur les changements d'estime de soi s'est avérée complexe, compliquant l'identification des facteurs précis à l'origine des changements.

De plus, l'étude s'est limitée à deux aspects de la qualité de vie, ouvrant la voie à de futures recherches sur d'autres dimensions, comme le rétablissement ou le soutien social. L'exploration de ces aspects pourrait enrichir notre compréhension des besoins des usagers et nous aider à affiner nos pratiques d'accompagnement.

Pour améliorer les soins, plusieurs recommandations ont été formulées. Les usagers ont exprimé le désir d'une plus grande participation dans la vie communautaire de l'hôpital de jour, notamment à travers l'organisation d'activités. Des propositions ont également été faites pour renforcer le soutien post-hospitalisation, en favorisant la collaboration avec d'autres structures de soins.

En conclusion, cette étude a permis de valider certaines hypothèses tout en soulevant de nouvelles questions, incitant à la poursuite des recherches dans ce domaine. C'est en tenant compte de ces éléments que nous avons élaboré un deuxième dispositif d'évaluation des soins à l'hôpital de jour Paul Sivadon, avec pour objectif de déterminer quelles dimensions cliniques évoluent pendant mais également après une hospitalisation de jour, introduisant également une évaluation quantitative. Nous avons donc souhaité mettre en place un deuxième protocole de recherche, que nous avons intitulé « Comprendre le soin en hôpital de jour: évaluation multidimensionnelle à l'entrée, à la sortie et six mois après un séjour à l'hôpital de jour Paul Sivadon ».

COMPRENDRE LE SOIN EN HÔPITAL DE JOUR : ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE À L'ENTRÉE, À LA SORTIE ET SIX MOIS APRÈS UN SÉJOUR À L'HÔPITAL DE JOUR PAUL SIVADON

Il s'agit d'une étude prospective non interventionnelle qui, si elle est validée par le comité d'éthique du CHU Brugmann, s'étendra sur une période de trois ans à l'hôpital de jour Paul Sivadon. Sans entrer dans les détails de la conception de l'étude, cet allongement de la durée nous permettrait d'atteindre des résultats statistiquement significatifs, avec un échantillon cible de 130 patients. Les patients seront cette fois-ci interrogés au début et à la fin du séjour, afin de réduire le biais de mémoire. Nous avons également choisi de proposer une évaluation six mois après le séjour à l'hôpital de jour, afin d'évaluer l'évolution dans le temps des changements observés. A l'entretien semi-directif seront ajoutés des échelles quantitatives, afin de combiner les deux aspects d'évaluation, comme recommandé dans la littérature (3).

Afin d'explorer des domaines différents en essayant de garder une cohérence clinique, nous avons choisi d'étudier la symptomatologie psychiatrique, évaluée à l'aide de l'échelle de cotation psychiatrique brève (BPRS), la qualité de vie, évaluée à l'aide de l'échelle WHOQOL-bref et le rétablissement, évalué à l'aide de l'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS). Nous avons choisi ces paramètres en fonction de divers critères, comme leur utilisation dans d'autres articles scientifiques, la disponibilité de questionnaires validés et afin d'assurer une continuité avec les travaux de Madame Sedik.

L'échelle de cotation psychiatrique brève (BPRS) est une échelle validée largement utilisée dans la recherche en psychiatrie pour évaluer l'évolution de l'intensité symptomatique (11). Elle permet d'évaluer la symptomatologie psychiatrique de manière multidimensionnelle et transdiagnostique. La porte d'entrée à l'hôpital de jour étant le symptôme psychiatrique, il nous semble pertinent d'en évaluer l'intensité au début et à la fin du séjour, ainsi que son évolution après la sortie. Quels sont aujourd'hui les diagnostics/symptômes présents dans notre hôpital de jour ? Dans quelle mesure l'hôpital de jour traite-t-il le symptôme psychiatrique ?

L'échelle WHOQOL-bref est un outil d'évaluation de la qualité de vie développé par l'OMS, entre autres à des fins de recherche (12). Elle permet d'évaluer le niveau de satisfaction des patients dans plusieurs aspects de leur quotidien (relations personnelles, travail, hygiène de vie, estime de soi...). Cette évaluation quantitative, s'inscrivant dans la continuité du mémoire de recherche, permettra de confirmer les résultats de cette recherche et sera à mettre en perspective avec les autres dimensions étudiées.

Le mémoire de recherche de Madame Sedik souligne également que les interactions entre pairs dans les modules constituent une ressource essentielle pour améliorer l'estime de soi et le fonctionnement social. Ces observations ont conduit notre équipe à réfléchir à la place qu'occupent actuellement le rétablissement et la pair-aidance dans notre organisation. Pour approfondir cette réflexion et évaluer plus objectivement dans quelle mesure les principes du rétablissement sont déjà intégrés dans notre service, nous avons choisi d'utiliser l'échelle d'évaluation du rétablissement (RAS), outil de référence en recherche en santé mentale (13).

A travers ces échelles, nous explorons trois dimensions: l'évaluation des symptômes psychiatriques, le degré de satisfaction du patient concernant son fonctionnement au quotidien, et son implication active face à sa maladie et à son avenir. Par ailleurs, il nous a semblé essentiel d'intégrer à cette évaluation des espaces d'expression plus libres à travers des entretiens semi-structurés, offrant aux patients l'opportunité de partager leur expérience et leur ressenti.

Une fois les données collectées, l'objectif sera d'analyser les paramètres qui évoluent au cours de l'hospitalisation et d'évaluer si ces changements se maintiennent après la sortie. Les réponses aux questions ouvertes seront également examinées et, dans la mesure du possible, mises en relation avec les résultats quantitatifs. Cette démarche permettra d'identifier plus précisément les facteurs de changement ainsi que les obstacles rencontrés, afin d'ajuster et d'améliorer les soins en fonction des besoins spécifiques des patients.

CONCLUSION

En conclusion, cette démarche d'évaluation des pratiques dans notre hôpital de jour a permis de mettre en évidence une amélioration de la qualité de vie de nos patients en termes d'estime de soi et de fonctionnement social. Elle a également mis en lumière trois facteurs clés: les interactions entre pairs, le soutien des thérapeutes et la (re)découverte du plaisir, du jeu, du lâcher-prise. Ceci a permis de proposer des adaptations de la pratique clinique, comme la mise en place d'activités proposées par les patients et la collaboration avec d'autres acteurs du réseau. Les conclusions du mémoire ont également permis de lancer de nouvelles pistes de recherche.

L'annonce de la mise en route de ces études a également généré des réactions très diverses, à la fois au niveau institutionnel mais aussi lors de la présentation au colloque des hôpitaux de jour. Si certains collègues ont salué la démarche de réflexion, d'autres n'y ont pas vu de plus-value. D'autres collègues ont parlé d'une démarche réductionniste ou ont évoqué des craintes quant à l'utilisation que pouvait être faite par les pouvoirs subsidiaires de données chiffrées.

Hugo Bottemane est psychiatre à l'hôpital Bicêtre et chercheur associé dans l'équipe Moods de l'Université Paris-Saclay et à l'Institut du cerveau de Paris. Dans un podcast très documenté sur les effets de la dépression sur le cerveau, il revient sur la tendance du cerveau à vouloir prédire son environnement, quitte à omettre certains éléments de réalité (14, 15). Il nous rappelle que le cerveau est « câblé pour générer du sens », et pour cela il se base sur des croyances, elles-mêmes empreintes de biais (comme par exemple le biais de positivité qui, en tant que thérapeutes, nous rappellerait préférentiellement les suivis qui se sont bien passés).

Notre démarche d'évaluation ne s'inscrit ni dans une volonté de standardiser les soins, ni de réduire l'humain à la passation d'échelles diagnostiques. Conscientes de nos différents biais, notre démarche naît de la volonté de réfléchir à nos pratiques et venir interroger le terrain en utilisant une approche scientifique. Nous espérons ainsi améliorer la qualité de notre réflexion institutionnelle et des soins pour nos patients, en choisissant la complémentarité d'approches différentes, au service de l'humain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larivière N, Boyer R. Revisiter l'expérience en hôpital de jour six mois après le congé : parcours et perceptions des personnes utilisatrices. *Santé Ment Québec*. 2011 ; **36**(1) : 75-97.
2. Marshall M. World Health Organization [En ligne]. How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? [cité le 26 juillet 2005]. Disponible : <https://iris.who.int/handle/10665/363962>
3. Larivière N, Melançon L, Fortier L et al. A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital. *Can J Community Ment Health*. 2009 ; **28**(1) : 165-177.
4. Shek E, Stein AT, Marshall M et al. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 ; (4). DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
5. Sedik N. DIAL [En ligne]. L'hôpital de jour P. Sivadon : évaluation de notre pratique au travers de l'estime de soi et du fonctionnement social des usagers [thèse]. Disponible : <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:40041>
6. Ouehhab S, Lustygier V, Rolland F et al. Poupées russes : un cadre peut en cacher un autre. *Rev Hosp Jour Psychiatr Ther Inst*. 2012 ; **14** : 63-67.
7. Sciensano [En ligne]. Mental Health: Anxiety and depression, Health Status. [cité le 04 janvier 2025]. Disponible : <https://www.healthbelgium.be/en/health-status/mental-health/anxiety-and-depression>.
8. Hultqvist J, Markström U, Tjörnstrand C et al. Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centers or clubhouses. *Scand J Caring Sci*. 2018 ; **32**(4) : 1418-1427.
9. Santé publique France. Qualité de vie, santé mentale et environnement [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; [Cité le 14 mai 2025]. Disponible: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel/documents/qualite-de-vie-sante-mentale-et-environnement>
10. Barbalat G, Plasse J, Gauthier E et al. The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Sci Rep*. 2022 ; **12**(1) : 7852. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1>
11. Hofmann AB, Schmid HM, Jabat M et al. Utility and validity of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) as a transdiagnostic scale. *Psychiatry Res*. 2022 ; **314**. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114659
12. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med*. 1998 ; **28**(3) : 551-558. DOI: 10.1017/S0033291798006667
13. Salzer MS, Brusilovskiy E. Advancing recovery science: reliability and validity properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatr Serv*. 2014 ; **65**(4) : 442-453. DOI:10.1176/appi.ps.201300089
14. Bottemane H. Les effets de la dépression [En ligne]. [cité le 4 janv 2025]. Disponible : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-effets-de-la-depression>
15. Sharot T, Korn CW, Dolan RJ. How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nat Neurosci*. 2011 ; **14**(11) : 1475-9. DOI: 10.1038/nn.2949

LES AUTEURS :

Muriel CANDELAS, Nadia SEDIK

Hôpital de jour Paul Sivadon, CHU Brugmann
Place Arthur Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles (Belgique)
muriel.candelas@chu-brugmann.be

RÉFLÉCHIR ENSEMBLE POUR MIEUX SOIGNER DES PATIENTS PORTEURS DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME : QUAND L'INTELLIGENCE COLLECTIVE REVITALISE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

- Elise GOORIS, Charles LANVIN, Elisa SERVAIS -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Fin ou pas des hôpitaux de jour ? Face à cette question amenée par l'argument du colloque, une réflexion a été menée par l'ensemble de l'équipe de l'ASBL (Association Sans But Lucratif) CORTO ainsi que les familles des patients autistes soignés au sein de notre centre de rééducation fonctionnelle. Menacés d'une potentielle rupture de notre convention avec l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) par l'AVIQ (Agence wallonne pour une vie de qualité) et donc d'une fermeture de notre établissement, ce thème nous a directement fait écho.

Au moyen d'outils d'intelligence collective, nous nous sommes questionnés sur la possibilité et/ou la manière d'apporter des soins de qualité à des enfants atteints d'un trouble du spectre autistique au regard des contraintes administratives imposées par les instances gouvernementales. La mise en place de ces outils nous a permis de redynamiser l'équipe de façon plus collaborative autour des patients afin de relancer notre créativité pour les soins futurs de ces derniers.

Tout au long du processus, nous avons relevé l'inquiétude que pouvait engendrer une fin de prise en charge avec ce type de population. Cette notion de « fin » est majoritairement ce qui est ressorti lorsque nous avons abordé la notion de soins de qualité.

Comment accompagner ces jeunes au mieux lorsqu'ils quittent notre hôpital de jour pour une réorientation ou une rescolarisation ? Pour répondre à cette question, le concept de « Part-Time » a été mis en avant comme piste éventuelle dans le cas d'un renouvellement de notre convention.

MOTS CLÉS: Intelligence collective - Fin - Part-Time

THINKING TOGETHER TO BETTER CARE FOR PATIENTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: WHEN COLLECTIVE INTELLIGENCE REVITALIZES INSTITUTIONAL PSYCHOTHERAPY

End of Day Hospitals or Not ? Faced with this question raised by the argument of the conference, a reflection was undertaken by the entire team of the non-profit organization (ASBL) CORTO, as well as the families of autistic patients treated within our functional rehabilitation center. Threatened by a potential termination of our agreement with INAMI (National Institute for Health and Disability Insurance) by AVIQ (Walloon Agency for Quality of Life) and thus the closure of our facility, this theme resonated with us directly.

Using collective intelligence tools, we questioned ourselves on the possibility and/or the ways to provide quality care to children with autism spectrum disorder, given the administrative constraints imposed by government bodies. Implementing these tools allowed us to reinvigorate the team in a more collaborative way around the patients, thereby rekindling our creativity for their future care.

Throughout the process, we noted the anxiety that the potential end of care could generate for this type of population. This notion of «end» was predominantly what emerged when we addressed the concept of quality care.

How can we best support these young people when they leave our day hospital for reorientation or reintegration into schooling ? To answer this question, the concept of «Part-Time» was highlighted as a potential avenue in the event of a renewal of our agreement.

KEY WORDS: Collective intelligence - End - Part-Time

INTRODUCTION

En avril 2024, la proposition sur la fin possible des hôpitaux de jour, lancée par « l'ASBL Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques », a fortement résonné avec la situation actuelle de notre centre de rééducation fonctionnelle. Créée en 1977, notre asbl accueille 28 enfants et adolescents avec un trouble du spectre autistique (TSA), pour une prise en charge renouvelable annuellement, limitée à cinq ans. Encadrés par une équipe de 30 professionnels, les jeunes sont répartis en trois groupes de vie selon l'âge et le développement. Chaque enfant suit un programme individualisé mêlant thérapies individuelles, travail en groupe de vie, sous-groupes, activités extérieures et accompagnement pédagogique adapté.

Pour en revenir à l'argument, cette question de fin ne cesse de croître, car selon certaines instances gouvernementales, les soins prodigués dans ce type de structures ne sont pas assez « rentables » et nécessitent trop de moyens sans garantie de résultats de réinsertion sociale. À titre d'exemple, une porte-parole a critiqué le « taux de rescolarisation » relevé après l'hospitalisation des enfants dans notre structure, estimant également que nous faisons de l'occupationnel plutôt que du soin. Les patients doivent désormais répondre aux attentes de ces administrations dans des délais toujours plus courts afin de quitter rapidement le circuit pédopsychiatrique. Nous nous questionnons alors : ne faudrait-il pas adapter leurs critères d'évaluation selon les spécificités des patients, promouvoir l'aspect qualitatif plutôt que quantitatif, mesurer leurs progrès selon d'autres critères que le seul taux de réinsertion sociale (autonomie, communication, etc.).

Nos dispositifs de soins, contrairement aux consultations externes individuelles, sont perçus comme un coût devenu trop lourd pour la société. Dans notre pratique quotidienne en hôpital de jour, nous constatons pourtant la nécessité de préserver cette approche de psychothérapie institutionnelle. Elle permet de co-construire les soins psychiatriques à partir du lien, un élément essentiel dans l'accompagnement thérapeutique.

En ce qui concerne notre service, l'AVIQ a annoncé la rupture de notre convention initialement signée avec l'INAMI avec un préavis de trois mois pour le personnel et la réorientation des enfants, sans donner la possibilité à notre service de s'opposer à cette décision. D'un point de vue clinique, cette dernière et son échéance ne prennent pas en compte la réalité psychique des enfants atteints d'autisme et du manque de place dans le secteur.

L'argument du colloque a alors permis à notre équipe de résumer les attentes politiques vis-à-vis des missions de notre service et se réapproprié une vision commune pour se mobiliser autour d'outils d'intelligence collective.

Pour ce faire, nous avons effectué une recherche-action en partant de bases théoriques que nous avons testées sur le terrain pour ensuite les retravailler avec de nouvelles références et éventuellement revenir sur des idées précédentes.

Le travail mené s'appuie sur une immersion dans notre contexte institutionnel, afin de tenter de sortir l'équipe de la paralysie et du non-sens amené par les décisions politiques. Il a fallu penser et expérimenter des alternatives dans une logique qui se voulait critique et éthique.

La construction de notre atelier s'est alors faite en plusieurs phases. Nous avons utilisé le « brainstorming », le « world café » et la « table ronde ». Chacun d'eux était précédé et suivi de réflexions entre animateurs pour décider de l'étape suivante du processus. Nous décrirons aussi la méthode « S.W.O.T. » (Strengths Weaknesses Opportunities Threats) que nous avons mise en pratique le jour de l'atelier à la fondation de NANT. Pour finir, nous exposerons les atouts et limites de chaque outil et les apports de l'intelligence collective à notre dynamique d'équipe. Nous concluons notre travail en répondant à notre question de départ et à la question posée par l'argument du colloque pour ensuite développer une réflexion concernant un lien entre la psychothérapie institutionnelle et l'intelligence collective.

DESCRIPTION DU TRAVAIL EFFECTUÉ

Comme annoncé, l'intelligence collective a été employée au cours de ce travail afin d'amener l'équipe à se pencher sur l'argument proposé par le colloque. D'un point de vue théorique, cette notion d'intelligence collective se distingue d'un simple travail collectif dans le sens où cela tient plus de la complexité croissante des problèmes rencontrés et de la limite du fractionnement des composantes d'une situation (1).

Lors d'une réunion institutionnelle, les membres de l'équipe thérapeutique et éducative ont échangé dans le cadre d'un « brainstorming » autour d'un questionnement initial : « Au départ de l'argument de cette année, de notre expérience et de notre travail au CORTO, quelles thématiques pourrions-nous traiter lors du colloque ? ». De cette séance, nous avons retenu le questionnement suivant : « Comment concilier la qualité des soins des enfants TSA avec les contraintes administratives ? Faut-il le faire ? ».

La littérature scientifique a ensuite permis de subdiviser le concept de « qualité des soins » en quatre catégories : « la qualité de vie », « la continuité des soins », « le travail en réseau » et « l'efficacité des soins ». Pour approfondir ces concepts, un « world café » a été réalisé lors d'une journée où ont été conviées les équipes éducative,

thérapeutique, administrative, technique et la direction. À cette activité, chaque membre du personnel passait de table en table afin d'échanger autour de ces concepts. Des nappes étaient aussi à disposition afin que chacun puisse prendre des notes, dessiner ou schématiser ses idées. Enfin, un animateur par table rappelait aux participants les idées citées précédemment et cadrait les échanges. Pour finir, cet après-midi a permis à toute l'équipe de s'exprimer selon sa fonction et son identité sur les concepts initiaux. Les informations récoltées ont révélé l'importance des aspects communicationnels de notre travail, le cadre de vie, la fin de prise en charge et l'ouverture du réseau.

Pour enrichir notre recherche, une table ronde a été organisée avec les parents afin de recueillir leurs témoignages sur la qualité des soins de leur enfant. Pour rendre les échanges plus interactifs, tout en gardant un climat de confiance, l'outil Wooclap a été utilisé, permettant des réponses anonymes sous forme de nuages de mots qui ont été ensuite analysés.

En regroupant les données collectées lors de ces ateliers, nous avons constaté la répétition des notions de temps, de transition, de maintien du lien, de « l'après » ... Ce qui nous a amenés à nous interroger sur la forme que peut prendre la fin de traitement de nos patients. Pour répondre à cette question, nous avons profité du colloque pour recueillir les témoignages des participants sur le « Part-Time » dans leur service, tout en leur faisant découvrir la méthode S.W.O.T. qui permet d'identifier les atouts et faiblesses internes et externes d'un projet. Via Wooclap, ils ont indiqué leurs réponses en direct dans la matrice S.W.O.T., favorisant une réflexion collective. Nous retenons les éléments suivants : [Tableau 1].

Pour donner suite à cette analyse descriptive des outils, une prise de recul et un regard plus systémique s'avèrent utiles.

DISCUSSION

RÉFLEXION SUR L'UTILISATION DES OUTILS D'INTELLIGENCE COLLECTIVE

Notre recherche-action, basée sur l'intelligence collective, a permis de garder le lien entre notre question initiale et notre raisonnement final. Ces outils peuvent renforcer la dynamique d'équipe, mais présentent des limites : sans préparation logistique, leur usage peut devenir compliqué, voire inefficace. Il est essentiel de bien choisir l'outil selon la situation, de se l'approprier et d'en définir le sens. Leurs résultats ont montré leur adéquation au moment de leur utilisation, mais il semble difficile de les maintenir de manière régulière dans le rythme de notre pratique et de nos réunions. Pour comprendre ces difficultés, mais aussi l'intérêt qu'ont eu ces outils, nous allons les aborder un à un.

Tout d'abord, l'outil « brainstorming » a montré un apport plus ludique et dynamique qu'une réunion classique. Nous remarquons qu'un plus grand nombre d'idées sont formulées. Les unes rebondissant sur les autres et permettant aux participants de se stimuler mutuellement. Chacun se sent donc plus impliqué dans le processus de réflexion et adhère mieux à son aboutissement. En termes de limites, il faut parfois puiser dans ses propres ressources pour suivre la fusion d'idées et la spontanéité de tous. Certaines personnes nous ont fait part de leur difficulté à suivre l'accumulation d'idées et à participer aux échanges. L'animateur doit rester attentif à cadrer la discussion pour éviter les dérives tout en interrompant si nécessaire ceux qui s'éloignent du sujet ou multiplient les exemples, sans les décourager. En termes d'adhésion à la finalité du processus, une limite peut apparaître vis-à-vis de l'analyse faite par l'animateur sur le moment. Il doit savoir jongler entre une écoute active des participants, une prise de note des éléments qu'il juge pertinents et une analyse simultanée pour établir des liens entre les idées.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Transition progressive pour une meilleure intégration.- Phase de test pour garantir l'adéquation entre le patient et la nouvelle structure.- Augmente les échanges autour du patient.	<ul style="list-style-type: none">- Absences pouvant impacter le patient et la dynamique de son groupe de vie.- Augmentation du nombre de patients pris en charge pouvant impacter la qualité de ces dernières.- Risque de déséquilibre entre le travail avec le réseau et thérapeutique avec le patient.
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none">- Permet d'élargir le réseau.- Augmentation des regards croisés pouvant être bénéfique pour le patient.	<ul style="list-style-type: none">- Risque d'impacter la pérennité de l'institution car la réduction du nombre de prestations hebdomadaires et donc du financement.- Difficulté d'organisation et de communication avec le réseau.- Augmentation des regards croisés peuvent mener à une perte de cohérence face au patient.

Tableau n°1. Analyse S.W.O.T

Ensuite, l'organisation proposée pour le « world café » a su jouer son rôle en donnant la parole aux membres de l'équipe qui travaillent auprès des enfants, mais qui ne participent pas aux réunions cliniques et institutionnelles hebdomadaires. L'équipe thérapeutique et éducative a témoigné d'une prise de recul importante sur ses pratiques en entendant les réflexions des équipes administratives, techniques et de direction avec qui elle n'a pas ou moins de réflexions cliniques. L'outil en tant que tel s'est révélé être une réelle solution à l'inclusion de l'ensemble des personnes dans un premier temps grâce à son cadre plus informel et ludique et dans un second temps en permettant schématisations, écrits, dessins sur les nappes. La grande variété d'idées et de perspectives est due au fait que chacun des acteurs va s'enrichir des idées des participants précédents avant d'y apporter son point de vue. Bien que le temps de réflexion soit court pour chaque concept, nous clôturons l'après-midi avec une vision assez fine et complète. Concernant les limites, il a été compliqué de faire directement un retour aux participants, car, au vu du nombre d'informations récoltées, il a fallu une analyse plus longue. Aussi, même si les groupes étaient différents à chaque table afin d'éviter le leadership, nous ne pouvons pas garantir que l'ensemble des participants ait contribué de manière égale. Finalement, avec un certain recul, nous soulevons également le temps qu'a pris l'organisation et l'application de ce world café et concluons que ce type d'outil peut être difficilement mis en place dans le cadre de l'organisation hebdomadaire d'une institution.

La « table ronde » est le troisième et dernier outil utilisé avant notre atelier réalisé pour le colloque. Elle a donné la parole aux parents en répondant à nos questionnements sur les quatre concepts tirés du « world café », mais également entre eux ce qui leur a permis de s'ouvrir les uns aux autres. Les témoignages de chacun leur permettent de découvrir qu'ils ne sont pas seuls à avoir les mêmes difficultés, ils se sentent compris, entourés et rassurés. Ces parents sont généralement isolés, car souvent dans l'incapacité de pouvoir participer à des activités sociales avec d'autres au vu des difficultés de leur enfant. Vivre ce moment leur a permis d'être inclus dans un groupe d'individus ayant des informations très précieuses à leur transmettre. Lorsque nous avons demandé aux parents d'utiliser la plateforme « wooclap » afin de répondre à nos questions, nous avons observé une première limite technique. Les nuages de mots que nous vous avons présentés ont été retravaillés, car malgré nos demandes, les parents étaient en difficulté pour se limiter à l'utilisation de « mots clés ». Visuellement, les nuages de mots étaient incompréhensibles et inutilisables pour la suite du travail. Au fur et à mesure de l'activité, nous remarquons que les parents délaissent l'outil et se mettent à échanger plus spontanément. Malgré la nécessité de recadrer les échanges à certains moments,

ces derniers restent riches et bienveillants, les parents d'adolescents cherchant à rassurer ceux ayant des enfants plus jeunes. Parmi les difficultés rencontrées, il est important de nommer le fait que la disponibilité des parents reste complexe. Certains n'ont été que peu disponibles pour la participation à ce processus, tout comme ils ne le sont que peu également pour la réflexion autour des soins de leur enfant. Ce manque de dialogue est délétère pour la qualité des soins proposés. Il pourrait être compris comme une difficulté liée à des environnements socio-professionnels peu compatibles avec ce type de soins ou interprété comme une défense vis-à-vis de l'importance du trouble de leur enfant. La barrière de la langue reste également une grande limite autant dans la compréhension des questions que dans les réponses ou encore au travers des échanges entre eux.

À présent, concernant notre atelier où nous avons utilisé la méthode « S.W.O. T », l'aspect ludique de la plateforme « Wooclap » a permis à chacun de faire part de ses réponses librement. Aussi, nous notons un nombre assez conséquent de réponses sur la matrice malgré le nombre de participants assez restreint. Un autre élément que nous retenons est la richesse des échanges qui ont suivi cet exercice. Chacun a effectivement pu s'exprimer sur sa pratique, sa réalité de terrain et les contraintes administratives rencontrées. Quant aux limites, il faut tout de même noter que ce modèle peut paraître complexe à comprendre, mais également à expliquer. La distinction entre les facteurs positifs, négatifs, internes et externes n'est pas évidente. Par conséquent, nous remarquons dans les réponses des participants que certains éléments n'ont pas forcément été placés dans les bonnes cases de la matrice. Aussi, cette méthode requiert un temps d'analyse certain.

Finalement, nous considérons comme atout les marques de soutien émises par les participants concernant notre situation actuelle. Nous avons conscientisé les bienfaits de notre démarche avec les outils d'intelligence collective vis-à-vis de notre dynamique d'équipe. Rappelons-le, celle-ci a été impactée par la rupture de collaboration venant de l'AVIQ. En effet, des angoisses impactent la pratique de la psychothérapie institutionnelle et, par conséquent, la contenance nécessaire pour nos patients. L'utilisation des outils abordés ici amène des aspects plus informels et ludiques permettant de revitaliser des aspects comme la communication. Aussi, le « brainstorming », le « world café » et la « table ronde » nécessitent des échanges spontanés permettant une aisance et une liberté qui s'avèrent être des éléments agréables et stimulants pour les participants.

Enfin, certains aspects de ces outils permettent d'améliorer la cohésion d'équipe, la coopération entre les membres et le sentiment d'appartenance au groupe. Comme le citent Robin et al. (2), « Ce n'est plus

la primauté de l'un sur l'autre qui est en question, mais l'intelligence de l'articulation entre les deux espaces ». Les décisions ont comme principales valeurs d'être validées et partagées par le groupe qui arrive à ne « faire qu'un » dans sa méthode pour raisonner et poser des réflexions sur les thématiques abordées.

Les atouts et limites de chaque outil étant exposés, il semble maintenant pertinent de revenir sur notre questionnement initial ainsi que sur l'argument proposé par le colloque afin de tenter d'y répondre.

LIEN ENTRE L'INTELLIGENCE COLLECTIVE ET LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

L'intérêt de notre atelier était de montrer que l'implémentation d'outils d'intelligence collective peut apporter une plus-value au concept de psychothérapie institutionnelle que nous utilisons depuis de nombreuses années au CORTO. Plusieurs auteurs parlent des concepts de psychothérapie institutionnelle et d'intelligence collective individuellement, mais ils sont peu à faire un lien concret entre les deux.

Robin et al. (2) explique qu'il y aurait effectivement une « analogie entre les principes fondateurs de l'intelligence collective actuellement en jeu, et ceux, précurseurs de la psychothérapie institutionnelle ». Parmi ces principes, il y a celui de l'horizontalisation des relations. En effet, en psychothérapie institutionnelle, nous tentons de nous rapprocher du vécu du patient en nous alignant avec nos collègues pour offrir des soins adaptés et cohérents. De même, dans l'intelligence collective, il est question de réfléchir et d'innover ensemble sans hiérarchie entre les membres. Comme le décrivait également Tosquelles dans sa définition de la psychothérapie institutionnelle, « l'institutionnalisation » considère la « participation effective de tous les membres de l'institution et le partage du soin psychothérapeutique » (3). Que ce soit pour l'un ou l'autre de ces deux concepts, il faut trouver un sens commun et le maintenir tout au long de l'analyse et de la mise en place des outils. C'est ce que nous avons fait à partir de la réflexion en équipe sur la problématique que nous souhaitions aborder jusqu'à l'exercice proposé lors de notre atelier à la Fondation de Nant. Il y avait un réel intérêt à ce que les participants se sentent inclus et acteurs de la réflexion dans sa globalité.

Oury reprend Tosquelles en insistant sur la dimension collective et dynamique de l'institution en psychiatrie. Il dit « L'institution ne peut être figée. Elle est un espace de transformations constantes, où chaque individu participe à sa structuration » (4). Également, dans Création et schizophrénie, Oury explique que l'institution psychiatrique ne peut pas être une simple organisation administrative (5). Elle doit être un lieu vivant, où chaque interaction modifie en permanence

l'ensemble du dispositif. Ces réflexions sur l'institution ont permis d'expliquer ce que les auteurs entendent par psychothérapie institutionnelle, un espace dynamique qui favorise la co-construction du soin (ou des décisions) et l'implication de l'ensemble des acteurs dans le processus de décision, ce que nous retrouvons comme principe fondamental de l'intelligence collective. C'est ce que nous tentons d'expliquer dans notre analyse des différents outils. En effet, malgré la présence de certaines limites d'application concrète au sein de notre service, ils peuvent participer à cette co-construction du soin. Ils permettent de libérer la parole dans des espaces de réunions cliniques ou institutionnelles ou améliorent les réflexions issues de ces espaces.

Enfin comme l'explique De Luca-Bernier : « Aujourd'hui, de même qu'au temps des premiers psychiatres institutionnalistes, la question demeure de savoir comment peuvent s'élaborer des stratégies groupales afin de contrer les effets aliénatoires liés à une conception de la folie dans la société, alors même que la loi sur le handicap voudrait nous convaincre que les handicapés sont plus intégrés dans la société. In fine, ce sont bien deux projets d'organisation politique et sociale qui s'affrontent » (3). L'auteur souligne, en faisant référence à des auteurs que nous avons déjà mis en évidence tels que Tosquelles, Oury ou Guattari, que la psychothérapie institutionnelle considère que la « folie » ne doit pas être prise en charge uniquement de manière médicale et/ou individuelle, mais qu'elle repose sur des transformations de l'institution notamment par l'utilisation de dynamique collective et participative telle que l'intelligence collective.

Les discours officiels qui affirment que les personnes portant un handicap sont intégrées dans notre société sont ici critiqués par l'auteur qui fait le constat d'un grand écart entre le discours et la réalité. Pour lui, il y a encore un trop grand affrontement entre deux modèles de société, politique et social. L'un est plus administratif et normatif et l'autre est basé sur l'organisation institutionnelle et collective et prône le fait de continuer d'inventer des stratégies groupales, des dispositifs où c'est le collectif qui joue un rôle actif dans le soin des patients.

En résumé nous pourrions considérer la psychothérapie institutionnelle comme une prémisse de l'intelligence collective au vu des convergences relevées ci-dessus. Aussi, force est de constater que nous adoptons, implicitement ou non, une vision politique et éthique dans notre travail. En effet, nous pouvons confirmer que l'ensemble des outils et concepts abordés dans ce travail s'appuient sur une vision du soin comme un processus humain où interviennent les principes de transformation, de collectivité, de non-hiérarchisation des individus, etc. Toute la complexité réside alors dans le questionnement suivant : si tout soin psychologique fait référence à des conceptions politiques, pourquoi

ces dernières ne prennent-elles pas en considération les besoins individuels des patients ? Nous n'avons malheureusement pas de réponse si ce n'est ce que les politiques cherchent à standardiser là où les soignants souhaitent prôner l'humain.

CONCLUSION

La réflexion au départ de l'argument nous a amenés à présenter un atelier enrichi d'un cas pratique mettant en condition les participants sur le concept de « Part-Time » en hôpital de jour.

Les trois outils d'intelligence collective, le « brainstorming », le « world café » et la « table ronde » ont permis, dans cet ordre, de décanter le concept de « qualité des soins ». Cela nous a amenés à une problématique importante de notre travail : notre convention actuelle ne nous permet pas d'organiser la fin d'hospitalisation de nos patients de façon progressive. La fin du parcours de soins au CORTO pouvant être vécue comme brutale est une idée partagée par l'ensemble des partenaires interrogés. Une hospitalisation des enfants à temps partiel est une idée qui est déjà revenue dans de nombreuses discussions cliniques, mais qui, aujourd'hui, n'est pas réalisable au sein de notre service à cause des contraintes administratives, organisationnelles et financières.

Le « brainstorming » a permis de définir une question de départ : « comment concilier la qualité des soins des enfants TSA au regard des contraintes administratives ? Faut-il le faire ? ». La réflexion menée lors de cette réunion a été influencée par le contexte actuel de notre institution, au risque de perdre la convention, nos emplois, mais aussi le travail que nous faisons avec les enfants depuis plusieurs années. Le « World Café » a suscité des réflexions sur la rupture vécue au départ des enfants, pointant le manque de suivi post-hospitalisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gréselle-Zaïbet O. Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas. *Management & Avenir*. 2007 ; **4**(14) : 41-59. DOI : 10.3917/mav.014.0041
2. Robin M, Cassini L, Cornac X et al. La psychothérapie institutionnelle, terreau d'intelligence collective. *L'information psychiatrique*. 2019 ; **95**(8) : 653-660. DOI : 10.1684/ipe.2019.2009
3. De Luca-Bernier C. Transformation du soin et logique des groupes... en psychothérapie institutionnelle. 2013 ; **61**(2) : 105-117. DOI: 10.3917/rppg.061.0105.
4. Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes : Champ social ; 2001.
5. Oury J. *Création et schizophrénie*. Galilée ; 1989.

Il a aussi révélé la difficulté à construire une relation de confiance entre certaines familles et l'équipe du CORTO. Ces conclusions ont été reprises lors de la table ronde, où certains parents ont exprimé leur angoisse face au changement d'établissement, surtout après une longue hospitalisation marquée par des progrès et des liens forts. Certaines familles, rassurées, souhaitent que rien ne change. Pourtant, nous pensons que le centre de rééducation doit être, dans la mesure du possible pour le patient, un tremplin vers une structure plus intégrée dans la société. Au CORTO, malgré une prise en charge variée et adaptée, les objectifs évoluent, et nos possibilités atteignent leurs limites. La fin de l'hospitalisation doit donc redevenir un sujet central, tant dans son timing que dans sa préparation.

Cela nous a donc amenés au concept de « Part-Time » (ou prise en charge à temps partiel) où l'enfant et ses parents profiteraient d'une transition progressive et en douceur vers un endroit plus adapté, au moment le plus significatif pour eux. Néanmoins, sans devenir un passage obligé pour chaque fin d'hospitalisation, le concept de « Part-Time » devrait être pensé de façon individuelle et faire partie intégrante du projet de soins de l'enfant concerné.

Finalement, « Hôpitaux de jour avec ou sans fin ? ». Leur disparition semble difficile à penser sans conséquence sur le traitement des patients pris en charge. De fait, ces structures jouent un rôle clé en offrant des soins adaptés respectant la temporalité des patients sans oublier celle de la société où ils doivent trouver leur place. Ainsi, il paraît plus pertinent de questionner l'évolution des structures afin qu'elles continuent à répondre aux besoins des patients dans un système de santé en mutation.

LES AUTEURS :

Elise GOORIS, Elisa SERVAIS, Charles LANVIN

Hôpital de jour « CORTO »
Rue du Mayeuri 30, 6032 Mont-Sur-Marchienne (Belgique)
Lanvin.charles@gmail.com

JEUNES EN HÔPITAL DE JOUR : QUELLES TEMPORALITÉS ?

- Lisa BLEYNIE-AZIZ, Stéphane POISSONNIER -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Nous interrogeons dans cet article l'intrication des différentes temporalités en hôpital de jour, en rapport avec la tranche d'âge de notre population. L'équipe de l'Institut Maïeutique accueille des jeunes de 16 à 30 ans, et se trouve confrontée, au-delà des situations cliniques, aux préoccupations propres à cette période, à savoir le désir de s'émanciper et celui de construire un projet d'avenir. Une grande pression est exercée à ce sujet par les injonctions et les demandes de la société, par les systèmes de financement des soins et par les familles. Or, une période d'hospitalisation ou un temps de soins désynchronisent ces jeunes de leur groupe d'âge et les projettent dans un espace temporel indéterminé. Cela affecte aussi bien l'orientation scolaire et professionnelle que les premières expériences de vie d'adulte.

Nous sommes donc mis au défi d'intégrer des considérations temporelles qui n'ont pas directement à voir avec le soin, voire qui sont antagonistes avec la temporalité des processus thérapeutiques, ainsi qu'à celui de protéger le temps nécessaire pour que le lien et le processus de soins se construisent. Nous abordons dans ces lignes le travail clinique et l'organisation des soins qui permettent à ces jeunes de tolérer un temps des soins qui peut parfois s'étirer. Deux situations cliniques nous permettront d'illustrer notre propos.

MOTS CLÉS: Clinique - Jeunes - Temporalité des soins - Réinsertion - Relation au temps

YOUNG ADULTS IN DAY HOSPITAL : WHAT TEMPORALITIES ?

In this article, we examine the intertwining of different temporalities in day hospitals, in relation to the age group of our population. The team at the Institut Maïeutique welcomes young people aged 16 to 30, and is thus confronted, beyond clinical situations, with the specific concerns of this period, namely the desire for emancipation and the ambition to build a future project. There is significant pressure regarding this from societal demands, healthcare funding systems, and families. However, a period of hospitalization or a time of care disassociates these young individuals from their age group and projects them into an indeterminate temporal space. This affects both their educational and professional orientation as well as their first experiences of adult life. We are therefore challenged to integrate temporal considerations that do not directly relate to care, and which may even be antagonistic to the temporality of therapeutic processes, while also protecting the time necessary for the relationship and the care process to develop. We address the clinical work and organization of care that enable these young adults to tolerate a period of care that can sometimes extend. Two clinical situations will illustrate our discussion.

KEY WORDS: Clinical - Young adults - Temporalities of care - Reintegration - Relationship to time

INTRODUCTION

L'entrée en soins en hôpital de jour (HJ) est le début d'un parcours qui comprend d'emblée la question de sa fin. Le patient, pour s'engager, a besoin de se représenter aussi bien la durée et le rythme de son programme de soins que son contenu et sa finalité. Il en est de même pour son entourage et son réseau de soins.

Comment ce temps de soins s'inscrit-il dans le cours de sa vie ? Quelle en est la perception pour son entourage ? Du point de vue des soignants, il n'est pas rare que les suivis semblent s'arrêter « trop tôt » ou « trop tard ». Trop tôt : « le patient n'est pas prêt à quitter un environnement thérapeutique et a encore besoin de soins ». Trop tard : « ce suivi se prolonge

au-delà de ses objectifs initiaux et devient redondant, voire délétère ». Cela souligne la difficulté, voire l'impossibilité, de définir une temporalité des soins idéale pour chacun.

Selon Jocelyn Lachance, qui étudie le rapport des adolescents au temps (1) : « la notion de temporalité est une construction sociale et culturelle, c'est-à-dire qu'elle est le produit d'une histoire des interactions humaines et qu'elle s'inscrit dans le contexte d'une culture. Elle désigne la dimension subjective du rapport au temps et souligne du coup son caractère relatif. Le temps des uns n'est pas le temps des autres ».

Il n'y a pas une seule temporalité, valable pour tous, dans nos prises en charge en HJ, mais bien plutôt un tressage de plusieurs temporalités en tension : celles des processus psychiques, du cadre proposé, du patient et de sa famille, de la société, des assurances, du système de formation, etc. Cela nous met au défi d'intégrer dans nos prises en charge des considérations temporelles qui n'ont pas directement à voir avec le soin, voire qui sont antagonistes avec le temps incompressible des processus thérapeutiques.

Dans cet article, nous essaierons de décortiquer les différentes temporalités en présence dans les suivis que nous proposons dans notre institution, l'Institut Maïeutique (IM), située à Lausanne. Il s'agira de comprendre comment celles-ci influent sur le cours, les processus en jeu et la durée des séjours thérapeutiques.

L'IM est une structure de soins qui comprend un HJ ainsi que des hébergements thérapeutiques. Nous accueillons au quotidien une quarantaine de patients, majoritairement âgés de 18 ans à 30 ans, et souffrant de troubles psychiques divers : troubles du registre psychotique, troubles de l'humeur, troubles borderline ainsi que des troubles du spectre autistique.

Les patients fréquentent l'HJ au taux minimum de 4 jours pleins par semaine, excepté lors des phases de réinsertion ou de transition, lorsqu'ils sont par exemple en stage. En plus des soins psychiques, notre mission comprend un volet de réinsertion, ce qui implique de travailler sur l'autonomie de notre patientèle, et d'accompagner éventuellement la construction d'un projet de formation ou de travail. Les journées au sein de l'HJ sont constituées d'une alternance entre les différents groupes à médiation thérapeutique, des entretiens, des moments informels. Chaque patient bénéficie d'un programme personnalisé.

Les différentes temporalités en jeu dans les séjours thérapeutiques nous semblent caractérisées par deux facteurs principaux dans notre lieu de soins : la tranche d'âge de notre population et la relative absence de contrainte temporelle.

En ce qui concerne la tranche d'âge :

En 2023, 87% des personnes accueillies à l'IM ont entre 16 et 25 ans. Cet âge se caractérise par la condensation des choix de vie à faire et par celle des expériences fondatrices. Nos patients vivent souvent un intense sentiment de décalage par rapport aux autres jeunes. Ils appartiennent, de plus, à une génération dont le rapport au temps est caractérisé par la vitesse, la contraction du temps et par l'usage intensif des réseaux sociaux (2). Comment s'accommodent-ils de la temporalité des soins que nous leur proposons ?

En ce qui concerne notre absence – relative – de contrainte temporelle :

Notre cadre de soins ne définit pas de délai préétabli pour une prise en charge. Aucune durée n'est fixée à l'avance et nous offrons la possibilité au patient d'évoluer dans un cadre stable et défini en termes de rythme et de régularité. D'autre part, bien que les assurances exigent des justificatifs régulièrement, elles n'imposent que rarement l'interruption des soins. Ainsi, le temps est une ressource dont nous disposons. En 2023, 32% des suivis ont duré moins de 6 mois, 28% ont duré de 7 à 18 mois, 22% de 18 à 36 mois, et enfin 18 % ont duré plus de 36 mois (3).

L'absence de contraintes temporelles strictes sur la durée des séjours nous permet une certaine flexibilité, mais impose également une réflexion approfondie et sans cesse renouvelée sur les temporalités en jeu.

Nous proposons d'explorer ces différentes temporalités et leurs interactions à travers les étapes clés du séjour thérapeutique tel qu'il se déploie à l'IM. Nous illustrerons notre propos par la présentation de deux patients aux parcours différents, L. et T..

L'INTÉGRATION À L' INSTITUT MAÏEUTIQUE

Dès l'intégration du patient, nous observons les mouvements internes de nos patients face à la temporalité des soins. Pour certains, la question de la durée des soins ne se pose pas immédiatement, car ils sortent de situations très difficiles sur le plan symptomatique, et la période de soins leur semble indispensable. En revanche, pour d'autres, il est plus complexe de donner du sens à cet arrêt du mouvement de leur vie, afin de laisser place aux soins. Lorsqu'ils arrivent à l'HJ, les patients découvrent que d'autres sont présents depuis un an, voire davantage. Ce constat peut brusquement éloigner leurs perspectives de formation ou de projets futurs. Cette discontinuité dans leur parcours de vie peut être difficile à accepter et à intégrer.

D'autre part, la durée d'hospitalisation de jour dans notre structure n'étant pas définie, il peut être anxiogène pour le patient de s'engager dans un processus au temps indéterminé. Le patient, comme souvent ses proches, a besoin d'entrevoir une durée qui s'accorde avec ses objectifs, et avec ceux de son réseau de soins, afin de s'inscrire dans un projet qu'il pourra s'approprier.

La construction du projet de soin vient donc souvent s'articuler à la question du projet global. Penser « l'après » constitue une « aire d'illusion qui se projette sur l'avenir et maintient l'illusion d'une insertion future » (4). Par conséquent, la réinsertion scolaire ou professionnelle est souvent un des premiers objectifs des jeunes patients et de leur entourage, avant même parfois la réduction des symptômes. Il y a un fort désir de « retour à la normale » chez ces jeunes qui ont été déroutés de leur

parcours par l'apparition de troubles psychiques. Cette période de vie sensible, qui implique habituellement un passage vers le monde adulte, peut cristalliser l'inquiétude des parents, et parfois leur ambivalence, les enjeux de séparation étant également à l'œuvre (4).

Des mesures d'insertion spécifiques à notre lieu de soins sont souvent mentionnées lors des premiers entretiens de visite, ouvrant une perspective qui crée une force mobilisatrice, mais qui doit être cependant engagée de manière ajustée, au bon moment.

Les tensions entre les attentes du patient et de sa famille et nos propositions pour débiter un parcours de soins ne sont donc pas rares : « nous allons prendre le temps de soins nécessaire » mais « je reprends quand ma formation ? ».

LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR THÉRAPEUTIQUE

Le processus qui a lieu durant le séjour thérapeutique se déploie selon deux grands axes qui s'entremêlent : l'intégration dans la vie institutionnelle et l'évolution clinique. Cela se fait rarement de façon linéaire, il y a des avancées et des reculs, des décompensations, des hospitalisations, etc. Cependant, au bout de quelques mois, un rythme de croisière est souvent atteint et la symptomatologie est moins aiguë. Le patient entre dans une phase plus stable où se pose à nouveau la question de la durée de la prise en charge. Il y a en effet un flou : « ça va mieux, mais c'est encore fragile, on se donne encore du temps... ». Mais combien de temps ? Comment évaluer le moment où le patient est « suffisamment » stabilisé ?

Ce flou induit une forme de flottement qui peut susciter de l'inconfort ou de l'angoisse chez le patient aux prises avec la préoccupation de « l'après ». Cela peut être particulièrement frustrant, par exemple, pendant la période annuelle d'inscription aux formations. Les familles manifestent souvent à ce moment-là leur incompréhension de la situation. S'il va mieux, pourquoi le patient ne pourrait-il pas commencer des stages ou une formation ? Quand le patient et son entourage exercent une pression concernant la durée des soins, l'équipe est amenée à réinterroger le sens du projet thérapeutique, à revoir éventuellement son indication. Cela suppose notamment de pouvoir différencier les objectifs du patient de ceux établis pour lui par les soignants.

Ce temps de flottement n'est cependant pas un temps suspendu, mais plutôt une sorte d'étirement du temps, un temps malléable. Il laisse du jeu, du temps pour explorer, se questionner, élaborer. C'est un temps précieux sur le plan clinique. Il permet aussi de ne pas dramatiser les reculs éventuels dans l'évolution des patients. C'est pourquoi nous lui accordons une grande valeur thérapeutique.

Les jeunes adultes que nous accompagnons sont souvent confrontés à des enjeux propres à l'adolescence, que la pathologie a parfois entravés ou retardés. Les adolescents vivent généralement dans l'instant présent, ils peinent à se projeter dans l'avenir et à envisager une évolution. Cela peut les amener à se sentir enfermés dans une période de mal-être, sans perspective, d'où l'urgence pour eux d'instaurer des changements immédiats et tangibles. Nos patients sont souvent traversés par ce genre de vécu.

Par ailleurs, ces jeunes appartiennent à une génération dont la perception et la relation au temps diffèrent de celles des générations précédentes. Leur rapport au rythme est principalement marqué par la vitesse. Ils évoluent dans un monde où les échanges sociaux, l'accès à l'information et aux divertissements se font quasi instantanément. Jocelyn Lachance souligne que « les technologies de communication, désormais au cœur de la sociabilité juvénile, affectent leur rapport au temps en précipitant leur désir d'immédiateté » (1). Les notions de délai ou d'attente semblent presque obsolètes dans leurs représentations ainsi que dans leur quotidien. Les contraintes temporelles et les étapes nécessaires au déroulement d'un projet peuvent alors être perçues comme des entraves.

De plus, leur attention est constamment sollicitée par les flux incessants des réseaux sociaux, qui proposent un zapping continu, sans leur permettre de se poser sur un sujet ou de construire une réflexion (1). Se donner du temps pour qu'un processus thérapeutique puisse se déployer semble dans ce contexte relever de la gageure. Comment alors ces jeunes tolèrent-ils ce temps « étiré » du soin, essentiel selon l'équipe soignante à leur stabilisation ?

Plusieurs facteurs permettent ce travail sur la question de la temporalité des soins à l'IM. Le premier est l'organisation temporelle des activités sur le temps long. Une grille d'activités est en effet établie pour une année, et lorsque le patient intègre les activités thérapeutiques, il peut s'y projeter sur plusieurs mois. Des projets sur le moyen terme peuvent ainsi être proposés et investis.

L'inscription dans un collectif et dans la dynamique de la vie institutionnelle sont deux autres facteurs essentiels. En effet, le patient fait partie d'un groupe institutionnel dont la vie est rythmée par des événements et projets communs réguliers, festifs et symboliques, qui favorisent le développement d'un sentiment d'appartenance. Ce sentiment et les liens particuliers qui se forment, lui permettent d'investir le lieu et le groupe. Ce phénomène soutient le patient dans le processus thérapeutique engagé.

D'autre part, le travail de réflexion sur le sens des soins, qui permet d'ajuster régulièrement le projet thérapeutique avec le patient et son entourage, constitue un levier pour accompagner le patient face

à la durée des soins. Les rencontres avec le réseau de soins, ainsi que les demandes régulières de rapports par les assurances, ponctuent et nourrissent ce processus de réflexion.

Ce temps du soin qui s'allonge peut parfois aussi être perçu comme un soulagement, libéré d'autres contraintes temporelles, tout en étant ancré dans un lieu avec un projet porteur de sens. Cela a été particulièrement évident lors de la période de confinement due au Covid-19. De nombreux patients ont en effet exprimé un sentiment d'apaisement et de sérénité retrouvée, appréciant l'absence d'obligations, de programme ou d'agenda.

Il est à noter que selon les pathologies, le temps qui s'écoule et la fin du processus de soins peuvent être vécus de façon différente. Par exemple, dans le registre de la psychose, certains patients peuvent vivre « hors du temps », comme suspendu dans un éternel présent, avec l'impossibilité de s'inscrire dans une temporalité ayant un début et une fin. C'est ce qui fait dire à Amélia Lemoalle que « le temps du soin, c'est avant tout chez le psychotique le lieu du soin, son espace qu'il doit travailler à construire, à investir et à s'approprier » (5). Ces patients peuvent parfois évoquer un projet de vie, qu'il soit professionnel ou autre, mais il est nécessaire de pouvoir distinguer ce qui relève d'un véritable désir, de ce qui peut être plaqué pour répondre au désir des autres, y compris à celui des soignants.

En présence de troubles de la personnalité, les enjeux de séparation peuvent provoquer une recrudescence de symptômes et de passages à l'acte à la fin du séjour. Il n'est pas rare alors que l'on soit amené à questionner le maintien d'une date de départ, et que l'on interroge la pertinence - ou non - d'une prolongation des soins.

LA FIN DE PRISE EN CHARGE

Le projet de « l'après », peut se modifier, devenir flou, au gré des avancées et reculs symptomatiques et de la stabilisation. Il se travaille évidemment bien en amont de la fin concrète de la prise en charge. Lorsqu'une réinsertion professionnelle ou une formation sont envisageables, le patient peut intégrer le programme Avanti, commun à notre structure de soins et à l'Assurance Invalidité. Ce programme vise à faire cohabiter le suivi thérapeutique en HJ avec la réinsertion professionnelle en entreprise. Ce type de projet constitue souvent un moteur, un point de perspective, il peut cependant aussi devenir un carcan. En effet, il risque de nous enfermer dans une approche réadaptative et normative, et il ne doit en aucun cas prendre le pas sur la finalité première des soins : l'amélioration et la préservation de la santé mentale.

Certains jeunes sont amenés à renoncer à leurs objectifs de réinsertion : soit que leur stabilisation reste trop fragile,

soit que leur processus de rétablissement ne leur permet pas de soutenir un rythme de travail. Ils peuvent être alors orientés vers des activités protégées. Pour certains, il s'agira simplement de trouver un lieu de vie autonome ou encadré, et un fonctionnement quotidien qui viseront le maintien de la stabilisation psychique. Ces situations nécessitent un travail de deuil tant pour le patient que pour son entourage, et bien souvent aussi pour l'équipe soignante.

Idéalement, la fin des soins en HJ représente l'aboutissement d'un projet élaboré en collaboration avec le patient et en concertation avec les divers intervenants de son réseau. Cependant, cette fin demeure toujours soumise à des contraintes externes, telles que les délais de formation, les dates de stage, etc. En ce sens, la fin de la prise en charge peut aussi bien être dictée par l'évolution clinique que par les impératifs de la réalité. Il arrive aussi que la fin de suivi se fasse par une rupture, ou à la suite d'un processus de désengagement progressif du patient. Le plus souvent, la fin des soins en HJ se compose d'un subtil mélange de ces différents éléments. C'est à ce moment que les temporalités intriquées au cours du parcours peuvent aussi bien converger et s'harmoniser, que se heurter ou interférer entre elles.

Ce moment de la fin peut devenir un catalyseur d'empowerment, un moment où le patient prend des risques, et où le réseau de soins lui accorde la confiance nécessaire pour qu'il puisse poursuivre son chemin. Cela implique un ajustement de l'attitude des soignants, capables de savoir quand réorienter ou clore leur intervention, en adoptant une posture de partenariat qui favorise la co-construction du projet du patient (6). Une prolongation excessive des soins dans l'objectif d'autonomiser le patient peut, paradoxalement, le maintenir dans une position de dépendance. L'autonomisation du patient passe en effet par une émancipation au moins partielle du système de soins.

DEUX SITUATIONS CLINIQUES

Nous proposons d'examiner ces différents enjeux au travers des situations de T. et L..

T., 20 ans, est orienté vers l'HJ par son psychiatre dans un contexte de rupture de contrat d'apprentissage et d'exacerbation de ses symptômes (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, addiction aux jeux vidéo, épisode dépressif). De fortes tensions familiales sont présentes du fait de son inactivité et de son absence de projet. Lors des premiers entretiens, T. nous dit que son but est de se stabiliser pour reprendre une formation. Il ne veut pas « perdre de temps » et veut que « ça bouge ». D'emblée, une tension est présente entre l'indication des soignants (orientée vers les soins dans la durée) et la demande du patient et de sa famille (orientée vers l'insertion professionnelle rapide).

T. s'engage cependant de manière déterminée et très active, en s'impliquant dans les groupes et les espaces, prenant rapidement une place importante et se montrant à l'aise. Cet investissement semble pour lui être une étape indispensable pour accéder à la suivante : la réinsertion professionnelle. Il bénéficie du retour à un rythme stable et de la perspective de cet « après », qui l'aident à se remobiliser.

Pour les soignants, il apparaît que T. investit les groupes de façon un peu forcée et manifeste des difficultés relationnelles. Il semble en effet toujours un peu en décalage et éprouve de la difficulté à se confronter au point de vue de l'autre. Ces aspects ont entraîné par le passé des ruptures de projets de formation. Toutefois, il est notable que T. réussit à rétablir une certaine confiance en lui et en sa capacité à mener à bien un projet, bien qu'en rejetant en partie les soins. A l'évocation d'éléments à travailler sur le plan thérapeutique il oppose fréquemment son désir de voir les choses avancer et l'idée qu'il pourrait « perdre son temps ». Ainsi, son désir d'avancer vite ne lui a pas permis de s'installer dans un temps de stabilisation.

Lorsque T. s'engage dans le processus de réinsertion, les différents stages qu'il effectue se déroulent bien et il passe rapidement de 2 à 4 jours en stage. T. concentre alors son énergie vers le monde du travail et désinvestit progressivement le monde des soins. Au moment où il débute son premier stage, une réévaluation diagnostique est réalisée et met en évidence des traits relevant d'un TSA, confirmant une indication à poursuivre les soins. Pour l'équipe soignante, il est trop tôt pour une fin des soins, alors que pour T., sa famille et ses personnes référentes en réinsertion, il est prêt à sortir de l'HJ et à s'engager pleinement dans la vie active. T. décide de ne pas poursuivre les soins.

La situation de T. soulève plusieurs questions concernant les enjeux autour de la temporalité des soins : l'évaluation clinique devrait-elle prévaloir pour définir cette temporalité ? A partir de quels critères peut-on considérer qu'un patient est « prêt » à quitter l'HJ ?

L. a 22 ans quand elle arrive en HJ. Elle se présente très déprimée et explique qu'elle a interrompu son contrat d'apprentissage. Elle dit ne plus tolérer le stress et la pression, mais surtout elle ne dort plus et la fatigue rend la situation ingérable pour elle. Elle admet avoir besoin de soins, mais accepte difficilement le statut de patiente en psychiatrie. L. se dit heurtée de se retrouver bloquée ainsi dans sa vie, et dit se sentir en décalage avec son copain qui fait des études.

L. dépend financièrement de ses parents. Ceux-ci se montrent soutenant et encouragent L. à s'engager dans les soins. Ils font néanmoins pression ponctuellement pour savoir ce qu'il en est des projets de reprise de formation. Ainsi les premiers mois du séjour de L. en HJ sont teintés d'ambivalence concernant son adhésion aux

soins. Cette ambivalence, amplifiée par le fait qu'il n'y a pas d'échéance précise concernant la fin des soins et un nouveau projet de vie, la conduit à être fréquemment absente de l'HJ.

L. décide, après plusieurs mois de doutes concernant son projet de soins, de faire une demande de rente à l'Assurance Invalidité. L. souhaite en effet pouvoir obtenir rapidement un soutien financier. Cette démarche implique administrativement de mettre en suspens toute avancée concernant la réinsertion ou un projet de formation. Elle se dégage ainsi d'une temporalité externe aux soins. Une sorte de détente s'installe alors, et un centrage se fait sur les soins en HJ. L. recherche un équilibre dans la distribution de son énergie entre les différentes dimensions de sa vie. Elle témoigne à ce moment-là d'un besoin de ralentissement, véritable facteur de stabilisation pour elle. La dépression se résorbe alors assez rapidement et le sommeil se stabilise. Cela permet à L. de travailler au repérage de ce qui a pu la mettre en difficulté lors de son début d'apprentissage, de ses besoins et de ses limites.

Néanmoins, après environ un an en HJ, L. est toujours en attente et se décourage. Elle réalise que l'Assurance Invalidité ne se prononcera pas au sujet d'une rente avant qu'elle n'essaie des mesures de réinsertion. Elle intègre alors le programme Avanti et commence un stage. Elle se montre soucieuse de la progressivité de sa réinsertion et est attentive à ne pas brûler les étapes, de crainte de se retrouver à nouveau débordée. Elle décide de la fin du séjour thérapeutique seulement lorsqu'elle a signé un nouveau contrat d'apprentissage.

L. était aux prises avec l'injonction interne et externe d'avancer en construisant un projet professionnel, ce qui l'empêchait d'adhérer pleinement au projet de soin. Ce n'est qu'en se dégageant de cette temporalité contraignante qu'elle a pu prendre le temps nécessaire pour comprendre un peu mieux ses fragilités ainsi que ses ressources.

La situation de L. nous invite à réfléchir au rythme effréné de nos vies. Le temps des soins est pour elle l'occasion d'un ralentissement et d'une réorganisation de sa vie en tenant compte de cette question du rythme. S'agit-il pour elle d'une difficulté d'adaptation, ou d'une résistance face à ce monde qui va et vit trop vite ? Hartmut Rosa évoque à ce sujet l'aliénation des sujets, comme conséquence de l'accélération temporelle et sociale. Pour lui cette accélération engendre une perte de contrôle, un sentiment de course permanente et une difficulté à établir des liens profonds avec le monde. L'aliénation survient lorsque nous sommes déconnectés de ce qui nous entoure, incapables d'entretenir une relation authentique avec les autres, la nature ou nous-mêmes (2).

CONCLUSION

L'intrication des temporalités en HJ crée un champ de tension, qui peut parfois mettre à mal le projet de soins, mais qui offre la plupart du temps l'opportunité d'un véritable travail clinique. Nous suivons le patient dans ses avancées et ses mouvements de repli, dans ses essais, ses réussites et ses échecs. En fonction de cette évolution, il nous faut régulièrement réajuster ensemble nos représentations respectives de la finalité et de la temporalité du projet thérapeutique, en y intégrant des éléments hétérogènes au champ des soins.

Ainsi, les jeunes en HJ nous obligent à prendre en considération d'autres temporalités, liées à leur besoin de s'autonomiser et de construire un projet d'avenir, ainsi qu'à leur rapport spécifique au temps. Ce n'est qu'à cette condition notamment qu'une relation de confiance peut s'établir, permettant au patient et à son entourage d'entendre éventuellement en retour nos indications cliniques, pour qu'au final les différentes temporalités en jeu se conjuguent et s'harmonisent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lachance J. L'adolescence hypermoderne : Le nouveau rapport au temps des jeunes. Québec : PUL ; 2011.
2. Hartmut R. Aliénation et accélération. Paris : La Découverte ; 2012.
3. Institut Maïeutique - Vez Vanessa [en ligne]. Rapport d'activités 2023. Disponible : <https://www.maieutique.ch/informations/#reports>
4. Lemoalle A, Loison C, Maurette JL, et al. Il était une fois à l'HdJ... Le soin à l'HdJ : déplacement de la temporalité sur l'espace. Empan. 2008 ; **1**(69) : 82-86.
5. Cleach C. Adolescents en HJ : comment envisager l'après ? Le Journal des psychologues. 2015 ; **4**(327) : 38-42.
6. Söderström D, Conus P. Approche psychothérapeutique des psychoses. Chêne-Bourg : RMS Editions ; 2021, 95 – 129.

LES AUTEURS :

Lisa BLEYNIE-AZIZ, Stéphane POISSONNIER

Institut Maïeutique
Rue Ste Beuve 4, 1005 CH-Lausanne (Suisse)
Stephane.Poissonnier@maieutique.ch

LE TEMPS DU SUJET : « JE PEUX RESTER CINQ ANS, ALORS »

- Patrick DANIEL, Carine MASKENS, Maïté HENRY -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'hôpital de jour de la clinique Sans Souci à Jette en Belgique est né il y a une trentaine d'années. Au fil des ans, la notion de temporalité dans les soins a changé : A-t-on encore le temps de prendre le temps ?

Tout s'est accéléré dans les prises en charge, même si nous nous percevons comme un îlot de résistance où le temps de soin du patient, bien qu'il ait fortement diminué au cours de ces années, demeure plus long que celui des autres unités de la clinique Sans Souci.

Le travail n'est plus le même qu'auparavant. Comment, dans ce contexte, créer, tisser et entretenir le lien quand, dès l'entrée en soin des patients, nous sommes censés aborder les projets et les besoins du patient pour l'après-hospitalisation ? Comment ce temps raccourci influence-t-il la qualité de notre travail ?

En essayant de conserver notre savoir-faire, face à tous ces changements, nous nous efforçons de rester ouverts aux différentes approches thérapeutiques afin de préserver la nécessaire dimension subjective des soins psychiques.

Le rythme plus soutenu et la gestion des différentes trajectoires de soins nous mettent régulièrement à rude épreuve. Dans cet article nous aborderons le cheminement de notre réflexion pour définir notre « temps d'hospitalisation ». À travers trois trajectoires de soins différentes au sein de l'hôpital de jour, nous illustrerons les difficultés, les questionnements et les singularités des fins de séjour ?

MOTS CLÉS: Temporalité - Singularité - Transition - Clôture

THE TIME OF THE SUBJECT: «I CAN STAY FIVE YEARS, THEN»

The day hospital emerged about thirty years ago. Over the years, the concept of temporality has evolved: do we still have the time to take time?

Care processes have accelerated, but we remain like an island of resistance where patient care time, although significantly reduced over the years, is still longer than in other units of the Sans Souci clinic.

The nature of the work has changed. So, how can we create, weave, and maintain bonds when, from the very moment individuals arrive, discussions focus on plans and needs for post-hospitalization? How does this shortened time affect the quality of our work?

While trying to preserve what we have achieved amidst all these changes, we strive to remain open to different therapeutic approaches to safeguard the subjectivity of psychological care.

The pace and management of various care pathways often challenge us—sometimes intensely. In this article, we will discuss the evolution of our reflections in defining our «hospitalization time.» Through three distinct care pathways within the day hospital, we will illustrate the challenges, questions, and uniqueness of the end of the hospitalization period.

KEY WORDS: Temporality - Uniqueness - Transition - Closure

INTRODUCTION

La clinique Sans-Souci, avec son hôpital de jour créé en 1994, a constamment évolué, adaptant son approche thérapeutique au fil du temps et des réformes de la santé mentale en Belgique.

Initialement axée sur le maintien de l'équilibre des patients sans limite de temps, la clinique a dû, face aux nouvelles directives, notamment le projet 107¹, repenser sa pratique et limiter la durée des prises en charge.

¹ Le projet 107 est une réforme majeure des soins de santé mentale ayant pour but de déplacer l'axe des soins hospitaliers vers la communauté. L'objectif est de fournir des soins plus accessibles, intégrés et personnalisé en mettant l'accent sur le rétablissement et la réinsertion sociale.

Désormais, l'accent est mis sur l'accompagnement individualisé, la (re)création du lien et l'intégration sociale des patients en tenant compte des besoins et des ressources de chacun.

D'une notion de temps indéterminé, le temps figé de la psychose, le temps de la dépression, de la bipolarité, de la dépendance, nous avons expérimenté une limite de séjour de 5 ans. Mais l'équipe a constaté que cette limite temporelle pouvait parfois inhiber les patients. Un grand nombre d'entre eux considérait ce temps de traitement comme un acquis. Il n'était pas rare d'entendre : « j'ai le droit de rester 5 ans, alors » ! Cela rendait plus difficile le travail de clôture des prises en charge et affectait la capacité du patient à se mobiliser (psychiquement) dans la recherche de solutions pour, cette durée écoulée, assurer son équilibre. En conséquence nous avons décidé d'abandonner l'annonce de cette durée et de ponctuer le temps par la programmation de bilans permettant de questionner le temps parcouru et le temps restant avant la clôture du travail thérapeutique

Tous ces réaménagements, ces redéfinitions de temporalité nous questionnent : devons-nous formaliser ou ritualiser notre manière de clôturer les séjours ?

C'est à travers trois parcours de patients que cet article, basé essentiellement sur des observations cliniques, explore les différentes manières d'appréhender et de vivre la séparation.

TROIS PARCOURS VERS LA SORTIE

D. a fréquenté l'hôpital de jour environ 5 ans. À son arrivée, elle nous a expliqué qu'elle cherchait un hôpital de jour après avoir atteint la limite de 2 ans au sein d'un autre centre de jour.

Consciente de l'instabilité d'une humeur alternant entre des phases basses avec risque de dépression et hautes avec risque de prises de décisions radicales, que ce soit au niveau financier ou par rapport à sa santé mentale, elle pensait qu'elle aurait toujours besoin d'un suivi en centre de jour.

D. commence par une fréquentation de deux jours par semaine car elle est déjà engagée dans un bénévolat. Dès les premières semaines, elle s'intègre bien au programme. Elle est très régulière et participe activement à toutes les activités : ergothérapie, groupes d'expression et groupe de mise en mouvement. Elle voit sa référente toutes les semaines et, si nécessaire, fait aussi appel à notre infirmière sociale.

Elle a de bonnes capacités intellectuelles et d'élaboration. Elle essaie de donner le meilleur d'elle-même et reste toujours très collaborative et à l'écoute, tant des autres patients que de l'équipe. Sa présence

favorise une dynamique positive au sein des groupes. Bref, elle s'avère être une « patiente modèle ».

Son engagement actif dans le processus thérapeutique lui permet petit à petit de travailler plusieurs difficultés :

- ♦ Elle prend le temps de réfléchir et met en place ce qui pourrait être utile et l'aider au niveau de sa santé physique.
- ♦ Elle reconnaît avoir une faible estime de soi, une difficulté à tenir compte de ses besoins et à mettre ses limites.
- ♦ Elle constate également qu'elle se compare sans cesse aux autres ou à la D. « d'avant ».
- ♦ Elle ressent souvent une baisse d'humeur à l'approche de l'hiver.

La réflexion de l'équipe se fait à plusieurs niveaux : comment l'aider à développer son estime de soi et vu ses capacités, peut-on penser la suite de l'hôpital de jour autrement qu'envisagé par la patiente.

Au fur et à mesure de son séjour, on constate que D. prend ses marques. Elle amène des situations de vie difficiles, s'interroge sur sa façon de fonctionner, sur ses croyances et fait des liens avec son histoire. Les différents groupes auxquels elle participe lui permettent d'être plus nuancée dans la vision qu'elle a d'elle-même et lui donnent l'occasion de s'ouvrir à d'autres possibles tout en acceptant ses limites.

Au cours des bilans, l'accent est mis sur son parcours depuis son arrivée, les changements ressentis ou observés tout au long de ce parcours mais également sur la suite à donner à l'hôpital de jour. Comment pouvons-nous l'aider aujourd'hui à élaborer et mettre en place sereinement l'après hôpital de jour. Comme l'expliquent Morin, Bouychou et van Caeyesele, (1) « il semble essentiel de laisser au patient le temps d'élaboration dont il a besoin, de travailler et coconstruire, avec lui, la séparation à venir, promise, inéluctable. Autrement dit, il semble essentiel de lui permettre d'être acteur en choisissant et en construisant sa façon ou ses façons de se séparer afin que cette séparation puisse être possible, supportable ».

Ce sujet entraîne souvent de l'anxiété chez les usagers. Il y a bien sûr la « séparation » mais l'introduction de la temporalité questionne aussi le sens de l'hospitalisation, du projet de vie.

D. prend peu à peu conscience de la pression qu'elle se met en s'obligeant à faire des activités qui ne lui conviennent pas forcément. Elle s'affirme davantage. Son bénévolat ne lui plaît plus vraiment, et elle décide de l'arrêter. Parallèlement, elle réfléchit à des activités extérieures qui pourraient lui faire plaisir et mieux lui convenir. La mise en place reste très difficile car elle rencontre des difficultés à se déplacer et a très peu de

moyen financier. Elle est vite fatiguée et anxieuse de quitter l'hôpital de jour.

L'équipe lui propose alors la possibilité de tester des activités extérieures en lui proposant des demi-journées d'hospitalisation. D. accepte avec d'autant plus de plaisir qu'elle se sent très fatiguée par une fréquentation à temps complet. Cette liberté lui permet de mettre en place des activités qui la passionnent davantage comme des cours de langue par vidéo conférence.

Elle rencontre un psychologue extérieur à notre hôpital dans l'idée de préparer sa sortie. Elle essaye également différents cours de Tai-chi mais constate que cela lui cause trop de stress.

Finalement, c'est elle-même qui décide de sa date de sortie, se sentant prête à poursuivre sans hôpital de jour. Elle accepte aussi notre proposition de la rencontrer un mois après sa sortie pour évaluer son état psychique et émotionnel ainsi que son adaptation à son nouveau rythme quotidien.

Nous envisageons alors avec elle deux derniers points à éclaircir :

1. Quelles sont les dernières démarches à mener ? (Service psychiatrique à domicile (SPAD), Kiné, activités).

Elle décide de contacter un SPAD et souhaite rajouter une activité « plaisir » qui la ferait sortir de chez elle tout en mentionnant clairement qu'elle ne veut plus faire de bénévolat.

2. De quelle façon veut-elle partir ? A-t-elle une envie ou un besoin particulier ?

D. pourra organiser son départ selon ses souhaits. Elle participera à une fête institutionnelle et recevra une carte signée par tous ainsi que quelques cadeaux offerts par les autres usagers.

L'expérience d'E., quant à elle, met en lumière d'autres enjeux liés à la temporalité et à l'appréhension de la séparation, notamment la gestion des crises et la difficulté à anticiper la fin de l'hospitalisation.

E. est arrivée à l'hôpital de jour en août 2020 après plusieurs hospitalisations en unité de crise en raison d'idées suicidaires et d'angoisses liées à des difficultés professionnelles.

Les objectifs de son hospitalisation étaient clairs : structurer ses journées et retrouver un rythme en vue de reprendre le travail, tout en améliorant la gestion de ses émotions.

Admise pendant la période COVID, elle viendra deux jours par semaine en raison des capacités d'accueil réduites dues au confinement.

Elle sera très régulière et participera à différentes activités telles que l'ergothérapie, un groupe d'art-

thérapie ou encore la relaxation.

Dès les premiers entretiens avec sa référente, des difficultés relationnelles apparaîtront. E. éprouvera des difficultés à établir un contact visuel, elle présentera des tensions corporelles, se recroquevillera sur elle-même, se balancera et présentera des moments d'absence dans l'échange.

Ses comportements de retraits augmenteront lorsque l'on abordera sa vie familiale, notamment la difficulté de gérer ses deux enfants, la communication limitée avec son mari ainsi que son envie de reprendre le travail.

Il faudra plus de trois mois pour qu'E. parvienne à regarder son interlocuteur lors d'un entretien. Elle pourra alors évoquer la difficulté de regarder l'autre par crainte de voir du jugement dans le regard de celui-ci. Elle avouera qu'elle se regarde elle-même très peu pour cette raison. Elle évoquera alors les bienfaits d'être en contact visuel dans les entretiens car cela est soutenant et lui permet parfois d'éviter la « déconnexion ».

Dans un premier temps nous aborderons régulièrement la reprise du travail mais nous serons très vite confrontés à l'ambivalence d'E..

Les questions autour du travail la mettront souvent à mal et elle traversera des moments de grande souffrance avec des idées suicidaires très précises qu'elle pourra partager, souffrances accompagnées de périodes d'insomnie et de dissociation. Ces différents états se manifesteront lors d'entretiens et parfois lors de certaines activités.

Le travail effectué par l'équipe sera alors de l'aider, d'une part, à repérer les signes annonciateurs des crises tels qu'un manque de sommeil, un retrait physique avec des périodes de déconnexion, une consommation plus régulière d'alcool et, d'autre part, à reconnaître ses besoins.

Cependant, malgré l'évolution d'E., les hauts et les bas rythmeront son parcours. Au bout de huit mois d'hospitalisation de jour elle sera hospitalisée en urgence.

Pourtant, à plusieurs reprises, l'équipe lui avait proposé de planifier une hospitalisation avant qu'une crise ne survienne, idée qu'elle refusait catégoriquement. Ces moments furent difficiles à gérer pour l'équipe car E. nous mettait face à un sentiment d'impuissance par son refus des pistes proposées.

Deux mois après cette hospitalisation, elle reviendra à l'hôpital de jour.

À son retour, elle exprimera avoir très mal vécu cet épisode d'hospitalisation sous contrainte.

Elle exprimera ne plus vouloir revivre ce type d'hospitalisation, et dira être traumatisée par ce qu'elle

y a vécu. Mais elle reconnaîtra que prendre plus de temps pour s'occuper d'elle comporte un certain bénéfice.

Cette expérience a permis d'ouvrir le dialogue et une réflexion sur sa difficulté à accepter une hospitalisation qu'elle associe à un échec, à la perte de contrôle, à l'inquiétude de son entourage et à la peur de la séparation d'avec sa famille. Cela lui permettra également d'élaborer petit à petit l'importance de repérer et de tenir compte des signes avant-coureurs de la crise.

Lors de ce deuxième séjour, E. put également parler d'éléments traumatiques de son histoire, de difficultés relationnelles avec des membres de sa famille, tout en poursuivant la réflexion autour d'une reprise d'une activité professionnelle.

Le travail thérapeutique effectué permet à E. de reconnaître et nommer les émotions qui la traversaient en soutenant le regard et en évitant les déconnexions. Toutefois certaines de ses émotions et éléments de vie restaient difficiles à gérer et pouvaient l'amener à des moments de crise. Elle restait alors toujours réticente à l'idée d'une hospitalisation quand cette piste était évoquée par l'équipe.

E. connaîtra d'autres hospitalisations en urgence durant son parcours chez nous. Ces expériences ont toutefois permis d'ouvrir le dialogue sur ses difficultés à accepter l'hospitalisation.

Le diagnostic de trouble borderline, posé lors d'une de ces hospitalisations sera un tournant dans son trajet de soins. Il l'amena à rechercher des professionnels spécialisés dans ce trouble. Elle voulut notamment changer de psychologue extérieur sans vouloir clôturer son suivi actuel. Cette envie de changement entraîna une réflexion partagée avec l'équipe sur sa difficulté à gérer les départs ou les changements. Nous avons fait le parallèle avec ces différentes hospitalisations amenant une rupture brutale avec l'hôpital de jour et sa vie familiale.

Nous évoquerons régulièrement avec E. cette ambivalence et la difficulté de travailler avec elle dans ces moments de crise lors des entretiens et des bilans. À force de discussion, E. put entendre et comprendre les bénéfices pour elle et son entourage d'une anticipation. Elle finira par pouvoir anticiper et planifier une hospitalisation plus longue dans une des unités de notre clinique spécialisée dans les troubles de la personnalité.

Les trois semaines d'attente avant son admission furent difficiles à gérer car, pour la première fois, elle devait gérer les ruminations de ce qui pourrait se passer, la nécessité de communiquer avec son entourage, faire face aux inquiétudes et émotions de ses enfants mais aussi programmer la séparation.

Elle sera hospitalisée entre novembre et juillet 2023.

À son retour à l'hôpital de jour une limite de 6 mois sera fixée pour encourager son ouverture vers l'extérieur en vue de se confronter à nouveau et petit à petit au monde extérieur et aux exigences professionnelles mais aussi d'interrompre le cercle : crise – hospitalisation.

Dans un premier temps, elle éprouvera des difficultés face à ce délai et à l'idée d'une fin de prise en charge mais pourra, lors des entretiens, exprimer son sentiment d'abandon et de rejet. Comme le souligne Labaki (2), il est important de comprendre ce que le mot *clôture* signifie pour chaque intervenant, car c'est souvent cette signification personnelle qui empêche de penser et de traverser cette étape de la relation thérapeutique.

Après avoir mis des mots sur ses ressentis, E. comprendra que l'équipe l'accompagnera et l'aidera à atteindre ses objectifs et elle trouvera rapidement une activité extérieure et un bénévolat. Ces expériences extérieures lui permettront de prendre confiance en elle et une date de fin de séjour sera planifiée avec elle.

Il lui sera proposé de pouvoir clôturer son séjour comme elle en aura envie. Ne souhaitant organiser aucun événement avec les autres usagers, elle exprimera le souhait de partir en toute discrétion. Nous retrouvons ici toute sa difficulté à se séparer et à dire au revoir.

La semaine précédant son départ, E. nous fera part de son envie de partir, au motif qu'elle ne se sentait plus complètement à sa place. Cela lui sera accordé et elle terminera donc son hospitalisation en fin de journée. Elle prendra un temps pour remercier les membres de l'équipe du travail et du soutien reçu tout au long de son parcours.

E. nous recontactera quelques semaines plus tard pour connaître le prix de son dernier projet en ergothérapie afin de venir le payer et le récupérer. À ce jour, elle n'est toujours pas venue le chercher.

Le choix de J. d'un objet médiateur en atelier d'ergothérapie met en évidence combien cet objet est une représentation du lien patient/soignant occupé à se nouer.

Plus que simple objet, il devient objet relationnel, voire transitionnel, porteur d'émotions mais aussi vecteur de transition entre deux espaces.

J. entre dans le service d'admission de la clinique Sans Souci en 2005. Il présente des hallucinations auditives, des interprétations paranoïaques avec des traits déficitaires tels qu'un apragmatisme, un émoussement affectif et des relations sociales pauvres. Son hygiène est négligée et son anxiété constante se manifeste par une sudation et des rougeurs importantes du visage. Le contact est difficile, J. est très interprétatif et sa paranoïa complique sa relation aux autres.

Après avoir été hospitalisé dans différentes unités de la clinique, il part habiter dans un appartement privé soutenu par une équipe mobile et rejoint notre hôpital de jour. Nous sommes alors en 2010. Mais la situation se dégrade. Le suivi par la maison médicale et la prise de médicaments deviennent aléatoires. Il accueille chez lui bon nombre « d'amis » qui finissent par squatter son appartement, augmentant son anxiété. Hospitalisé à nouveau, il abandonne son studio et s'installe dans un appartement supervisé où il vit toujours à l'heure actuelle.

Petit retour en arrière. C'est en 2005, en tant qu'ergothérapeute de l'unité où arrive J., que je le rencontre pour la première fois à l'atelier d'ergothérapie, il y vient chaque jour pour dessiner, impossible de le distancier de cette activité. Il dessine bon nombre de Batman et de son fidèle Robin, dans un style des années 50-60. J. a un beau coup de crayons, ses réalisations sont singulières.

C'est sa seule inspiration...à laquelle il travaille de manière isolée parmi les autres. Il a peu de contact et reste très interprétatif. Son parcours est marqué par une lente évolution. Sa stabilisation va prendre plusieurs années.

En 2010, J. entre à l'hôpital de jour. La gestion du quotidien reste difficile et l'équipe décide de travailler quatre jours par semaines avec lui. Avec son psychiatre, une hospitalisation complète de trois semaines est programmée trimestriellement. Elles permettent de faire le point et d'éviter les décompensations anxieuses. Petit à petit, la durée de ses hospitalisations complètes va se réduire.

Bâtir une relation de confiance et offrir un espace sécurisé propre à son épanouissement prend du temps, mais permet la diminution de ses anxiétés et interprétations.

Il dessine à longueur de temps. Si ses travaux peuvent être différents, le thème central reste identique. La notion du temps n'existe pas et il peut travailler pendant des jours sur la même feuille.

Batman et les personnages Marvel® viennent à mon secours sous forme de figurines que J. collectionne dans des boîtes. Je lui propose, de réaliser une étagère pour disposer sa collection. Il adhère à un projet qui va indirectement le décider à prendre un risque : essayer d'autres ateliers comme le cuir, la reliure...Il lui aura fallu beaucoup de temps avant d'expérimenter d'autres types d'activités en ergothérapie.

Petit à petit, ses habitudes évoluent et changent, il se détend et devient plus communicatif. Son aspect physique s'améliore. Il continue bien sûr le dessin mais sa participation à l'atelier arts plastiques l'amène à s'intégrer parmi d'autres. Il ne s'isole plus.

En 2015 je commence mon travail à l'hôpital de jour et deviens son référent. Au vu de son évolution, nos entretiens s'orientent autour de la question « comment projeter dans le réseau extérieur la sécurité et la continuité du travail entamé à l'hôpital de jour ? ». L'inacceptable des débuts devient entendable « à l'instar de beaucoup d'anciens patients, je vais devoir vous quitter un jour ».

Durant plusieurs mois, nous travaillons dans l'atelier reliure. Nous redonnons vie à de vieux livres, mais nous pouvons aussi créer son propre carnet pour rassembler des écrits, des dessins ou des photos. Il a deux projets qu'il exprime régulièrement : rejoindre l'académie de dessin et réaliser une BD sur le thème de *Pierre et le loup* avec comme finalité de relier son travail lorsque celui-ci sera terminé.

En 2016, il s'inscrit à l'académie de dessin et, contre toute attente, va suivre les cours pendant trois ans. Il arrêtera au cours d'une quatrième année qui, orientée info-graphisme, ne lui convient pas car il déteste le travail sur ordinateur. Ce cours lui permet de commencer son deuxième projet. La BD va petit à petit prendre corps.

Pendant le COVID, J. est obligé d'utiliser son appartement comme atelier et cela va le tenir en action. Cet isolement inattendu sera l'exercice anticipé et grandeur nature de la pré-sortie.

Petit à petit l'hôpital de jour rouvre et les choses reprennent leur cours. L'idée de quitter se fait de plus en plus présente dans son esprit, il n'hésite plus à aborder le sujet tout en parlant de ses craintes de partir.

Dans notre programme d'activités, une infirmière sociale et moi-même accompagnons le groupe GPS. Ce groupe est centré sur la découverte de lieux de liens (associations, magasins), sur l'utilisation des transports en commun. Les exercices consistent à poser balises et repères à l'extérieur. Chaque personne peut faire la demande d'être accompagnée vers un lieu où aller seul lui paraît trop compliqué. Cette activité repose sur l'entraide du groupe, tous les participants s'accompagnent mutuellement.

J. participe à ce groupe et un centre d'activités finit par retenir son attention « l'espace 51 » qui comprend un atelier de graphisme.

Après plusieurs visites, l'échéance de la sortie se fera de plus en plus présente. L'accompagnement, la stimulation et le soutien offerts par l'hôpital de jour dans l'ensemble des activités de la vie quotidienne et des loisirs de J. portent leurs fruits. D'après Morin, Bouychou, van Caeyseele (1) « la manière dont est vécue la séparation dépend entre autres de la manière dont cette question est amenée ».

Quelques mois avant la sortie, nous diminuons sa

présence à deux jours par semaine.

Le dernier mois, la fréquentation sera réduite à une journée par semaine. Il demandera de l'aider à organiser sa fête de départ au cours de laquelle il remerciera tout le monde, usagers comme équipe, en souhaitant le meilleur à tous. Selon Labaki (2), il est indispensable de le prévoir (l'aboutissement du travail), de le préparer. Pour un final primordial.

En avril 2022, J. quitte l'hôpital de jour pour « l'espace 51 ». Son projet de BD n'est pas tout à fait prêt, il me demande pour revenir exceptionnellement le relire à l'atelier une fois terminé. Depuis, il a bien repris contact avec nous pour savoir si je suis toujours disposé à l'aider. À l'heure qu'il est, son projet « dessin et texte » est normalement fini... Mais voilà, deux ans plus tard, la reliure n'est toujours pas commencée.

Alors J. est-il vraiment parti ? Aujourd'hui, son projet de vie n'inclut plus l'hôpital de jour, mais il reste cette reliure qui ne se fait toujours pas. Comme si résidait là le dernier lien, une ficelle qu'on déroule et qui permet de s'éloigner en douceur, sans quitter tout à fait...

CONCLUSION

Ces trois parcours de vie, illustrent trois façons différentes d'appréhender et de vivre la sortie. Ils nous aident à répondre à notre question de départ : devons-nous formaliser ou ritualiser la fin de nos prises en charge ?

Antérieurement, nous pensions qu'élaborer un cadre et un rituel structuré, procédural, voire unique, pouvait aider à mieux accompagner les usagers dans le travail de séparation. Nous avons le sentiment que cela pouvait offrir un cadre rassurant, tant pour le soignant que pour l'usager, et peut être même alléger l'anxiété souvent ressentie à l'approche de la séparation.

Cependant, au fur et à mesure de l'approfondissement de nos réflexions, en nous appuyant sur des lectures, en revisitant l'histoire personnelle de chaque usager et en nous reconnectant à leur individualité, il nous est

apparu que cette institutionnalisation des modalités de fin de prise en charge risquait de devenir un frein. Nous aurions alors mis en place un événement procédural ne tenant plus compte de la singularité de chacun de nos usagers et de leur trajectoire. C'est d'ailleurs ce que nous disent Morin, Bouychou et van Cayesele (1). Il n'y a pas une façon de se séparer. Il y en a autant que de patients, de thérapeutes et de rencontres. C'est propre à chacun et différent pour chacun car nous n'y mettons pas tous les mêmes choses.

Nous avons donc pris conscience que la fin d'un suivi ne devrait pas être vécue comme une simple étape ou formalité, mais qu'elle devait être adaptée à chaque individu, en respectant son rythme, ses besoins et sa manière propre d'aborder la séparation.

Figurer les contours de la séparation dans un cadre rigide risquerait de brider non seulement notre créativité en tant que thérapeutes, mais aussi l'originalité et l'autonomie de nos patients dans cette délicate phase de transition.

Toutefois, notre fonctionnement intègre de manière discrète un processus de préparation à la fin et à la séparation, amorcé dès le début de l'hospitalisation, afin d'en faciliter l'appropriation progressive par le patient.

Cela nous aide à appréhender avec plus ou moins de sérénité le moment du départ dans la mesure où cette question reste présente tout au long du séjour. La séparation est introduite dès la procédure de pré-admission ainsi que lors de l'accueil. Grâce aux bilans réguliers, la notion de temporalité est chaque fois rappelée. Cela permet de mieux intégrer le patient au cœur de son parcours et de son évolution. Il se l'approprie et le co-construit avec l'équipe qui l'encourage et le soutient.

Le travail autour de la fin n'est plus une contrainte. L'accent est davantage mis sur le projet de vie que sur la sortie elle-même. L'enjeu est de pouvoir maintenir cette approche dans un contexte de spécialisation croissante des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morin G, Bouychou M, van Cayesele A. Les processus de séparation en institution : de la symbiose au lien. Cliniques. 2014 ; 8(2) : 72-87. <https://doi.org/10.3917/clin.008.0072>
2. Labaki C. Soigner la clôture. Thérapie familiale. 2017 ; 38(3) : 247-254. DOI : 10.3917/tf.173.0247
3. Bietlot M. Folie de l'hospitalité : un autre accueil des personnes en trouble psychiatrique. Couleur livres ; 2022.

LES AUTEURS :

Patrick DANIEL, Carine MASKENS, Maïté HENRY

Hôpital de jour « Clinique Sans Souci »
Chaussée de Dielegem 25, 1090 Jette (Belgique)
pdaniel@sans-souci.be

TEMPORALITÉS DÉCALÉES EN HÔPITAL DE JOUR PÉDOPSYCHIATRIQUE

- Juliette BUTERA, Claire SAVÉANT, Senoy ELAKEL, Sophie SYMANN -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet écrit explore les défis temporels des soins psychiatriques pour enfants, notamment dans une société valorisant la rapidité et la rentabilité. Il illustre ces enjeux à travers le cas de F., un enfant de 9,5 ans souffrant de troubles obsessionnels compulsifs, de phobie sociale et de dépendance aux écrans. Sa prise en charge au KaPP, un hôpital de jour en pédopsychiatrie à Bruxelles, met en avant une approche multidisciplinaire institutionnelle alliant soins psychiatriques, accompagnement éducatif et pédagogique, ainsi que soutien familial.

L'hospitalisation de F. a été structurée en étapes progressives visant son autonomie dans des domaines clés : hygiène personnelle, alimentation, gestion émotionnelle et insertion sociale. La collaboration entre professionnels et parents a joué un rôle central dans l'élaboration de stratégies adaptées. Par ailleurs, les interactions entre F. et d'autres enfants ont renforcé sa confiance, révélant l'importance des dynamiques de groupe dans la thérapie.

Le suivi familial a permis de soutenir les parents, notamment dans la gestion de leurs conflits et de l'autonomie croissante de F..

L'harmonisation des temporalités a été essentielle : celle de l'enfant (progrès non linéaires), des parents (temps de réflexion et d'acceptation) et de l'institution (adaptation des soins). L'équipe a su concilier ces décalages, facilitant une transition progressive vers un suivi ambulatoire et une reprise scolaire.

Au terme de son hospitalisation, F. a montré des progrès significatifs, marquant une avancée vers une meilleure autonomie psychique et sociale.

MOTS CLÉS: troubles obsessionnels compulsifs - Temporalités propres - Alliance thérapeutique - Adaptation

TEMPORAL SHIFTS IN A CHILD PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL

This paper explores the temporal challenges of child psychiatric care, particularly in a society that values speed and cost-effectiveness. It illustrates these issues through the case of F., a 9.5-year-old child suffering from obsessive-compulsive disorder, social phobia and screen addiction. His treatment at KaPP, a child psychiatry day hospital in Brussels, is based on a multidisciplinary institutional approach combining psychiatric care, educational and pedagogical support, and family support.

F.'s hospitalisation was structured in progressive stages aimed at helping him to become autonomous in key areas : personal hygiene, nutrition, emotional management and social integration. Collaboration between professionals and parents played a central role in developing appropriate strategies. In addition, interactions between F. and other children strengthened his confidence, revealing the importance of group dynamics in therapy.

Family follow-up provided support to the parents, particularly in managing their conflicts and F.'s growing autonomy.

Harmonisation of timeframes was essential : for the child (non-linear progress), for the parents (time for reflection and acceptance) and for the institution (adaptation of care). The team was able to reconcile these differences, facilitating a gradual transition to outpatient care and a return to school.

At the end of his hospital stay, F. showed significant progress, marking a step towards greater psychological and social autonomy.

KEY WORDS: Obsessive-compulsive disorder - Own temporalities - Therapeutic alliance - Adaptation

INTRODUCTION

Dans notre société moderne, la temporalité est caractérisée par une accélération continue du rythme de vie, du fait des progrès technologiques et des besoins de productivité. Actuellement notre rapport au temps est conditionné par l'instantané et l'immédiateté incarnés dans les flux d'information. La vitesse a un impact non seulement sur notre organisation quotidienne, mais aussi sur notre perception du temps et nos interactions sociales. Cette accélération influence nos attentes et notre tolérance à la patience, réduisant souvent notre capacité à apprécier des processus plus lents et contemplatifs.

Dans cette situation, les soins psychiatriques à l'enfant font face à des difficultés propres, car le temps requis pour l'écoute, l'observation et l'intervention thérapeutique ne peut être réduit sans risque de compromettre l'efficacité et l'éthique des traitements.

Les soins psychiatriques pour enfants requièrent une temporalité singulière adaptée aux besoins spécifiques des jeunes patients et de leur famille (1). Les thérapeutes doivent prendre le temps de créer un environnement de confiance, permettant à l'enfant ainsi qu'à ses parents de s'exprimer et de se sentir en sécurité.

Les diagnostics précipités, posés dans l'urgence des situations, peuvent mener à des erreurs, des étiquetages erronés et des interventions inappropriées.

La thérapie, qu'elle soit individuelle, familiale ou en groupe, nécessite un engagement temporel significatif. Il faut un respect profond du temps et des rythmes individuels pour être véritablement efficace et bienveillant. Les progrès peuvent être lents et ne pas suivre une courbe linéaire, avec des périodes de stagnation ou de régression. Il est crucial que les professionnels, les parents et l'enfant comprennent et acceptent cette temporalité pour éviter des frustrations et des attentes irréalistes. Une vraie réponse à la discontinuité psychique implique la mise en œuvre d'une réelle continuité dans le soin, déclinée à tous les niveaux de la prise en charge thérapeutique (2).

LE CADRE DU KAPP

Le KaPP (K désigne les lits de jour en pédopsychiatrie pour le Ministère de la Santé en Belgique et PP Pédopsychiatrie), est un hôpital de jour en pédopsychiatrie situé au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Il accueille jusqu'à trente-cinq enfants âgés de 0 à 12 ans. Principalement organisé en hôpital de jour, le KaPP offre également la possibilité d'une hospitalisation complète pour cinq enfants.

Les enfants pris en charge au KaPP présentent des troubles psychopathologiques variés. La durée moyenne d'hospitalisation s'étale de 3 à 6 mois, temporalité

partiellement fixée par l'administration, mais qui peut être prolongée en fonction des besoins cliniques et de l'évolution thérapeutique.

Le KaPP poursuit deux objectifs principaux : établir un bilan multidisciplinaire de l'enfant et proposer des pistes de traitement adaptées.

Les activités et le quotidien au KaPP s'inspirent des principes de la thérapie institutionnelle, ajustés à un jeune public. Cette approche est enrichie par des références issues des courants développementaux, psychoéducatifs, psychanalytiques, systémiques familiaux et cognitivo-comportementaux.

L'équipe pluridisciplinaire du KaPP, composée d'une quarantaine de professionnels, inclut des pédopsychiatres, une coordinatrice, des éducateurs, des logopèdes, des kinésithérapeutes, une ergothérapeute, des psychologues, une neuropsychologue, des infirmières et des assistantes sociales. À cela s'ajoutent cinq enseignantes, détachées de l'école « Escalé » (enseignement spécialisé de type 5, rattaché à l'hôpital).

Cette approche pluridisciplinaire permet une prise en charge globale et personnalisée, articulant soins psychiatriques, accompagnement éducatif et soutien pédagogique pour répondre aux besoins complexes des enfants et de leurs familles.

VIGNETTE CLINIQUE

F., 9,5 ans au moment de son hospitalisation, est déscolarisé depuis six mois, en raison de troubles graves.

Il présente, entre autres difficultés, une importante phobie sociale l'empêchant de sortir de chez lui et des compulsions liées à l'alimentation – il doit rincer sa nourriture avant de l'ingurgiter et a pris l'habitude de prendre ses repas près d'un lavabo. Il n'utilise plus d'assiette, de couverts ni de verre. Il refuse de s'habiller, de se laver. Étant confiné toute la journée à son domicile, il a développé une dépendance forte aux écrans, il éprouve en conséquence des difficultés à s'endormir et se retrouve complètement décalé par rapport au rythme jour/nuît.

Sur le plan de l'humeur, il manifeste des angoisses intenses accompagnées d'affects dépressifs et d'idées noires. Ayant peur de dormir seul, sa mère a disposé un matelas dans sa chambre afin de dormir près de lui. Ses parents sont démunis et en désaccord sur la conduite à tenir, ce qui a conduit F. à devenir très réactif à la frustration et à adopter des comportements de toute-puissance.

Malgré plusieurs prises en charge, la situation continue à se dégrader. Les parents sont très inquiets, sur fond de tensions majeures entre eux.

L'ADMISSION DE F.

Le processus d'admission au KaPP se déroule en 4 étapes.

La première étape est la réception de la demande. Celle-ci émane des professionnels qui sont dans l'entourage du jeune, comme des intervenants scolaires, médicaux, sociaux, ou des parents (s'ils ont l'autorité parentale), ou des deux.

Elle est étudiée en comité d'admission hebdomadaire. Si la demande est acceptée, elle est inscrite en liste d'attente.

Lorsqu'une perspective d'accueil se dessine, un premier rendez-vous est proposé aux parents et à l'enfant, accompagnés éventuellement de professionnels impliqués dans la situation. C'est la première rencontre physique entre le KaPP et les demandeurs. Lors de ce rendez-vous, la situation problématique est détaillée, avec une mise en perspective du parcours éventuel de soins qui a précédé le contact avec notre unité. Les intervenants du kaPP présentent également le mode de fonctionnement de notre structure. Ce rendez-vous est aussi l'occasion de réfléchir ensemble sur les objectifs de la prise en charge.

Lorsqu'une place est disponible, l'enfant et ses parents sont conviés à un deuxième rendez-vous. Il s'agit alors de préparer concrètement le séjour, aux plans organisationnel et administratif.

L'entrée effective dans l'unité est la dernière étape du processus d'admission. Elle a généralement lieu dans la semaine qui suit le deuxième rendez-vous.

En fonction de la longueur de la liste d'attente, le processus d'admission au KaPP prend généralement de 6 à 9 mois. C'est souvent perçu comme trop long par les demandeurs, à raison. Cela permet néanmoins aux parents de cheminer et d'affiner leur demande, et nous donne des éléments pour personnaliser l'intervention en fonction de la situation.

Dans le cas de F., c'est le père de l'enfant qui nous contacte, et qui insiste fortement sur la gravité de la situation. Il semble désespéré.

Lors des deux rendez-vous, nous observons la dynamique parentale et familiale. Il existe un conflit important entre les deux parents. La mère de l'enfant parle beaucoup. Elle s'exprime pour son fils, dit savoir ce qu'il sent, ressent et pense. Elle est tendue et semble très angoissée. Le père quant à lui s'énonce peu, il évoque néanmoins ses inquiétudes majeures. F. est présent physiquement, il ne parle pas mais semble écouter tout en s'isolant dans un jeu vidéo sur le téléphone de sa mère.

Lors de ces deux rencontres, les parents nous ont transmis le parcours de soins de leur enfant.

Depuis sa plus jeune enfance, F. a montré des signes qui ont inquiété les parents. Plusieurs bilans ont été réalisés, avec différentes hypothèses diagnostiques : autisme, dyspraxie, trouble obsessionnel compulsif (TOC), syndrome psychotique avec obsessions paranoïaques. Un suivi pédopsychiatrique ainsi que des séances de psychothérapie cognitivo-comportementale ont été mis en place, sans amélioration. Les symptômes ont empiré, sa scolarité en a été impactée. Des crises clastiques sont apparues. Au cours de l'une d'entre elles, F. a, de sa propre initiative, passé 4 heures sous une douche brûlante pour se « décontaminer ». Cet événement a conduit à une hospitalisation en urgence très mal vécue par le jeune et ses parents. La mère s'est sentie jugée, l'hôpital a menacé de judiciaire la situation pour maltraitance maternelle.

Dans cette situation, dérogeant à notre cadre habituel vu l'urgence, le processus d'admission n'a duré que 2 mois. Cette période nous a permis une meilleure compréhension de la situation de F., en mettant en lumière la gravité de son état et la complexité de la dynamique familiale. La connaissance du parcours antérieur a apporté des informations qui nous ont servi de balises pour la suite, au niveau du diagnostic, de l'approche à adopter avec chacun des parents, et de la vigilance à installer pour maintenir l'alliance thérapeutique avec la mère de F.. Une réflexion partagée a permis de prioriser les objectifs pour le jeune : s'habiller, sortir de chez lui, remanger et boire normalement, et se préparer pour un retour à l'école. Nous avons également réfléchi à une durée d'hospitalisation nécessaire, compte tenu des symptômes de l'enfant, et l'avons estimée à une année envisageant déjà une hospitalisation prolongée.

LES DIFFÉRENTS VOILETS DE LA PRISE EN CHARGE

Outre la prise en charge institutionnelle en groupe d'enfants, un plan thérapeutique plus individuel a été mis en place pour F.. Celui-ci a été structuré en plusieurs étapes, chacune correspondant à des objectifs spécifiques, sous forme de défis progressifs, alignés sur ses besoins et capacités.

Lors du premier mois : la priorité a été l'initiation aux soins personnels et les ajustements alimentaires. L'accent a été mis sur l'hygiène capillaire et les premiers défis alimentaires. Le lavage des cheveux, perçu initialement comme anxiogène par F., a été introduit progressivement avec un soutien éducatif et kinésithérapeutique.

Lors du deuxième mois : nous avons insisté sur l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et la prise du traitement médicamenteux. Cela s'est fait sous forme de séances individuelles et d'ateliers éducatifs sur l'hygiène dentaire, combinés à des exercices

pratiques. Un accompagnement personnalisé et des encouragements constants ont permis de réduire les résistances de F. à ces activités. Après plusieurs tentatives infructueuses, il a également réussi à prendre un traitement à base d'1 comprimé de 50 mg de sertraline® par jour. La sertraline est un psychotrope de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, utilisé comme antidépresseur mais aussi dans le trouble obsessionnel compulsif.

Le troisième mois : nous avons attaché de l'importance à une normalisation des repas et une autonomie dans l'utilisation des couverts. L'objectif principal était d'amener F. à manger avec des couverts et à boire dans un verre, tout en réduisant progressivement le rinçage des aliments.

Le quatrième mois : nous nous sommes particulièrement centrés sur une transition vers une autonomie complète et une généralisation au domicile. F. a été encouragé à transposer ses nouvelles habitudes dans son environnement familial, avec un accompagnement renforcé et l'introduction de défis à domicile pour consolider ses progrès.

L'ensemble de ces étapes a été pensé en réunion d'équipe élargie et a été mené grâce à la collaboration étroite entre éducateurs, kinésithérapeutes, infirmiers et psychothérapeutes garantissant une prise en charge cohérente et adaptée à l'évolution de F..

Les progrès réalisés par F. témoignent de l'efficacité de cette approche multidisciplinaire.

Au niveau de l'hygiène personnelle : initialement incapable de supporter de se laver, F. a progressivement accepté cette routine avec le soutien des soignants. À la fin du premier mois, il pouvait se laver le corps et les cheveux de manière autonome, sous supervision, sans ressentir de détresse notable.

Sur le plan de la nutrition : l'alimentation, limitée au départ à des produits carnés consommés avec les doigts après rinçage systématique, a connu une évolution considérable. En quinze jours, F. a intégré des légumes et des féculents dans son régime alimentaire. Peu à peu, il a arrêté de rincer ses aliments. À la fin du troisième mois, il utilisait des couverts pour manger et buvait dans un verre mais continuait néanmoins à rincer sa bouche après chaque repas.

En matière d'autonomie hygiénique et de prise de médicaments : le brossage des dents, introduit avec une guidance active, est devenu une routine quasi autonome à la fin du deuxième mois. La prise de médicament, source d'anxiété majeure, a également été normalisée grâce à un accompagnement progressif.

En ce qui concerne la gestion émotionnelle et l'implication sociale : un travail psychothérapeutique ciblé (abordé ci-dessous) a permis à F. de développer

une meilleure compréhension de ses émotions et de renforcer son affirmation de soi. Au cours des derniers mois, F. a également commencé à interagir plus activement avec les autres enfants, trouvant dans ces échanges une source d'encouragement mutuel.

Une leçon marquante a été le rôle inattendu de F. dans l'accompagnement d'autres enfants. En partageant avec eux les stratégies qui lui avaient permis de surmonter ses propres angoisses, il s'est progressivement affirmé comme un modèle et une source de motivation. Ces échanges lui ont non seulement offert une opportunité de consolider ses acquis, mais ont également favorisé une dynamique collective où chacun, inspiré par les progrès de l'autre, avançait dans son parcours.

Ce processus, qui n'avait pas été planifié au départ, a montré l'impact transformateur de ces interactions : F., en aidant les autres, a renforcé sa confiance et trouvé une nouvelle manière d'interagir avec son environnement, tout en contribuant activement à l'amélioration du groupe.

LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE DE F.

F. a été vu en séance individuelle une fois par semaine.

Il s'est présenté comme un enfant dysharmonique psychiquement : d'un côté des connaissances et des capacités cognitives de haut niveau, de l'autre un corps à l'arrêt et des affects très peu accessibles pour lui. Il existait également un contraste fort entre une agressivité et une volonté de puissance fantasmées et son attitude de retrait dans la vie réelle. Il était très angoissé, pessimiste, avait une faible estime de lui-même, et se trouvait en grande difficulté pour établir des liens avec les autres enfants de son âge. En revanche, son test de Rorschach a mis en évidence une absence de psychose.

Le travail psychothérapeutique a été axé sur la prise de conscience de ses émotions, la compréhension de l'origine de ses angoisses, l'acceptation de ses difficultés, sa renarcissisation et l'abord de l'autre au travers de jeux de rôles qui l'ont beaucoup amusé, mettant en relief son humour et sa capacité d'autodérision. Sa place dans la dynamique familiale et le conflit parental ont également été abordés avec lui. À la fin de son séjour, F. est apparu plus affirmé, plus à l'aise pour exprimer ce qu'il ressentait, et se projetait avec envie vers l'adolescence. Sa subjectivation et son autonomisation psychique semblaient bien lancées.

LES ENTRETIENS PARENTAUX

Les parents ont été rencontrés toutes les 3 semaines. Ces moments nous ont permis de partager avec eux les leviers d'amélioration expérimentés par F. afin de transférer les progrès à domicile.

Ils ont aussi été l'occasion d'aborder les émotions suscitées par l'évolution de leur fils et notamment de soutenir la mère fragilisée par la différenciation opérée par ce dernier.

Enfin, la séparation du couple parental a été abordée lors de ces rendez-vous et nous avons accompagné les parents dans la communication de cet évènement, qui a eu lieu dans le décours de l'hospitalisation, à leur fils.

QUELQUES ÉCLAIRAGES THÉORIQUES

Les TOC se manifestent par des obsessions (pensées envahissantes et récurrentes) d'ordre idéatives, phobiques ou impulsives, accompagnées de compulsions (comportements ritualisés ou mentaux destinés à réduire l'anxiété générée par ces pensées). Ces troubles peuvent avoir des répercussions importantes sur le quotidien de l'enfant, affectant ses relations familiales, sociales et scolaires.

D'un point de vue psychanalytique, ils relèvent de la névrose obsessionnelle. Ils révèlent des conflits internes profonds, souvent inconscients et sont des mécanismes de défense.

S. Freud définit la névrose comme une manifestation de conflits psychiques non résolus, remontant souvent à l'enfance. Celle-ci résulte, selon lui, d'un déséquilibre dans le développement psychosexuel de l'enfant, lié aux stades du complexe d'Œdipe et à la gestion des pulsions. Elle se déclenche lorsqu'un enfant est confronté à des conflits inconscients qu'il ne parvient pas à résoudre de manière saine.

C. Brini, de son côté, souligne que la névrose infantile, souvent observée vers 4-5 ans, marque une rencontre avec la castration symbolique et le réel sexuel. À cette période, l'enfant commence à se déloger de sa place de « phallus imaginaire » pour inscrire la fonction du phallus dans une dimension symbolique, marquant ainsi le passage d'une position infantile à une position de sujet (3).

Les tensions sous-jacentes à ces troubles sont souvent liées à des frustrations, des interdits et à l'angoisse de la séparation ou de l'identité. À travers des mécanismes de défense, l'enfant tente de réguler ses pulsions (sexuelles, agressives...) tout en préservant son équilibre psychique. Ces tensions inconscientes peuvent se manifester par des symptômes comme les TOC, où l'enfant utilise des comportements ritualisés pour éviter la confrontation directe avec ses angoisses et ses désirs refoulés. Par exemple, un enfant peut développer un comportement de lavage compulsif pour « neutraliser » une pulsion agressive envers un parent. Ainsi, ces rituels permettent à l'enfant de maintenir une illusion de contrôle sur ses angoisses, transformant une pulsion inacceptable en un acte plus tolérable, sans que celle-

ci ne disparaisse pour autant (4).

Chez le jeune enfant, les TOC peuvent parfois être des difficultés transitoires, liées à des stades de structuration psychique et d'individuation. Le moment phobique correspond à un passage crucial où l'enfant oscille entre son statut d'objet chéri et celui de sujet, dans un rapport à la castration symbolique (5). C'est précisément à ce moment que des TOC peuvent émerger, lorsque l'enfant cherche à gérer des angoisses liées à la séparation et à la gestion de ses pulsions.

Lorsque les obsessions phobiques de la névrose infantile ne s'atténuent pas, lorsque les déplacements substitutifs restent aussi impérieux, voire s'étendent de proche en proche à d'autres objets, le sujet est amené à réduire son activité, à l'époque où son Moi aurait à faire des expériences nouvelles. Il peut être touché par une inhibition massive, ne plus oser sortir, ne plus entrer en contact, ne plus jouer, ne plus penser (6). Pour Serge Lebovici (7), l'inhibition est le symptôme majeur des névroses cliniques chez l'enfant. Tout fait peur. Le narcissisme en est affecté avec un risque de conséquences dépressives parfois grave.

Le cas de F. illustre bien cette dynamique.

Dès notre première rencontre nous observons que F. présente une forte dépendance à sa mère. Celle-ci nous dit savoir ce qu'il faut faire pour aider son fils qui serait autiste. Il a besoin d'elle pour apaiser ses angoisses, c'est pourquoi elle dort avec lui. Elle ne perçoit pas l'intérêt d'une hospitalisation. À l'opposé, le père est désemparé face à l'aggravation de la situation et insiste vigoureusement pour qu'une solution soit trouvée. Ce désaccord parental semble exacerber l'état de F..

Au début de l'hospitalisation, F. a montré une grande loyauté envers sa mère, rendant son investissement difficile. Cependant, grâce à des échanges réguliers entre F., sa mère et l'équipe soignante, il s'est adapté progressivement et a participé davantage. Un épisode marquant illustre ce changement : après avoir hésité à accepter la demande de F. de ne pas revenir à l'hôpital le lendemain, sa mère, rassurée par le récit d'un moment de la journée où F. s'était fort amusé, l'a encouragé à revenir. Ces moments ont renforcé la confiance de la mère et favorisé l'engagement thérapeutique de F..

Dans le cas de F., les TOC semblent s'être intensifiés au moment où d'importantes tensions dans le couple parental ont émergé, renforçant l'attachement excessif à la mère. Le jeune garçon a alors développé plus de compulsions pour tenter inconsciemment de maîtriser ses angoisses liées au conflit parental.

Les figures parentales jouent un rôle fondamental dans la dynamique des TOC. La relation avec la mère, en particulier, est primordiale. Dans le cas de F., sa mère occupait une place centrale dans son

univers émotionnel, et ses difficultés à se séparer d'elle alimentaient ses symptômes.

Le père, quant à lui, paraissait avoir une place secondaire. Il semblait être mis à distance par la mère, ce qui générait des tensions et une difficulté pour lui à affirmer son rôle dans le développement de F.

Lorsque le père est exclu ou rabaisé par la mère, cela perturbe le rôle central de celui-ci dans le complexe d'Œdipe, notamment en tant que figure d'autorité et de rivalité constructive. Le garçon peut avoir du mal à s'identifier positivement à son père, affectant la construction de sa propre identité masculine. L'absence d'une rivalité équilibrée avec le père empêche la résolution saine du complexe d'Œdipe, pouvant entraîner une confusion des rôles parentaux et une dépendance excessive à la mère. Cela freine son autonomie émotionnelle et sa capacité à gérer ses désirs (8).

Pendant l'hospitalisation, des entretiens familiaux ont permis de soutenir le rôle du père, en l'aidant à s'affirmer auprès de son fils et à tenir sa place de père réel. Le soutien thérapeutique aux parents a facilité la création d'espaces où le père et le fils ont pu passer du temps ensemble, renforçant ainsi leurs liens et apportant un meilleur équilibre dans le système familial.

CONCLUSION

La prise en charge institutionnelle se trouve à la croisée de différentes dimensions temporelles : l'histoire de la famille à l'intersection des temps individuels de ses membres, le temps de l'institution et le temps social (9). Ceci conduit à un choc de temporalité qu'il est souvent difficile de réguler.

Au même titre, le temps du patient n'est pas celui des soignants qui n'est pas non plus celui de l'administration de l'établissement de soins. Il s'agit de temporalités

décalées. Toute la question est donc de savoir comment faire se rencontrer, s'ajuster ces temporalités sans qu'il y ait confrontation ou « collision » entre elles, comment les faire dialoguer en faisant en sorte que chacune s'efforce de comprendre l'autre (10).

La temporalité de l'hospitalisation de F. a connu une évolution notable. Initialement une durée d'une année avait été envisagée. Cependant, grâce aux progrès rapides réalisés, la fin de son hospitalisation a pu être planifiée après seulement 4 mois et 10 jours.

Ce résultat a été rendu possible par une prise en charge institutionnelle multidisciplinaire structurée et adaptée, avec des temps en groupe d'enfants, des prises en charge individuelles et des entretiens familiaux. Cette approche a su tenir compte des temporalités décalées propres à chaque acteur impliqué : l'enfant, la mère, le père, les soignants et l'institution. Ces temporalités ont été ajustées et articulées avec soin pour répondre aux besoins spécifiques de chacun.

Une attention particulière a également été consacrée à soigner la fin de l'hospitalisation. Cela s'est traduit par une reprise progressive de contact avec l'école et un accompagnement attentif pour la mise en place d'un suivi ambulatoire, permettant ainsi à la famille de s'inscrire dans une nouvelle dynamique temporelle en dehors du cadre hospitalier.

L'ensemble du suivi de F. a permis de dépasser une approche centrée sur la fascination pour son symptôme, pour adopter une vision holistique de son fonctionnement psychique. C'est pourquoi nous n'avons pas focalisé nos efforts sur la transmission à tout prix d'un diagnostic aux parents et à l'enfant mais plutôt sur la capacité de F. à surmonter ses problèmes. Selon nous, cette perspective a favorisé une meilleure compréhension de la portée de ses difficultés et ouvert des perspectives pronostiques encourageantes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sainte-Rose R. Emplois du temps en clinique. Empan. 2008/1 ; 69 : 57-65.
2. Delhommeau L. Editorial. Soutenir la prise en charge médicale des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques graves. Enfances & Psy. 2024/2 ; 100 : 7-10.
3. Bergès-Bounes M, Calmettes S, Ferron C, Forget JM, Rey C. Les phobies chez l'enfant : impasse ou passage ? 1^e éd. Toulouse : Érès ; 2013, 7.
4. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris : Payot ; 2010, 239-254.
5. Brini C. Évitements, angoisse, phobies. Dans : Bergès-Bounes M, Calmettes S, Ferron C, Forget JM, Rey C. Les phobies chez l'enfant : impasse ou passage ? 1^e éd. Toulouse : Érès ; 2013, 13-24.
6. Fréjaville A. La phobie dans tous ses états. Le Carnet PSY. 2010/8 ; 48 : 25-34.
7. Lebovici S. L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte : devant un modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert. Revue française de psychanalyse. 1980 ; XLIV, 5-6 : 733-857.
8. Laznik MC. La place vacante du père. La revue Lacanienne. 2007/4 ; 4 : 102-109.
9. Goldbeter-Merinfeld E. Temps individuel et temps familial. Enfances & Psy. 2001/1 ; 13 : 108-115.
10. Delassus E. Peut-on parler de temporalités décalées en milieu hospitalier ? Le Professeur Éric Delassus nous éclaire avec philosophie (Partie ½). Manager Santé [En ligne]. [cité le 24 avril 2023]. Disponible : <https://managersante.com>

LES AUTEURS :

Juliette BUTERA, Claire SAVÉANT, Senoy ELAKEL, Sophie SYMANN

Hôpital de jour Le KaPP
Cliniques Universitaires Saint-Luc - IPI
Avenue Emmanuel Mounier 18, 1200 Bruxelles (Belgique)
sophie.symann@santluc.uclouvain.be

« MON TEMPS N'EST PAS CELUI DES HORLOGES » : SCHIZOPHRÉNIE, HÔPITAL DE JOUR ET TEMPS VÉCU

- Gilles LANTONNOIS¹, Sylvain DAL² -

RÉSUMÉ - SUMMARY

À l'heure où nos systèmes de soins de santé sont sous pression pour des raisons économiques et où l'efficacité tend à devoir être constamment prouvée, il est fréquent de questionner la temporalité des soins : peut-on faire la même chose, voire mieux, en moins de temps ?

Or, la clinique nous a montré plus d'une fois que prendre son temps et soigner les transitions est crucial. Nous nous pencherons ici sur la situation d'un patient, que nous nommerons Mr A., ayant été hospitalisé en unité d'admission et ayant continué de manière fluide ses soins en hôpital de jour.

À partir de ce que Minkowski avance quant aux particularités des patients schizophrènes chez qui « le temps s'effondre », nous nous interrogerons sur ce qui permet de les accompagner. Le cas clinique de Mr A. met en évidence certaines difficultés fréquemment rencontrées en hôpital de jour chez ces patients. Citons ainsi : la perte de rapport avec l'ambiance, la perte de contact avec le dynamisme vital, le repli autistique et le rationalisme morbide.

Nous examinerons également si certaines caractéristiques du temps proposées par Heidegger aident à penser l'apragmatisme dans la schizophrénie.

Comment les hôpitaux de jour peuvent-ils tenir compte, outre le rapport au temps, de ces particularités et offrir un accompagnement adéquat ? En quoi se démarquent-ils ainsi d'autres prises en charge ? À contrario, certaines de ces caractéristiques viennent-elles signer une limite de ce qui est possible en hôpital de jour ?

MOTS CLÉS: Temps vécu - Schizophrénie - Hôpital de jour - Minkowski - Heidegger - Institutions

« MY TIME IS NOT THAT OF CLOCKS »: SCHIZOPHRENIA, DAY HOSPITAL, AND LIVED TIME

At a time when our healthcare systems are under pressure due to economic reasons and where efficiency must constantly be proven, it is common to question the temporality of care: can we do the same thing, or even better, in less time?

However, clinical experience has shown us more than once that taking time and taking care of transitions is crucial. Here, we will focus on the case of a patient, whom we will call Mr A., who was hospitalized in the admission unit and smoothly continued his care in a day hospital.

Based on what Minkowski suggests about the particularities of schizophrenic patients, for whom «time collapses,» we will explore what allows us to support them. Mr A.'s clinical case highlights certain difficulties frequently encountered in day hospitals with these patients. These include: the loss of connection with the environment, the loss of contact with vital dynamism, autistic shutdown, and morbid rationalism.

We will also examine whether certain characteristics of time proposed by Heidegger help to understand the pragmatism in schizophrenia.

How can day hospitals, beyond the relationship with time, take these particularities into account and offer adequate support? In what ways do they differ from other types of care? Conversely, do some of these characteristics signal a limit to what is possible in a day hospital?

KEY WORDS: Lived time - Schizophrenia - Day hospital - Minkowski - Heidegger - Institutions

INTRODUCTION

Dans un système de soins de santé sous pression financière, où l'efficacité demande à être prouvée, quels seraient les arguments démontrant l'importance des hôpitaux de jour (HDJ) pour les patients schizophrènes ?

Nous nous sommes penchés sur le cas clinique d'un patient ayant été hospitalisé en unité d'admission puis qui a continué ses soins en HDJ. Nous analysons à quel point la transition vers l'HDJ a été fluide et a permis au patient de consolider la sortie de son retrait autistique ainsi qu'une diminution de son apragmatisme.

Dans un second temps nous faisons appel à Minkowski et son livre « Le temps vécu ». Sa conceptualisation de la schizophrénie résonne avec des symptômes observés chez Mr A. et nous interroge sur ce qui peut permettre de prendre en charge des patients schizophrènes chez qui « le temps s'effondre » (1).

Le cas clinique et Minkowski mettront en évidence certaines difficultés fréquemment rencontrées en HDJ chez les patients schizophrènes. Citons ainsi : la perte de rapport avec l'ambiance, la perte de contact avec le dynamisme vital, le repli autistique et le rationalisme morbide.

Nous tenterons également d'examiner si certaines caractéristiques du temps proposées par Heidegger aident à penser l'apragmatisme dans la schizophrénie.

Comment les HDJ peuvent-ils tenir compte, outre le rapport au temps, de ces particularités et offrir un accompagnement adéquat ? En quoi se démarquent-ils ainsi d'autres prises en charge ? A contrario, certaines de ces caractéristiques viennent-elles signer une limite de ce qui est possible en HDJ ?

CAS CLINIQUE, MR A. :

Rencontre

Je rencontre Monsieur A. en octobre 2022 quand j'arrive comme nouvel interne dans un service de psychiatrie aiguë à Reims. Mr A. y est hospitalisé depuis plusieurs semaines, sous contrainte, suite à une crise clastique chez son oncle qui l'hébergeait à Reims. Mr A. vivrait depuis plusieurs années à Paris, où plusieurs hospitalisations ont eu lieu pour d'autres décompensations psychotiques avec hétéro-agressivité.

Mes nouveaux collègues m'expliquent que Mr A. suscite dès le début de son hospitalisation beaucoup de peur dans l'équipe, car il est mutique, déambule la nuit dans les chambres des autres patients et les fixe d'un regard perçant. Ils craignent un passage à l'acte imprévisible, en raison des comportements étranges du patient, sans aucune communication verbale.

Même quand il commence à s'exprimer, il a du mal à expliquer ses habitudes de vie des derniers mois, il est évasif et se montre méfiant envers les soignants. Il présente à plusieurs reprises des barrages et des rires discordants.

Il rapporte des hallucinations acoustico-verbales quotidiennes, qui commentent ses actes et qui « le poussent à bout ». Il perçoit des chuchotements de plusieurs voix distinctes, qui seraient responsables de ses « pétages de plomb », car « elles ne le laissent jamais tranquille ».

Le début de son hospitalisation est également marquée par une aboulie et un apragmatisme sévère qui le poussent parfois à rester des journées entières couché sur son lit.

Les semaines s'écoulent et Mr A. livre petit à petit des fragments de son histoire aux différents membres de l'équipe, dont le fait qu'il est originaire d'un pays d'Afrique en proie aux conflits.

Ce qui me marque en écoutant son histoire d'exil, c'est qu'il n'évoque que des lieux « détachés les uns des autres », sans notions temporelles ni réelle articulation entre les différents chapitres de son récit. Cela pourrait passer inaperçu quand on relate son histoire de manière structurée comme ici. Dans les faits, nous avons eu besoin de plusieurs mois d'hospitalisation et de mettre ensemble des informations récoltées par 5 collègues différents afin de rassembler toutes les pièces du puzzle. Cet « éparpillement biographique » était-il le reflet de son vécu du temps ?

Prise en charge

C'est dans ce contexte-là qu'il est pris en charge dans l'unité François Tosquelles de Reims, faisant partie du secteur ZR4. Ce secteur s'inspire de la psychothérapie institutionnelle et en utilise de nombreux outils, dont les clubs thérapeutiques.

Mr A. y est progressivement sorti d'un retrait autistique psychotique grâce à des fortes accroches transférentielles et cela s'est observé dans sa participation de plus en plus assidue aux groupes de parole, aux séances de sport, à l'atelier théâtre, cuisine et studio. Il est sorti de son mutisme, son regard est devenu plus doux et moins transperçant, il ne tenait plus de propos interprétatifs ni mystiques. Les thématiques abordées étaient dorénavant l'histoire et la géopolitique africaines, domaine qu'il connaissait fort bien. Ce glissement progressif vers des thématiques bien plus acceptées socialement démontre à quel point il a une psychoplasticité et une grande capacité d'adaptation. Il a pu faire un pas entre la petite et la Grande Histoire.

Il participait activement à la vie du club thérapeutique

de l'unité et a été élu en même temps que moi comme co-secrétaire du club. Son engagement pour le bien être des autres patients et sa fonction de porte-parole auprès des autres clubs thérapeutiques seront déterminants pour la suite de sa prise en charge.

On en vient à ce qui me semble avoir été primordial dans sa prise en charge et qui est un des points forts du secteur ZR4 de Reims, une articulation extrêmement fluide entre l'unité d'admission et l'hôpital de jour.

Durant son hospitalisation, il participait déjà à plusieurs ateliers de l'hôpital de jour, avec des soignants de l'intra hospitalier qui y tenaient un rôle central. Il m'accompagna aux ateliers radio, où sa présence était au début marquée par un mutisme et une étrangeté de contact. Après quelques mois, il prenait une toute autre place et y fit grande impression de par sa culture générale et sa sagesse qu'il distillait avec douceur.

Une fois sorti de l'hôpital de nuit, il est devenu sans encombre et sans remous un membre actif d'un autre club thérapeutique, celui de l'extra hospitalier. Il le connaissait très bien car il s'y était rendu à plusieurs reprises comme porte-parole et secrétaire du club de l'unité hospitalière. Savoir où, quand et qui il retrouverait dans quelle activité ou à quelle réunion des clubs thérapeutiques une fois sorti de l'hôpital ne lui a pas posé de soucis, tant la circulation des patients, et des soignants, faisait partie intégrante du fonctionnement de ce secteur.

Cette circulation se concrétisait sous formes d'invitations très fréquentes des patients et des soignants de tout le secteur aux assemblées générales des différents clubs thérapeutiques, à leurs fêtes, à leurs expositions et à certaines de leurs activités.

En dehors de cette grande découverte, pour moi, de l'importance d'une articulation fluide entre l'hôpital de nuit et de jour, ce cas clinique a fait émerger une question clinique : y a-t-il un vécu du temps particulier chez certains patients schizophrènes ? Si oui, altère-t-il leur qualité de vie, en provoquant, par exemple, l'apragmatisme observé ? Et si oui, les hôpitaux de jour peuvent-ils avoir une fonction thérapeutique pour ces vécus du temps altérés et l'apragmatisme qui en résulterait ?

LE VÉCU DU TEMPS SELON MINKOWSKI ET HEIDEGGER

La consultation de la littérature scientifique peut nous aider à répondre à ces questions en approfondissant la compréhension du temps vécu d'un point de vue phénoménologique, notamment dans ses intrications avec la schizophrénie. Il est ici pertinent de faire un détour par la pensée de Henri Bergson, philosophe pour qui le temps ne se réduit pas à une suite d'instantanés mesurables, ce qu'il appelle le temps spatialisé des

horloges, fragmenté et juxtaposé, mais renvoie à une durée vécue, continue, qualitative, intérieure (2). Cette distinction est précieuse pour penser ce qui se joue dans certaines pathologies mentales, et notamment dans la schizophrénie, où l'on observe souvent un passage d'un temps unifié à un temps parcellisé, fait d'instantanés successifs non liés. Le vécu du patient peut alors se réduire à une suite de moments disjoints, sans épaisseur, sans continuité, et donc sans possibilité de projection dans un avenir ou de lien avec un passé. Le cas clinique tente d'illustrer un trouble du vécu temporel, marqué par une temporalité morcelée et disjointe.

En 1933, Eugène Minkowski se posait déjà cette question : le vécu du temps est-il altéré par certaines maladies psychiatriques ? Si tel est le cas, comment aider ces patients chez qui « le temps s'effondre » (1) ?

Eugène Minkowski explique que la maladie schizophrénique est caractérisée « par une déficience de l'intuition et du temps vécu et par une hypertrophie consécutive de l'intelligence et des facteurs d'ordre spatial » (3).

Pour Minkowski, le schizophrène « touché avant tout dans son dynamisme vital, semble s'immobiliser de plus en plus et emprisonner son psychisme dans des relations d'ordre purement spatial. Il remplace souvent les propositions chronologiques comme « quand » par des termes de nature topographique comme « où ». Un schizophrène qui dit être Dieu ou le Christ peut continuer à balayer la cour comme si de rien n'était. Son idée se suffit à elle-même et reste détachée de la vie ambiante. Aucune propulsion s'en dégage » (4).

« Touché dans son dynamisme vital, le schizophrène non seulement sent tout s'immobiliser en lui, mais est encore comme privé de l'organe nécessaire pour assimiler ce qui est dynamique et vit au dehors. Il parlera des « ses pensées immobiles comme des statues », il trouvera qu'il y a « trop de mouvement » dans la visite de sa mère... » « Tout est immobilité autour de moi, les choses se présentent isolément, chacune pour soi, sans rien évoquer ».

« Il y a en moi comme une sorte de routine qui ne me permet pas d'envisager l'avenir. Le pouvoir créateur est aboli en moi. Je vois l'avenir comme une répétition du passé » (5). Pour Minkowski, le psychisme subit au cours de la schizophrénie une imprégnation par des facteurs statiques, spatiaux et rationnels. Il nomme cela tour à tour *rationalisme morbide*, *géométrisme morbide* ou *pensée spatiale* (6).

Dans l'exemple suivant de rationalisme morbide, Minkowski décrit un malade qui conduit sa vie uniquement suivant des préceptes géométriques avec toujours ce lien à la structure indissociable du temps et de l'espace.

« Je cherche l'immobilité. Je tends au repos et à l'immobilisation. J'ai aussi en moi la tendance à immobiliser autour de moi la vie. J'aime pour ça les objets immuables, les choses qui sont toujours là et qui ne changent jamais. La pierre est immobile, la terre, par contre, se déplace ; elle ne m'inspire aucune confiance. (...) C'est ainsi que l'idée m'est venue de laisser un jour-tampon entre le passé et l'avenir. Pendant cette journée je cherche à ne rien faire du tout. Je suis resté ainsi une fois vingt-quatre heures sans uriner ».

Minkowski creuse et affine également la notion d'autisme explorée par son maître Bleuler :

« Si nous nous reportons à la description de Bleuler : Les schizophrènes les plus avancés qui n'ont plus aucun rapport avec l'ambiance, vivent dans un monde qui n'est qu'à eux. Ils s'y sont enfermés, pour ainsi dire, avec leurs désirs qu'ils imaginent réalisés ou avec leur souffrance, résultat des persécutions dont ils se croient être les victimes. Ils limitent leur contact avec le monde extérieur. Nous appelons autisme ce détachement de la réalité accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure ».

Il cite également Bleuler (7) pour aborder les concepts de syntonie et schizoïdie :

« La syntonie vise le principe qui nous permet de vibrer à l'unisson avec l'ambiance, tandis que la schizoïdie, au contraire, désigne la faculté de nous détacher de cette même ambiance. (...) C'est dire que loin de se comporter comme des forces contraires, ils visent deux côtés différents de notre être, aussi essentiels l'un que l'autre d'ailleurs ». Une critique importante de l'analyse de l'oeuvre de Minkowski réside dans sa recherche d'une cause unique de la schizophrénie (8). Cette approche est difficilement applicable dans la clinique moderne, qui adopte une perspective plus dimensionnelle que catégorielle et qui considère désormais la schizophrénie non pas comme une entité unique, mais comme un ensemble de troubles multiples.

Pour revenir à l'hypothèse d'une perturbation structurelle du vécu du temps dans la schizophrénie, « un retour aux choses mêmes » (9) en compagnie de Heidegger s'avère également utile.

Heidegger estime que nous avons un « sens du temps » (conscience du temps, vécu temporel) qu'il soumet à une analogie avec tous les autres sens de perception ; le sens de la vue, l'ouïe etc. (10).

Il serait intéressant de voir quels liens entretiennent la pensée spatiale abordée par Minkowski avec l'altération du sens du temps avancé par Heidegger.

Heidegger nous demande d'intuitionner la différence entre d'une part l'indication du temps apporté par la montre et la donation-de-temps d'autre part. (11)

Il insiste sur le fait que « le rapport au temps de l'être

psychiquement malade ne se laissera comprendre qu'à partir du rapport au temps originel, naturellement perçu, toujours interprétable et daté de l'être humain, et non pas par rapport au temps calculé qui provient d'une représentation du temps comme une suite de maintenant en soi vides et sans caractère. » (12)

Pour Heidegger, le temps présente certaines caractéristiques, telles que l'interprétabilité, l'ampleur et la publicité. On peut se demander si le vécu de certaines de ces caractéristiques temporelles ne serait pas altéré par la schizophrénie.

L'interprétabilité est le fait de toujours avoir du temps « pour » ou de manquer de temps « pour ». Par exemple, on n'a pas le temps pour aller skier car on doit prendre le temps pour écrire un article. Cette interprétabilité semble perturbée par la schizophrénie, au point où certains patients, comme Mr A., peuvent traverser des périodes d'apragmatisme majeur. L'ampleur du temps est un laps de temps, non ponctuel, que peut englober un maintenant. « Maintenant, dans l'hiver, il s'est passé ceci ou cela » (13). La schizophrénie affecterait-elle l'ampleur temporelle à outrance, la dilatant de manière diffuse ?

« La publicité du temps est le fait que le maintenant est accessible à nous tous qui parlons les uns avec les autres immédiatement ensemble. Il ne nécessite pas la médiation par une réflexion sur l'ego à chaque fois isolé, qui, de prime abord, dirait « maintenant » pour soi et après coup se mettrait d'accord avec d'autres pour dire qu'ils visent le même maintenant. Le maintenant qui est dit, est à chaque fois, immédiatement perçu ensemble par tous les participants » (14). Il serait intéressant d'étudier plus en profondeur si cette publicité du temps est altérée dans le temps vécu de certains patients schizophrènes.

L'INTÉRÊT DES HÔPITAUX DE JOUR DANS LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SCHIZOPHRÈNES, ARGUMENTS INSPIRÉS D'EUGÈNE MINKOWSKI ET DE MR A.

Sur base du cas clinique et des concepts théoriques apportés par Eugène Minkowski et Heidegger, j'aimerais questionner en quoi tout ceci pourrait potentiellement avoir un intérêt pour les prises en charge de patients schizophrènes en HDJ.

Tout d'abord, le cas clinique de Mr A. ainsi que les concepts d'Eugène Minkowski mettent en évidence certaines difficultés fréquemment rencontrées par les patients schizophrènes. Nous en avons repéré plusieurs ; la perte de rapport avec l'ambiance, la perte de contact avec le dynamisme vital, le repli autistique, le rationalisme morbide ou géométrisme morbide.

Il est intéressant de réfléchir à comment les HDJ pourraient permettre d'accueillir les patients avec ces symptômes et comment ils pourraient s'organiser pour aider les patients à les atténuer. Premièrement, il faut prendre en compte la gravité de ces troubles et en conséquence la nécessité de proposer des lieux de soins pouvant accueillir et soigner les patients sur de longues durées. L'HDJ est peut-être une façon de combiner des soins suffisamment intenses au long cours sans la lourdeur de l'hospitalisation de nuit.

Minkowski décrit la gravité de ces troubles comme « *la dislocation très profonde du phénomène du temps* » (15) chez certains patients schizophrènes, chez qui « *le temps s'effondre* », ce qui rend les « *troubles bien plus difficilement accessibles* ». (16)

Pour aider les patients à reprendre contact avec l'ambiance, il faut tout d'abord que cette ambiance soit suffisamment bonne, ressentie comme confortable. Une ambiance hostile ou anxiogène ne peut favoriser une sortie du monde « enfermé » dans laquelle vivent certains patients schizophrènes.

Pour cela il faut des HDJ qui portent une attention particulière à l'ambiance, les analyses institutionnelles permettent souvent d'approfondir cette thématique. Il est utile ici de revenir brièvement sur ce que signifie le mot *ambiance*. Son étymologie vient du latin *ambire*, formé de *amb-* (« autour ») et *ire* (« aller »), ce qui en fait un terme renvoyant à ce qui entoure, à une forme de spatialité vécue. L'ambiance désigne donc à la fois ce qui enveloppe un lieu et ce qui en émane sur le plan sensible, affectif ou psychologique.

L'ambiance ne dépend évidemment pas que de paramètres institutionnels, mais également de ce qui se passe dans la société autour du lieu de soins, mais aussi de l'évolution des maladies des patients fréquentant le lieu. Mais il convient de s'interroger sur ce qu'implique réellement une « bonne ambiance » ? Est-elle la même pour tous dans un même lieu ? Quels sont les facteurs qui l'influencent ? On peut se référer au livre de Bruce Bégout, *Le Concept d'ambiance* (17) qui approfondit ces questions en détail.

Chez Bruce Bégout, l'ambiance ne peut se réduire à une simple interaction entre un sujet et son environnement, ni être pensée à travers un schéma causal de type action-réaction. Elle renvoie à une présence affective immédiate, une résonance sentimentale de l'espace qui précède toute analyse, tout découpage entre intérieur et extérieur, entre individu et milieu. L'ambiance, en ce sens, dissout la séparation classique entre le sujet et ce qui l'entoure, en instituant une expérience commune, fluide et mouvante, à laquelle on appartient autant qu'elle nous traverse.

Ce n'est donc ni le patient ni le soignant qui « crée » l'ambiance, ni l'ambiance qui agit sur lui de manière unilatérale : ce qui se joue est une co-présence, une syntonie spontanée, une tonalité partagée entre le lieu et les corps qui l'habitent. En cela, l'ambiance n'est pas un simple décor ou contexte, mais bien une manière d'être-au-monde ensemble, dans une forme d'accord préverbal, immédiat, et souvent fragile.

Une institution qui met des choses en place pour améliorer son ambiance pourra tenter d'aider les patients schizophrènes à tendre vers plus de syntonie et moins de schizoïdie. C'est souvent cet équilibre-là qui est perturbé et empêche d'être en résonance avec l'ambiance environnante.

Face à la perte de contact avec le dynamisme vital, une réponse thérapeutique pertinente en HDJ pourrait consister à accorder aux patients une place active et décisionnaire dans l'organisation quotidienne de la structure. « *Le pouvoir créateur est aboli en moi* », disait un patient de Minkowski, et c'est justement à cet endroit qu'il faut concentrer nos efforts thérapeutiques. Il existe des HDJ qui organisent des assemblées générales mensuelles avec les patients, qui ne sont pas que consultatives mais impactent concrètement l'organisation du lieu. Cela n'est pas juste un idéal démocratique et une manière de combattre le sanisme¹, mais également un outil thérapeutique dans la prise en charge de patients schizophrènes.

Comme décrit par Minkowski, un autre symptôme fréquent de la schizophrénie est l'« *autisme, ce détachement de la réalité accompagné d'une prédominance relative ou absolue de la vie intérieure* ». Ceci était particulièrement marquant dans le cas de Mr A., qui était mutique et dont le regard nous traversait au début de sa prise en charge. Le club thérapeutique est un autre outil participatif qui a permis à Mr A. de sortir de ce repli autistique. Il a pu s'appuyer sur des débuts de liens transférentiels pour oser prendre la place de secrétaire du club. Ceci a favorisé une ouverture à l'autre, qui n'était plus appréhendé dans un rapport hostile. Au contraire, les autres étaient des patients ou des soignants faisant partie du même collectif et avec lesquels il a pris plaisir à organiser des projets. Il a par exemple montré un grand intérêt pour le Château de la Chesnaie, qui nous invitait dans leur clinique pour une journée du TRUC, le Terrain de Rassemblement pour l'Utilité des Clubs. C'était marquant comme son intérêt pour l'architecture du lieu s'est progressivement transformé en intérêt pour le militantisme des droits des patients.

Pendant son séjour dans l'unité intrahospitalière, il écrivit une pétition pour demander l'installation d'une borne

¹ La psychophobie, ou le sanisme (en anglais mentalism ou sanism), est une forme de discrimination et d'oppression envers des personnes qui ont ou sont censées avoir un trouble psychique ou une autre condition mentale stigmatisée.

wifi. Sassolas, dans « Réflexions sur la sollicitude » (19), souligne l'importance de donner des signes concrets que l'institution a besoin de la participation, matérielle et relationnelle, des patients pour fonctionner. Le patient peut ainsi vivre l'illusion bénéfique - qui est aussi souvent une réalité - d'être nécessaire à ce fonctionnement institutionnel.

Les HDJ ont également un intérêt thérapeutique majeur pour atténuer le rationalisme morbide, le géométrisme morbide ou la pensée spatiale. Minkowski écrivait « Dans ces conditions on arrive à se détacher entièrement de la matérialité, à voir les hommes impersonnellement » (20). C'est justement dans des lieux où l'on laisse le temps aux personnes de se rencontrer et où l'on respecte la singularité de chacun, que ce rationalisme pourra s'atténuer.

Pour Mr A., cela s'est observé dans la différence du vécu du temps au fil des dernières années. Son récit biographique était d'abord marqué par des lieux désarticulés, avec très peu de place pour des rencontres intimes. Il décrivait des scènes impersonnelles, avec peu d'affect. Il donnait l'impression que les personnes rencontrées avaient peu d'épaisseur et que les relations n'évoluaient que rarement.

Sa prise en charge en HDJ a permis d'atténuer le repli autistique en favorisant des relations singulières avec des personnes qu'il côtoyait au quotidien. Ceci a également été favorisé par le fait qu'il s'ancre à nouveau dans un rythme, ponctué d'événements distincts, partagés collectivement. Le Barbecue d'été, la Semaine De la Folie Ordinaire, la fête de Noël sont quelques exemples d'événements organisés par l'ensemble du collectif soignants et soignés de l'HDJ auxquels il a activement participé.

Tout ceci lui a permis de reconstruire une vie rythmée, de nouer le temps vécu et l'espace.

Mais ce sujet suscite également d'autres questions. Pourquoi l'accueil en HDJ n'aide pas tous les patients schizophrènes qui font face à de l'autisme, à une perte de rapport avec l'ambiance, une perte de contact avec le dynamisme vital ou du rationalisme morbide ? Pourquoi certains lieux de soins peuvent, outre l'évolution propre de la maladie, devenir pathogènes pour certains patients schizophrènes ?

À la lumière des caractéristiques du temps vécu des schizophrènes analysés par Eugène Minkowski, il faudrait revoir ce qui se passe dans les lieux de soins. Cela permettrait de mettre en avant les symptômes institutionnels qui amoindrissent la portée thérapeutique de certains lieux à certains moments.

Une hypothèse que je formule est qu'une des manières d'analyser les HDJ est de diviser leur histoire en époques et en saisons. Il y a toujours une époque de création, où le dynamisme vital est très floride, l'ambiance souvent bonne et marquée par une grande syntonie des différents acteurs du lieu. Des traits de personnalité fort singuliers permettent de modeler le lieu dans une forme unique, qui servira de référence pour les années à venir. Tout événement est instituant, et prend dès lors une place particulière dans le mythe fondateur de l'hôpital de jour. Les modes de communication (l'emploi du je ou du vous par exemple), l'organisation hiérarchique (la répartition des tâches et des salaires par exemple), l'idéologie sous-jacente (réhabilitation psycho-sociale, psychothérapie institutionnelle ou antipsychiatrie par exemple) sont discutés, débattus, questionnés.

Par la suite viennent souvent les années de transmissions, où l'on essaie de trouver un équilibre sain entre l'institué et l'instituant. L'intérêt d'avoir des lieux qui accumulent des décennies d'expérience n'est pas seulement sécurisant pour les patients, ce sont aussi des lieux qui permettent de former plusieurs générations de soignants.

Puis vient l'époque de la déconstruction, parfois méthodique, de certains HDJ. Soit par pression financière, soit parce que le courant dominant n'est plus le même, soit parce que les clivages sont devenus trop morbides. L'ambiance est souvent morne, voire hostile; on y remarque une absence de dynamisme vital, et les relations interpersonnelles peuvent devenir impersonnelles.

Ces différentes époques sont elles-mêmes ponctuées par des saisons, plus ou moins longues, où l'ambiance et le dynamisme vital fluctuent fortement.

CONCLUSION

Pour conclure, j'aimerais ouvrir quelques questions qui ont émergé durant l'écriture de ce texte. Nous sommes partis d'un cas clinique, pour ensuite approfondir certains éléments théoriques qui nous aident à conceptualiser le temps vécu et finalement essayer d'articuler cela à la prise en charge de patients schizophrènes en HDJ. Nous pourrions poser certaines des questions abordées aux HDJ eux-mêmes. Quel est le rapport qu'un hôpital de jour entretient avec son temps vécu ? Se questionne-t-il sur son ambiance, son dynamisme vital, son risque de géométrisme morbide et de repli autistique ?

Un lieu de soins qui pense se suffire à lui-même, sans ouverture ni curiosité sur ce qui se passe ailleurs, peut-il prétendre aider des patients schizophrènes à sortir de leur repli autistique ?

De même, ne doit-on pas en tant que soignant toujours questionner notre syntonie, notre capacité à résonner avec l'ambiance de l'HDJ, pour aider les patients schizophrènes à faire de même ?

Un des freins aux soins de qualité est le rationalisme morbide institutionnel, où la logique protocolaire prend le dessus sur la rencontre singulière. Roland Gori décrit dans *La fabrique de nos servitudes* (21) comment cela fait partie d'un mouvement culturel très large, qui impacte même le langage. Il propose de créer des lieux « de marronnage » où des contre-cultures s'opposent au « naturalisme économique ». Il fait ici référence à des lieux inaccessibles où des anciens esclaves se sont réfugiés puis organisés pour survivre et transmettre leurs traditions. Je pense qu'à notre époque, cela pourrait très bien se concrétiser dans des HDJ psychiatriques.

Un HDJ qui questionne ses propres symptômes institutionnels peut essayer d'accompagner les patients schizophrènes avec un vécu du temps pathologique vers une atténuation de leurs symptômes. Tant les arguments phénoménologiques d'Eugène Minkowski et de Heidegger que le cas clinique de Mr A. démontrent l'utilité de ce type bien particulier de prise en charge, nécessitant du temps et un travail d'équipe soutenu.

BIBLIOGRAPHIE

1. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 266
2. Bergson H. Essai sur les données immédiates de la conscience. Paris: Félix Alcan; 1889
3. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 255
4. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 257-258
5. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 259
6. Allen D, Kampougeri S. En hommage à Eugène Minkowski (1885-1972) : Pour le 90e anniversaire de la découverte du rationalisme et du géométrisme morbide. *Essaim*. 2014 ; **33**(2) : 119-31.
7. Bleuler E. Les problèmes de la schizoïdie et de la syntonie. Paris : L'Harmattan ; 1978.
8. Marceau JC. Temporalité, spatialité, corporéité dans la psychose, selon Eugène Minkowski. *L'Information Psychiatrique*. 2003 ; **79**(5) : 395-401.
9. Husserl E. Recherches pour la phénoménologie et la théorie de la connaissance. Recherches I et II. T.II. Paris : PUF; 1961.
10. Heidegger M. Séminaires de Zürich. Paris : Gallimard ; 2004, 76
11. Heidegger M. Séminaires de Zurich. Paris : Gallimard ; 2004, 81
12. Heidegger M. Séminaires de Zurich. Paris : Gallimard ; 2004, 83
13. Heidegger M. Séminaires de Zurich. Paris : Gallimard ; 2004, 88
14. Heidegger M. Séminaires de Zurich. Paris : Gallimard ; 2004, 88
15. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 267
16. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 266
17. Bégout B. Le concept d'ambiance, essai d'éco-phénoménologie. Paris : Seuil ; 2020
18. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 260
19. Sassolas M. Le stylo du psychiatre. Paris : Eres ; 2020
20. Minkowski E. Le temps vécu. Paris : Presses Universitaires de France ; 1933, 260
21. Gori R. La fabrique de nos servitudes. Paris : Nos liens qui libèrent ; 2015

LES AUTEURS :

Gilles LANTONNOIS¹, Sylvain DAL²

¹ SSM Le Méridien ASBL
Rue du Méridien 68, 1210 Bruxelles (Belgique)
lantonnogilles@gmail.com

² Hôpital de jour «l'Escalette»
Avenue de Loudun 126, 7900 Leuze-en-Hainaut (Belgique)
Clinique Saint-Jean, Bruxelles - Centre et Ecole Belge de Daseinsanalyse

QU'ENTENDS-TU, CHER COLLÈGUE, QUAND SONNE LE CARILLON ? : LA CONSTELLATION TRANSFÉRENTIELLE AU SERVICE DE LA CLINIQUE ET DU TRAVAIL D'ÉQUIPE

- Colin CHENEAU, Adèle STRUYE, Ornella LAURIA, Marine LAMOLIATTE -

RÉSUMÉ - SUMMARY

A travers la présentation du cas clinique de Madame T. et à l'aide des métaphores du carillon et de la pâte à modeler, l'équipe du Quotidien, hôpital de jour à Bruxelles, propose une réflexion sur l'articulation entre constellation transférentielle et fin de séjour. Ceci pour approfondir une question clinique essentielle : comment faire équipe autour – sans uniformité déshumanisée – de la sortie d'un patient ?

MOTS CLÉS: Constellation transférentielle – Travail en équipe – Fin de séjour hospitalier

**WHAT DO YOU HEAR, DEAR COLLEAGUE, WHEN THE CHIME RINGS ? :
TRANSFERENTIAL CONSTELLATION TO HELP CLINICAL WORK AND TEAMWORK**

Through the presentation of Mrs. T's clinical case, and using the metaphors of wind chimes and modeling clay, the team at Le Quotidien, day hospital in Brussels, proposes a reflection on the link between transferential constellation and the end of a patient's stay. The aim is to explore an essential clinical question: how can we work as a team - without dehumanizing uniformity - around a patient's discharge?

KEY WORDS: Transferential constellation – Teamwork – End of hospital stay

INTRODUCTION

« Le Quotidien » est un hôpital de jour psychiatrique à Bruxelles. Il fait partie de la Clinique Fond Roy, qui dépend du réseau hospitalier Epsilon. Nous accueillons des patients majeurs souffrant de troubles psychiatriques divers.

Pour s'inscrire à l'hôpital de jour, il faut assister à une séance d'information, puis rencontrer le psychiatre de l'unité lors d'un entretien de préadmission.

La durée maximum de séjour est de deux ans. Les ateliers proposés vont des activités créatives aux groupes de parole, en passant par le socioculturel et par des ateliers davantage axés sur le corps. Les activités socioculturelles incluent des sorties en dehors du lieu de soin.

Chaque patient est inscrit dans un groupe de référence. Ces groupes constituent des appartenances qui servent de points de repère pour certains moments de la journée, mais aussi pour les intervenants référents. Les référents assurent le suivi individuel, tiennent le fil du séjour et notamment, préparent la sortie du patient. Lorsque la fin de séjour est imminente, le patient est reçu par le psychiatre de l'unité, ainsi qu'un de ses référents, pour un entretien de clôture.

Nous avons choisi l'image d'un carillon pour introduire cet atelier sur les fins de séjour. Le carillon est un objet que l'on place généralement au-dessus d'une porte pour accompagner les entrées et sorties d'une petite mélodie bien reconnaissable. Il s'agit de cet étrange instrument qui permet souvent au commerçant de savoir qu'une personne est entrée dans sa boutique. Pour nous aussi, c'est de cela qu'il s'agit : de savoir que quelqu'un est entré ou sorti. Y compris pour la personne qui rentre ou sort : par cette petite musique anodine, elle sait qu'elle a changé d'espace. Ce petit capharnaüm crée au-dessus d'une tête un petit événement. Ainsi, au Quotidien, nous tenons à considérer qu'un début et une fin de séjour, ce sont des événements.

La seconde raison pour laquelle nous trouvons cette image du carillon évocatrice, c'est son bruit un peu cacophonique – ou harmonieux, ça dépend des goûts. Ce qui lui donne ce son, c'est la multiplicité de ses tubes. Chacun d'entre eux est accordé sur un ton différent. C'est de ce postulat que nous souhaiterions vous parler aujourd'hui : une fin de séjour est en réalité une multitude de séparations, une multitude de sons au-dessus d'une seule porte.

LA CONSTELLATION TRANSFÉRENTIELLE AU TRAVERS D'UN CAS CLINIQUE

Nous allons nous référer à la notion de constellation transférentielle pour réfléchir à la question suivante : si un patient, à l'hôpital de jour, expérimente une multitude de rencontres thérapeutiques et vit un transfert qui se diffracte de tous côtés, comment travaille-t-on en équipe lorsque l'on arrive avec ce patient au bout d'un chemin qui s'est complexifié, singularisé et diffracté ?

Pierre Delion (1) définit la constellation transférentielle comme l'ensemble des personnes qui sont au contact avec un patient présentant une pathologie archaïque. Ce concept part du principe que l'on accompagne mieux la psychose à plusieurs parce que le transfert a parfois besoin de se diffracter : une multitude de rencontres, complexes et toutes aussi valables les unes que les autres, pour être à la hauteur des complexités de la rencontre clinique.

Au Quotidien, nous ne pensons pas la constellation transférentielle comme exclusivement associée à la psychose. Nous constatons que chaque patient crée un tissu relationnel qui lui est singulier à l'hôpital de jour. Un patient qui chemine dans l'institution va rencontrer des intervenants, des patients, des activités, des lieux, etc. À propos des relations qu'il nouera (ou évitera soigneusement) avec les intervenants, ces mêmes relations prendront progressivement forme.

Pour illustrer notre propos, nous avons utilisé lors de l'atelier de la pâte à modeler. Afin de garder cette représentation visuelle, nous représenterons ici les différents modèles à l'aide des figures ci-dessous :

A l'archétype des rencontres déshumanisées, les relations seront indifférenciées :



Figure 1. – Métaphore des relations indifférenciées (illustration avec l'aide de la pâte à modeler)

Ici, chaque intervenant rencontre le patient de manière uniforme, standardisée. Le transfert n'a aucune place pour créer, la projection ne peut donc être que monolithique : quoi qu'on pense du lieu de soin, c'est au lieu de soin en tant que bloc qu'on est confronté.

Autre cas de figure, mais dans la même continuité : les relations sur-spécialisées.



Figure 2. – Métaphore des relations sur-spécialisées (illustration avec l'aide de la pâte à modeler)

C'est en quelque sorte le règne absolu du profil de fonction. La relation est assignée et préconçue. Les intervenants sont certes différenciés mais selon des codes de différenciation inamovibles. Le psychiatre prescrit, le psychologue parle, l'animateur anime et on se réfère exclusivement au référent quant au trajet de soins. Le risque de ce cas de figure est de voir disparaître la marge de manœuvre relationnelle qui est tellement nécessaire en psychiatrie.

Le troisième cas de figure, celui qui nous parle bien davantage, consiste à revenir au vrai plaisir de la pâte à modeler : ne pas se priver de malaxer cette pâte informe.



Figure 3. – Métaphore de la constellation transférentielle au service de la singularité du patient (illustration avec l'aide de la pâte à modeler)

Cette pâte à modeler qui s'étire, se tord et s'amuse, c'est ce patient qui ne parle de sa famille qu'à l'éducateur sportif ; cette patiente maladivement timide qui s'assied tous les jours à côté de la secrétaire pendant que celle-ci prend des notes ; ce patient passionné de cyclisme qui parle plus volontiers au psychologue depuis qu'il l'a vu arriver à vélo au travail ; cette patiente qui trouve que tel soignant a « une bonne énergie », ou que tel intervenant fait des blagues comme sa sœur, joue de la guitare comme son grand-père, etc. Une pâte à modeler malléable, c'est une équipe qui donne à toutes ces interactions imprévisibles une valeur clinique fondamentale. Elle est donc la condition sine qua non d'une constellation transférentielle au service du transfert et au service de la singularité du patient. Mais la question qui se pose, dans ce cas, est la suivante : quels sont les risques pour cette équipe de proposer une telle élasticité ?

Ici, nous souhaitons introduire la notion d'isomorphisme.

Selon Nicole Lernout (2), la notion d'isomorphisme vient de la constatation qu'un individu tend à reconstruire autour de lui une constellation relationnelle qui reste relativement invariable même quand on le change de milieu. Ainsi, un enfant placé en institution va essayer de reconstruire autour de lui un système qui reproduit son environnement familial, et le système intervenant risque de figer cette dynamique plutôt que d'y introduire de l'altérité.

Donc sans s'en rendre compte, les intervenants pourraient jouer des rôles que le patient connaît ; et ce, souvent à l'insu de toutes les parties concernées. En voici un exemple récurrent : un intervenant compatissant compense auprès du patient pour un autre intervenant plus sévère ; ce dernier accentue sa sévérité parce qu'il constate que le premier s'assouplit ; par ces bons et

mauvais rôles, les deux, s'opposant et ne parvenant plus à comprendre l'intention de l'autre, rejouent des rôles parentaux dans une scène sans issue qui n'est que trop familière pour le patient.

Selon Delion (3), la constellation transférentielle devient une force clinique grâce aux réunions d'équipe. Il recommande des vrais temps échanges au cours desquels la parole du concierge, de l'infirmier, de l'éducatrice, de la psychiatre, au cours desquels toutes les paroles des intervenants au contact du patient puissent être entendues. Nous sommes d'accord avec cela, mais nous souhaiterions approfondir cette question et particulièrement vis-à-vis des fins de séjour.

Si ces formes souples de pâte à modeler se relaient aux côtés d'un patient, qu'est-ce qui les rassemblent ? Quel est le socle, le plateau de bois tournant qui permet à l'équipe d'accompagner une fin de séjour sans répéter une scène trop connue, sans subir des isomorphismes, mais plutôt en proposant une expérience relationnelle un peu différenciée, un passage de vie un peu singulier ? Sont-ce les réunions d'équipe ? La possibilité pour chaque intervenant d'évoquer le transfert et son contre-transfert ? Ou le cadre auquel nous sommes tous tenus ? Ou la psychiatre qui, parce qu'elle admet et puis clôture un séjour, réunirait les diffractions ? Ou encore les référents, qui tiennent le fil, qui tricotent le maillage de ces rencontres multiples ? De quoi est donc fait ce socle en bois sur lequel tournent des bouts de pâte à modeler ?

Le cas présenté a été choisi pour approfondir avec vous ce questionnement, et pour expliciter les modalités et aléas de la clôture en hôpital de jour. Il s'agit de la situation de Madame T.

Lors de son entretien d'admission, Madame T. dit avoir eu de graves troubles alimentaires par le passé mais explique être là pour soigner sa dépression, se resocialiser et reprendre un rythme de vie. Madame T. a 27 ans, n'a pas d'enfants et vit seule. Elle a une sœur et un frère, tous deux plus âgés qu'elle.

Madame T. a une manière particulière de raconter sa vie, avec des affects très inégaux. Par exemple, elle raconte un drame familial avec détachement mais évoque avec emphase le lien qu'elle avait avec son ancienne patronne. Elle en parle comme d'une relation qui l'aurait beaucoup aidée au début, puis qui serait devenue terriblement fusionnelle, puis étouffante.

Dès ses premiers jours au Quotidien, Madame T. surprend les intervenants. Lors des ateliers, elle est participative, manifestement intelligente et pleine de ressources, mais ses attitudes sont particulièrement changeantes. Elle alterne entre des comportements de petite fille et des moments beaucoup plus sombres avec des paroles parfois sèches envers les patients ou les intervenants.

Madame T. ne tarde pas à déployer ce qui sera l'un de ses symptômes les plus étonnants tout au long de son séjour : les « relations à côté ».

Pour commencer, Madame T. exprime un rejet très net envers sa référente ergothérapeute. Celle-ci lui aurait mal parlé, elle ne souhaite plus la voir en entretien. Son référent psychologue ne lui convient pas non plus : elle explique ne pas vouloir de psychologue homme mais ne souhaite pas en détailler les raisons. Peu après, Madame T. explique avoir noué un lien de confiance avec l'une de nos collègues – que nous nommerons ici Leïla. Leïla est ergothérapeute au sein de l'équipe et n'est pas la référente de Madame T. Or, la patiente nous explique qu'elle souhaiterait être vue par celle-ci en entretien. Sachant que Madame T. reste tout à fait fermée vis-à-vis de ses référents, Leïla aperçoit là un aménagement clinique potentiel, une souplesse au service de la clinique du Sujet. La question est discutée en équipe : Madame T. sera soutenue par Leïla, mais celle-ci ne deviendra pas sa référente pour autant. Ce qui permettra à notre collègue de renvoyer régulièrement Madame T. vers ses référents. D'autant que Leïla a sacrément besoin de renfort : Madame lui demande beaucoup d'attention, espère d'elle un lien fort.

Nous soutenons notre collègue comme nous pouvons, par des discussions informelles et en réunion d'équipe. Les référents de Madame T., placés par celle-ci en seconde ligne, proposent de fournir un regard de retrait, un soutien de réflexion à leurs collègues.

En entretien avec Leïla, Madame T. ne parvient pas à approfondir ce qui la préoccupe. Elle se dit juste angoissée, déprimée. Jusqu'à ce qu'elles inventent ensemble une nouvelle méthode : les entretiens autour des lettres. L'idée est que Madame T. puisse communiquer ses pensées plus profondes par lettre, qu'elle remettra à Leïla pour qu'elles en parlent à l'entretien suivant. Madame T. se confie dans ses lettres sur des sujets plus sérieux qui permettent d'entrevoir une facette plus ancrée de la patiente. Madame T. lui avoue notamment que son anorexie n'est jamais tout à fait partie. Elle évoquera aussi, du bout de sa plume, la difficulté qu'elle a à parler de sa famille. Elle dira de son père qu'il était très dur, que ses colères tétanisaient la famille. De sa mère, elle dira qu'elle n'a jamais pu lui parler de ce qui n'allait pas : celle-ci s'inquiéterait trop, elle ne serait pas capable de l'aider. Leïla évoquera la possibilité d'entretiens de famille avec les référents ; proposition toujours refusée.

La demande d'un lien fort avec Leïla ne faiblira pas, et se fera particulièrement sentir lors de moments de séparation. Lorsque Leïla tombe enceinte, Madame T. exprime à grands cris sa détresse et sa jalousie, parfois agressive, envers l'enfant à naître. Nous sentons pourtant ses efforts pour se contenir et pour se préparer

à l'absence à venir, afin de préserver sa relation avec cette intervenante. Leïla, de son côté, tente de garder son cap clinique vis à vis d'une angoisse de séparation à ce point adressée. Madame T., à force d'insistance, réussit à négocier de pouvoir échanger quelques mails avec Leïla pendant son absence, sur son adresse professionnelle.

Lors du congé maternité, l'anorexie est de retour en force. Madame T. se restreint jusqu'à souffrir de maux de ventre terribles. Au cours des deux ans de séjour, Madame T. est plusieurs fois hospitalisée dans un service spécialisé pour les troubles des conduites alimentaires.

L'équipe propose à la patiente de rejoindre le groupe de parole « dépendance ». Il est récurrent que des patients ou patientes souffrants de troubles alimentaires soient intégrés à ce groupe. Madame T. y évoquera longuement, durant ces deux ans, son addiction à la privation alimentaire.

Leïla n'est pas la seule intervenante avec qui Madame T. noue un lien privilégié. Citons encore deux exemples de ces liens particuliers.

Notre collègue infirmière, appelons-la Agathe, est de permanence au bureau d'accueil tous les vendredis matin. Madame T. prend l'habitude de s'esquiver des ateliers lors de ces moments. Elle retrouve alors Agathe dans le bureau d'accueil et développe une savante valse au cours de laquelle elle parle de tout et de rien. Elle évite souvent les questions d'Agathe sur les raisons qui la poussent à quitter l'atelier mais parfois, elle dissémine des confidences. Elle explique à Agathe qu'elle a écrit un livre sur l'anorexie, qui a été publié. Les confidences sont différentes de celles que Madame T. adresse à Leïla : les relations sont compartimentées.

Au fil des semaines, Madame T. construit un lien privilégié avec Agathe, toujours dans ce moment de couloir, ces instants d'entre-deux. Elle se construit aussi une place particulière dans le bureau d'accueil. Elle y passe beaucoup de temps. Son fonctionnement est toujours le même : elle discute en tête à tête avec un membre de l'équipe, puis elle se fait discrète lorsqu'un autre intervenant arrive.

Quelques mois après son entrée, Madame T. apprend que sa référente ergothérapeute part à la retraite. Madame T. fait tout de suite le calcul : qui sera sa remplaçante ? Elle devine qu'il s'agira de Céline, animatrice dans l'équipe qu'elle apprécie particulièrement et qui jusqu'ici n'était pas affiliée à un groupe de référence. Madame T. lui fait part de ses espoirs à grands cris : elle serait tellement réjouie si Céline prenait cette place dans le groupe et surtout auprès d'elle ! Madame T. a vu juste : Céline devient officiellement référente. Céline aura par la suite la tâche complexe d'assurer le suivi de Madame T. et

de cadrer des entretiens pour assurer le fil d'un trajet de soins qui semble parfois dissous dans les relations transférentielles.

Et surtout, Céline doit parler à Madame T. de la sortie.

Parce que le temps a passé. Il n'a pas été dénué de mouvement : Madame T. a éprouvé son rapport à l'autre, elle s'est déployée dans les ateliers, elle s'est énoncée sur de nombreux sujets auprès de ses interlocutrices de choix, et elle a noué des liens fragiles mais qui semblent soutenant avec d'autres patientes. Elle est restée distante envers les hommes de l'équipe soignante mais a parfois noué des amitiés avec des patients. Elle a traversé des grandes périodes d'angoisses mais elle dit percevoir ses progrès.

Au fil des échanges avec Leïla, Agathe et Céline, Madame T. a élaboré un projet de sortie : elle souhaite se former aux pompes funèbres. Elle développe peu le rapport à la mort que cela implique, si ce n'est que l'aspect technique l'enthousiasme, ainsi que le contact empathique avec les proches. Nous soutenons son projet.

A quelques semaines de la sortie, un événement a lieu. Madame T. ouvre une fenêtre au premier étage et monte sur le toit. Aussitôt appelé, le psychiatre de l'équipe se précipite et l'interpelle fermement. Madame T. rentre aussitôt, semble stupéfaite, et explique qu'elle souhaitait juste prendre l'air, et que le sentiment de vide lui fait du bien. Le psychiatre lui signifie le passage à l'acte que cela représente que de monter sur le toit. Inquiet, il se questionne sur la nécessité d'une hospitalisation sous contrainte pour la patiente, ce qui n'a finalement pas eu lieu. Madame T. se sent agressée, incomprise et rentre chez elle furieuse.

Madame T. vit cet épisode comme une trahison. Elle qui avait construit un réseau de liens sur mesure avec l'équipe, elle se voit rappelée sèchement à la règle générale. Elle écrit par mail une plainte au service de médiation de l'hôpital. Elle l'envoie en même temps à l'adresse mail de l'hôpital de jour afin que l'équipe reçoive l'expression de son sentiment de trahison.

Madame T. s'adoucit finalement. Elle s'excuse auprès du psychiatre, tout en expliquant à ses intervenantes de prédilection qu'elle l'a fait pour ne pas risquer de voir son séjour écourté. Suite à cela, elle demande des entretiens avec son psychologue référent. Elle lui explique qu'avec cet épisode, elle se sent trahie. Madame T. dit qu'elle voit là l'occasion de prendre ses distances avec l'équipe.

Lors de ces quelques entretiens, Madame T. répète aussi que les psychologues la renvoient toujours à ses propres questions. Elle rappelle que Leïla et Agathe, au moins, lui donnent de vrais conseils, qu'elles se mettent plus en jeu.

Madame T. prend Leïla, Agathe et Céline à partie plusieurs fois jusqu'à son départ. Elle se montre tantôt suppliante, tantôt remerciante, tantôt furieuse. Et la charge de cette séparation se montre particulièrement lourde à porter. Leïla, par exemple, qui est référente d'un autre groupe de patients, voit une grande partie de son attention accaparée par Madame T. à l'approche de sa sortie. Le désespoir de Madame T. est si manifeste que chacun se retrouve retranché dans ses ressources individuelles pour y faire face. Et ce malgré des discussions d'équipe récurrentes à son sujet.

La semaine de son départ, Madame T. apporte à l'équipe une dernière représentation de sa constellation transférentielle : elle offre à plusieurs intervenants une figurine de Schtroumpf pour représenter la manière donc elle nous a chacun et chacune perçus : l'un reçoit le Schtroumpf à lunettes ; l'autre le Schtroumpf sportif ; l'une le Schtroumpf coquet, etc.

Au cours des dernières négociations quant aux modalités de départ de Madame T., par exemple sur la possibilité pour elle de venir à la fête de Noël le mois suivant sa sortie, l'équipe montre son contre-transfert transférentiel : chacun plaide, argumente en fonction de la représentation toute singulière qu'il ou elle a eu de Madame T. Comme son séjour l'a été, le départ de Madame T. se passe dans la diffraction et dans l'ambivalence.

A noter qu'il y a eu un changement de psychiatre en mai 2024 dans notre hôpital de jour. Dès l'arrivée de la nouvelle psychiatre et alors que Madame T. a quitté le Quotidien depuis décembre 2023, on lui parle de Madame T., on la prévient qu'elle va bientôt faire une demande de réadmission au Quotidien. Madame T. n'est officiellement plus inscrite à l'hôpital de jour depuis plus de six mois, mais elle est toujours bien présente, notamment sous la forme de longs appels téléphoniques hebdomadaires à ses intervenantes privilégiées.

Avant que la psychiatre ne rencontre Madame T., après discussion en réunion clinique, nous prenons la décision en équipe de ne plus accueillir la patiente pour un second séjour, afin de l'inciter à explorer un autre lieu de soins, avec d'autres intervenants. Comme dans toute discussion, les avis, plus ou moins exprimés, divergent, mais la psychologue responsable du Quotidien et la psychiatre finissent par trancher.

Quand la psychiatre rencontre enfin Madame T. début juillet lors de sa demande de réadmission, elle est hospitalisée dans un service spécialisé dans les troubles des conduites alimentaires, dans notre réseau hospitalier mais sur un autre site. Elle explique qu'elle a eu beaucoup de difficultés à quitter le Quotidien mais qu'elle a entrepris comme convenu sa formation de thanatopracteur pendant six mois. Elle a tenu bon jusqu'à être épuisée et déprimée. De plus, elle ne mangeait plus, ce qui a entraîné l'hospitalisation. Quand la psychiatre émet des réserves sur un retour à l'hôpital de jour, Madame T. propose de venir « juste » pour quelques mois. Quand la psychiatre lui rappelle ses difficultés à quitter le Quotidien et lui propose d'essayer d'investir un autre hôpital de jour, « fermer la porte ici pour en rouvrir une autre ailleurs », elle refuse en bloc d'investir un autre lieu et ne comprend pas cette proposition.

La psychiatre lui annonce quelques jours plus tard par téléphone que sa candidature est refusée. Elle ne comprend pas, requestionne, insiste. La psychiatre l'encourage, comme elle est toujours hospitalisée dans le service des troubles alimentaires, à chercher un autre centre de jour avec l'assistante sociale du service. Quelques jours plus tard, alors que la psychiatre est en congé, Madame T. appellera ses intervenantes privilégiées du Quotidien pour les prévenir qu'elle a des idées suicidaires, alors qu'elle est hospitalisée et que les infirmiers du service spécialisé ne sont pas au courant.

Finalement, Madame T. acceptera de s'orienter vers d'autres centres de jour, et même de commencer dans l'un d'entre eux. Elle continuera cependant à appeler ses intervenantes privilégiées, malgré leur demande d'espacer les entretiens téléphoniques. A deux reprises, elle reviendra au goûter du vendredi après-midi : une fois par mois, les anciens patients sont autorisés à rejoindre le groupe de patients à la fin du goûter du vendredi. La première fois, elle se montrera très en colère contre ses intervenantes privilégiées. Elle leur adressera qu'elle leur en veut de ne pas l'avoir assez préparée à se séparer d'elles. Un mois plus tard, elle reviendra au goûter souriante et détendue, n'évoquant plus les griefs contre nos collègues. Il y a peu, Madame T. a renvoyé un email à ses intervenantes privilégiées, expliquant qu'elle allait mieux et qu'elle se tenait à notre disposition si nous souhaitions faire témoigner une personne « en rémission » devant le groupe de patients...

CONCLUSION

A travers ce cas clinique, on perçoit que le processus de séparation est souvent loin de prendre fin à la date officielle de clôture du séjour, pour le patient comme pour l'équipe. Pourtant, la durée de séjour est connue d'avance, et les projets de sortie se préparent plusieurs mois avant la clôture. Certains patients verront l'hôpital de jour comme une étape de leur rétablissement, avanceront d'un pas plus ou moins confiant vers leur projet et n'éprouveront pas de difficulté particulière à quitter le lieu et les intervenants. Le son du carillon est clair et tout le monde s'en réjouit. Mais en psychiatrie, il est rare que le parcours du patient soit linéaire et sans embûches ou détours. Alors on se modèle, on co-construit, on crée des relations de soins singulières. Et dans l'équipe, chaque intervenant résonne à sa manière avec ces départs qui se compliquent.

Alors, pour revenir à la notion de constellation transférentielle explicitée plus haut, qu'est-ce qui fait socle pour le travail en équipe ? Comment solliciter le point de vue de son collègue sans en délégitimer la compétence, sur un sujet dont on doit admettre qu'il engage, en plus de notre visée éthique, nos affects et nos

résonances ? Comment cultiver notre travail d'équipe tout en se laissant suffisamment diffracter pour ne pas proposer à nos patients que des rencontres rigides ? Grâce à la discussion avec les participants lors de l'atelier, des pistes de réflexion ont pu être dégagées. Les réunions cliniques d'équipe, fréquentes et structurées, où chaque membre de l'équipe se sent libre de s'exprimer, sont essentielles. Les réunions théoriques, supervisions d'équipe et temps institutionnels participent aussi à construire et soutenir ce socle commun. Concernant le cas clinique, travailler en co-thérapie peut permettre de diffracter le transfert. Métacommuniquer avec le patient sur son comportement et sur ce qui se joue dans la relation pourrait aussi éviter l'isomorphisme. Enfin, un time-out ou une pause dans le séjour à l'hôpital de jour pourrait aussi permettre à la patiente et à l'équipe de prendre du recul et d'insuffler une autre dynamique dans la relation thérapeutique, à condition qu'elle soit bien explicitée à la patiente (raisons de cette pause, durée fixe, entretien formel à la reprise du séjour pour refaire le point etc).

BIBLIOGRAPHIE

1. Delion P. La constellation transférentielle. Erès ; 2022.
2. Lernout N. Comment utiliser le phénomène d'isomorphisme entre le système familial et le système des intervenants lors d'un placement en institution pour favoriser le changement sollicité ? Récit d'un traitement. *Thérapie Familiale*. 2005 ; 26(2) : 197-212.
3. Delion P. La constellation transférentielle. Erès ; 2022, 23-30.

LES AUTEURS :

Colin CHENEAU, Adèle STRUYE, Ornella LAURIA, Marine LAMOLIATTE

Hôpital de jour psychiatrique « Le Quotidien » - Clinique Fond'Roy – Epsilon – Bruxelles

Clinique Fond'Roy
Avenue Jacques Pastur 49, 1180 Uccle (Belgique)
a.struye@epsilon.be

POLYRHYTHMIES, JUXTAPOSITION DES TEMPS DE L'ART ET DE LA THÉRAPIE

- Hugues LIBERT -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Les impératifs de rendement et de productivité de la société viennent remettre en question la durée d'hospitalisation en hôpital de jour psychiatrique. A l'hôpital de jour La Renouée, qui accueille des patients adultes atteints de divers troubles psychiatriques, nous offrons une durée de séjour pouvant aller jusqu'à 2 ans. Ce séjour est ponctué, de façon régulière, par des balises temporelles ritualisées. La créativité a une place importante dans notre offre thérapeutique et nous proposons, de façon hebdomadaire, divers ateliers thérapeutiques à médiation artistique.

Une analyse du processus créatif et de la créativité, par le biais de la psychologie moderne, nous permet d'appréhender leur complexité et de créer des ponts avec le travail thérapeutique. D'autres éléments constitutifs de ces espaces thérapeutiques complètent cette analyse, tels que la neuroplasticité, la conscience de l'instant et l'analogie du comportement dans le média.

Pour illustrer cette réflexion autour de la notion du temps au travers des processus thérapeutique et artistique, nous présentons l'atelier Pulsations et Cycles, un atelier musical qui ouvre un espace de reconnexion à soi et au collectif, ainsi qu'une vignette clinique en lien avec cet atelier.

En conclusion, la créativité en thérapie fait tiers, offre un espace sécurisé, se déploie dans le temps et permet aux patients investis d'explorer, de se re-découvrir, de regagner de la confiance en eux et de devenir acteurs de leur processus de soin. Ce déploiement bénéficie d'un temps de prise en charge suffisamment long pour que les bénéficiaires puissent vivre ces expériences diverses et s'approprier ce parcours.

MOTS CLÉS: Art-thérapie - Musicothérapie - Temporalité - Créativité - Processus

POLYPHONY, RESONANCE OF THE VOICES OF ARTS AND THERAPY

The length of time spent in psychiatric day clinic is being questioned by the productivity and efficiency of society, in opposition to the need of suffering individuals for time and space in their treatment journey. In this paper we are looking into creative therapeutic workshops in relation to time and duration.

An analysis of the creative process and creativity will help us understand their complexity and link them to the therapeutic process. Other elements which are part of the creative therapeutic spaces are also brought to light such as neuroplasticity, mindfulness and analogy of the behavior in the medium.

The day clinic La Renouée welcomes adult patients with general psychiatric troubles, for a duration of 2 years. Creativity plays an important role in our work as we propose a wide variety of creative therapeutic activities. Beats and cycles is one of them and will give us the opportunity to study a case and to see how creativity, within a certain period of time, enables to work on body, mind and spirit.

In conclusion, creativity as a process offers third party, a secure space, develops over time and gives the opportunity to patients to explore, to re-discover their inner selves, to increase self-confidence and to become actors of their own healing process. The 2 year duration devoted to the therapy allows patients to experience deep internal changes and transformations.

KEY WORDS: Arts therapies - Music therapy - Temporality - Creativity - Process

INTRODUCTION

L'argument du colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatrique 2024 nous amenait à nous poser la question de la temporalité, du processus et de la finalité dans la prise en charge de nos patients. Ce questionnement, en forte résonance avec notre pratique de thérapie créative¹ et avec la vision de la durée de séjour qui sous-tend notre travail à la Renouée, nous a amenés à réfléchir à comment les processus thérapeutiques et créatifs s'entrecroisent, se soutiennent et constituent ensemble, dans la durée, un maillage de reconstruction de la personne en souffrance.

Après avoir posé le cadre clinique de La Renouée et comment le temps de séjour s'y écoule, nous nous arrêterons sur les concepts de processus créatif et de créativité en passant en revue comment ils ont été, au fil du temps, vécus et étudiés. La notion de processus étant centrale dans les disciplines artistiques ainsi qu'en thérapie nous observerons les liens entre les deux (1).

Nous discuterons ensuite de l'atelier *Pulsations et Cycles*, un atelier musical hebdomadaire et exposerons une vignette clinique en lien avec cet atelier. Nous concluons que les processus thérapeutiques trouvent un contenant et un soutien expérientiel dans les processus de création et s'expérimentent dans la durée.

LA TEMPORALITÉ À LA RENOUÉE

L'hôpital de jour La Renouée accueille des patients adultes avec divers troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, psychoses, assuétudes). Nous nous positionnons tant dans un suivi post-hospitalisation que dans l'accueil de patients qui viennent directement du réseau extérieur, sans hospitalisation préalable. A la création de La Renouée, la question de la durée de séjour s'est imposée d'emblée et c'est le choix du temps long qui a été posé. Nous offrons la possibilité aux patients de rester 2 ans dans notre service.

Nous avons pu observer, au fil des années, différentes phases dans le parcours des patients à La Renouée. Il y a tout d'abord l'arrivée et le mois d'essai. Ce premier moment est souvent vécu par les patients comme stressant et fatigant. Il demande aux nouveaux venus de rencontrer le groupe, de s'y incorporer, de rencontrer l'équipe soignante et d'intégrer le cadre et les règles de vie.

Vient ensuite une phase d'expérimentation de la grille d'activité qui peut s'accompagner d'une phase de test du cadre et des intervenants / référents. Les patients viennent à des jours choisis par eux et s'inscrivent dans la durée des ateliers qui leur correspondent ainsi qu'à

leurs objectifs thérapeutiques.

Cette phase précédente et la suivante se fondent l'une dans l'autre et ne sont pas clairement définies mais nous pouvons observer qu'il y a par la suite, une compréhension et appropriation de sens qui permet la mise au travail et l'investissement de certains ateliers et intervenants par les patients.

Enfin, la dernière phase est celle de l'émancipation, dans laquelle le patient prend de la distance et investit ou réinvestit l'extérieur. Cela peut être par le biais d'une autre hospitalisation de jour, de la fréquentation d'un centre de jour, d'un bénévolat, d'activités extérieures ou par la reprise du travail, voire d'études / formations.

Ces différentes phases sont bien sûr très variables dans leur durée, en fonction de divers critères : la capacité d'introspection et de mise au travail du patient, sa résilience, sa pathologie, le lien qu'il peut créer avec les intervenants et les autres patients, le temps nécessaire à son « arrivée », à se déposer, à faire confiance, à se mobiliser et à se reconnecter à ses ressources...

La vie à La Renouée est rythmée par différents rituels qui donnent forme et consistance au passage du temps. Il y a le temps du quotidien avec le moment de la « rencontre » du matin et le « mot de la fin » qui encadrent la journée. Il y a le temps du séjour long avec ses « bilans trimestriels » et la « clôture de séjour » en fin de parcours. A propos de ce de rituel, nous citerons J. Van Hemelrijck (1999) : « *Il semble que ce soit cette capacité d'anticipation par le rituel qui ait pour fonction d'assurer la cohésion du groupe et qui permette de contenir l'être et le groupe dans sa marche vers l'inconnu du futur* » (2).

PROCESSUS, CRÉATIVITÉ ET THÉRAPIE

Le temps s'exprime aussi au travers de la création. L'acte créatif n'est pas seulement un moment d'illumination matérialisé dans l'œuvre, mais au contraire, c'est tout un processus. Ce processus est lui-même évolutif et non linéaire. Le processus créatif renvoie à la notion de créativité. Celle-ci est un concept large qui peut s'appliquer à tous les domaines de l'activité humaine (arts, sciences, ingénierie, informatique...). « *Depuis quelques années la psychologie s'accorde à définir la créativité comme étant la capacité à réaliser une production qui soit à la fois nouvelle et adaptée au contexte dans lequel elle se manifeste* » (3).

La recherche sur le processus créatif a été prise en compte par les psychologues à partir du début du XXème siècle. Avant cela, la créativité était vue comme un don ou relevant du génie. Freud voyait en

¹ Nous nous référons au concept de *thérapie créative* plutôt qu'à celui d'art-thérapie. La notion de thérapie créative, enseignée entre autres aux Pays-Bas, est plus englobante et inclut les arts plastiques, la musique, la danse et le théâtre (1).

la créativité l'expression de désirs inconscients (amour, pouvoir) mis en forme par des moyens culturellement acceptables. Suite à ces recherches, une approche psychodynamique de la créativité s'est développée. Elle postule l'inconscient comme source d'idées qui s'expriment sous une forme codée (métaphore, images) et qui sont transformées de façon secondaire (4).

C'est en 1926 que Wallas met au point un modèle du processus créatif en 4 étapes, par la suite développé de nombreuses fois :

1. La phase de préparation (recherche d'informations)
2. La phase d'incubation (traitement de l'information et définition du problème à résoudre)
3. La phase d'illumination (l'idée créative parvient à la conscience)
4. La phase de vérification (test de l'idée une fois élaborée)

Ces quatre phases peuvent être vues et vécues de façon linéaire et de façon circulaire. Il est en effet possible de revenir à tout moment à une phase antérieure ou postérieure sans repasser par le processus complet.

Par la suite, Guilford (1950, 1957, 1960) élabore un modèle de l'intelligence en cinq opérations intellectuelles, modèle sur lequel est basée la créativité : la cognition, la mémoire, la pensée divergente, la pensée convergente et l'évaluation (4). La pensée divergente est la capacité à imaginer des idées variées et diverses autour d'un point de départ. La pensée convergente permet quant à elle de rassembler ces idées et concepts en un tout cohérent et synthétique.

Plus récemment les théories autour de la créativité furent influencées par les théories des systèmes complexes (CAS: Complex Adaptive Systems), dont les caractéristiques communes sont notamment le dynamisme, l'ouverture, la non-linéarité, l'adaptabilité, l'auto-similarité. Ces théories amènent aux concepts de propriétés émergentes² et de processus émergents (5). Par exemple, le cerveau pris comme un système complexe fait de neurones qui interagissent entre eux et dont une propriété émergente est la conscience. La société peut aussi être comprise comme un système complexe auto-adaptatif, formé d'autres systèmes comme la famille.

L'approche multi-variée de la créativité de Lubart (4) englobe d'autres facteurs que les aspects cognitifs de traitement de l'information, de mémorisation et de définition du problème. Il s'agit aussi de tenir compte de facteurs conatifs (traits de la personnalité comme la persévérance, la tolérance à l'ambiguïté,

la motivation...), de facteurs émotionnels (état présent et résonance émotionnelle) et de facteurs environnementaux (milieu familial, scolaire, culturel...) (5).

Csikszentmihalyi (1988) quant à lui intègre le créateur dans un cercle dynamique à trois pôles et sans départ. Le *Systems Model* situe la personne créatrice, le champs d'action (la communauté de praticiens) et le domaine (les connaissances, outils et pratiques) au même niveau d'importance. Ces trois pôles sont en interaction constante (5).

L'étude de la créativité à travers le prisme systémique permet de l'appréhender à travers diverses perspectives et interactions, autant sur le plan du créateur que de son environnement et de la voir comme un processus émergent, où se forment des sous-produits de la totalité des interactions d'un ensemble (5).

Ce panorama permet de prendre conscience que la créativité et le processus créatif sont des phénomènes de pensée et de réalisation complexes et que le créateur face à son œuvre est lui-même un produit de son temps et de son milieu. Par ailleurs, nous postulons que travailler avec un media qui stimule la créativité permet de recréer ou de stimuler, avec répétition dans le temps, une forme de plasticité cérébrale. Celle-ci ouvre de nouvelles pistes potentielles tant dans le média que dans d'autres champs de l'existence. En effet, être créatif en cherchant des pistes sur le papier dessin stimule les macros et micros processus de réflexion et de création (pensée divergente et convergente, motivation, adaptabilité, vérification...). Elles seront ensuite activables dans d'autres situations de vie. Les mécanismes de neuroplasticité (des connexions entre neurones sont créées via la synaptogenèse par la répétition d'interactions avec l'environnement) ont été mis en lumière par les études récentes des neurosciences, particulièrement sur les effets de la pratique de la musique (6).

En outre, travailler sur un media pendant une certaine période permet de vivre et de faire des expériences personnelles et émotionnelles au travers du processus créatif. Il nous met face à certaines émotions dans la durée et nous permet de prendre conscience de ce vécu avec une certaine distance induite par le média qui fait tiers et avec l'aide du thérapeute offrant un espace d'expression non jugeant et bienveillant. Lorsque nous mettons l'emphase sur le processus de production et l'observation des ressentis sans jugements ni objectifs de « réussite », nous permettons au patient de se connecter avec sa propre créativité. Pour citer S. McNiff, « *The creative process is the healing agent* »³ (7).

2 Propriété émergente : « propriété collective que possède le tout sans qu'aucune des parties prise en isolation ne la possède et qui émerge des interactions de ces mêmes parties. » (5)

3 « Le processus créatif est l'agent guérisseur. » [Traduction personnelle]

D'autre part, H. Smeijsters (1) nous éclaire sur le concept d'analogie, selon lequel le comportement exprimé dans le média artistique, qu'il soit plastique, musical ou théâtral, est un reflet du comportement du bénéficiaire dans la vie courante. Le bénéficiaire se montre tel qu'il est dans le média. Le travail du thérapeute créatif sera de pouvoir observer ces tendances naturelles, les conflits présents et de pouvoir utiliser le média comme levier expérientiel et non verbal. Smeijsters distingue clairement l'analogie de la métaphore ou du symbole en ce qu'elle ne réclame aucune interprétation, il n'y a pas selon lui de dualisme entre ce qui présente et ce qui est présenté. Ainsi, un patient peut montrer une grande capacité à lâcher ses gestes et à improviser librement sur un instrument mais ce faisant, il se coupe du reste du groupe. Le rôle du thérapeute sera dès lors de créer un espace où le patient pourra garder cette liberté d'expression tout en restant connecté avec le momentum du groupe.

« Dans la thérapie créative, il est d'avantage question d'expression de traits de personnalité dans le média que du plaisir esthétique de la forme dans laquelle cette expression est contenue. L'expression ne doit pas tant libérer un sentiment esthétique que réveiller une sensation de libération. Lorsqu'il s'agit de l'expression dans le média de sentiments refoulés, ce ne sont pas tant les qualités esthétiques que les qualités du média qui rendent l'inconscient acceptable. La thérapie créative permet au client de ressentir de manière sécurisée « Voici ce que je suis » et « Voici ce que je veux devenir ». [...] Le mot processus implique qu'il s'agit avant tout du faire, du chemin vers et non tant du produit réalisé en fin de processus. » [Traduction personnelle] (1).

En musique, par ailleurs, chaque instrument, chaque voix a en quelque sorte une personnalité propre, une manière d'être joué, une tessiture, une amplitude, une fonction musicale (mélodique, contrapuntique, accompagnement, soliste...)... Cela implique qu'un changement d'instrument permet de faire l'expérience de différents rôles et fonctions dans le groupe. Bien sûr, chaque personne qui joue d'un instrument exprimera quelque chose de propre à son ressenti et en lien avec son expérience de vie.

Les médias artistiques sont de parfaits espaces sécurisés d'expérimentation. Ils permettent de prendre le temps de se connecter à son espace intérieur tout en étant dans un cadre limité et structurant. Ce cadre est tout autant l'espace thérapeutique avec l'accompagnant que le média, qu'il soit musique ou feuille de papier. Créer, c'est aussi ouvrir un espace de prise de position. Sur une feuille, il faut prendre des décisions et agir en fonction. Malgré ces décisions, des transformations et adaptations sont possibles, peut-être même ouvriront-elles de nouvelles possibilités ou des horizons plus lointains.

La créativité fait partie de l'ADN de La Renouée et la part des ateliers thérapeutiques à médiation artistique y est importante. Nous proposons ainsi divers ateliers de création plastique (dessin, peinture, collage...), de céramique, de musique et d'expression théâtrale. Tous ne sont pas dirigés par des intervenants formés en art-thérapie mais ces derniers sont investis personnellement dans les disciplines qu'ils proposent. Le cadre posé dans ces ateliers est celui d'un travail thérapeutique.

PULSATIONS ET CYCLES

Nous avons choisi d'illustrer ce processus créatif et thérapeutique à la Renouée par l'atelier *Pulsations & Cycles*. Cet atelier est une invitation à faire l'expérience du rythme et de la musique en groupe, à être créatif et à partager un moment de détente en étant activement occupé. Divers instruments sont à disposition, tels que des djembés, des petites percussions comme les maracas, de plus gros tambours, des xylophones et autres métalphones, un piano et des guitares.

J. Siron décrit le temps comme étant le « support de la musique » (8). Pour lui, « le rythme est d'une part la durée des événements musicaux et d'autre part une organisation cohérente du temps en unité de temps. Le rythme possède un fond et une forme: il est à la fois existence dans le temps (le fleuve) et réalisation de formes dans le temps (les vagues) ».

Le point de départ de cet atelier est de ressentir une pulsation commune, pour ensuite, par la répétition des événements sonores, s'inscrire dans un cycle. C'est ainsi que se crée la base des mouvements de cadence caractéristiques de la musique. L'instrument et le corps seront les appuis, les états sur lesquels s'ancrera ce vécu. Une fois acquis les gestes essentiels de la percussion, nous étudions des rythmes issus de diverses traditions qui nous amènent vers des organisations plus complexes, des combinaisons et superpositions plus riches, des cycles plus étendus, des subdivisions et syncopes plus fines.

Dans un deuxième temps, la phase de prise de connaissance avec les instruments et la constitution d'une unité de groupe ainsi que la mise en place d'un langage commun étant établies, nous allons vers le jeu libre et l'improvisation collective. L'improvisation musicale offre un terrain expressif et exploratoire fertile et relativement sécurisant. Les improvisations collectives permettent de travailler sur l'écoute et la place de chacun des participants, sur la prise de parole et la capacité de s'appuyer sur les autres tout en étant soi-même créateur, générateur de sons et de potentialités. Les espaces musicaux qui s'ouvrent lors de ces moments sont construits sur des répétitions de boucles évolutives dans la durée. Ils sont parallèlement contenant et contenus, éprouvés de façon psychique (pensés et ressentis) et physique (vibratoires et entraînants).

Lee confirme l'importance de la spontanéité créative lors de l'improvisation dans un cadre thérapeutique: « *The spontaneous creation of improvisation produces a sense of freedom that is acutely therapeutic*⁴ » (9).

Exemples d'objectifs de cet atelier :

- ◆ Faire l'expérience de la structure musicale
- ◆ Ressentir la pulsation et les cycles en musique
- ◆ S'ancrer dans le moment présent
- ◆ Pouvoir exprimer des affects de façon non verbale
- ◆ Faire l'expérience d'appartenance au groupe dans la création instantanée

VIGNETTE CLINIQUE : MADAME M.

Madame M. a 30 ans et arrive début 2020 à la Renouée. Elle vit chez sa mère depuis peu. Son père est décédé quand elle avait 17 ans, ce qui a engendré une décompensation psychotique. Après le bac, elle se replie sur elle-même dans un petit appartement à Paris, consommant du cannabis et refusant tout contact. S'en suit une première hospitalisation à Paris en 2006 et l'inscription dans un hôpital de jour.

Madame M. apprécie l'organisation de la Renouée, car structurée et structurante. Elle valorise l'ambiance et les échanges, la bienveillance de chacun, ainsi que les multiples activités. Elle fréquente la Renouée le maximum de 5 jours par semaine, car elle sent qu'elle a besoin d'être active et de rentrer fatiguée.

Enfant elle pratique la harpe mais au moment de son arrivée, elle ne joue plus de musique depuis longtemps. Dès son premier atelier *Pulsations & Cycles*, elle manifeste de bonnes aptitudes musicales, tant à l'apprentissage qu'en expressivité. Tout au long de son parcours à La Renouée, elle participe aux ateliers musicaux et est très investie. Elle a le temps d'apprendre les différentes composantes de superpositions rythmiques et de se familiariser avec leurs rôles, ainsi que d'expérimenter divers instruments. Sa présence continue lui permet de reconnecter et de développer son potentiel musical et créatif, de « vibrer intensément », de ressentir de la joie, d'être en lien avec les autres et de retrouver de la confiance en elle. Les processus créatifs déployés dans les ateliers musicaux et répétés dans la durée lui permettent de restaurer son narcissisme et une réorganisation psychique. Ce seront des supports dans sa vie à l'extérieur.

Lors de la première partie de séjour à la Renouée, alors qu'elle est seule quelques jours à son domicile, Madame M. a des épisodes de consommation d'alcool qui la mettent à mal. Avec le temps, elle finira par pouvoir se structurer, se contenir et être complètement abstinente. En atelier, elle devient celle qui sait et qui peut accompagner les nouveaux, un pilier offrant de la stabilité au groupe. Au moment de quitter la Renouée, après quatre années de présence assidue, elle a mis en place un projet de reprise de cours à l'université. Il la porte et l'enthousiasme.

4 « La création spontanée de l'improvisation produit un sentiment de liberté qui est profondément thérapeutique. » [Traduction personnelle]

CONCLUSION

A La Renouée, le temps de séjour, balisé à 2 ans, est rythmé par divers rituels collectifs et individuels. Y ont lieu des entretiens individuels, des moments de rencontre en groupe, des groupes de paroles ou à thèmes et des ateliers à médiations artistiques. Ces derniers offrent des opportunités d'exister dans le groupe, de se connecter à soi-même et de se réinventer, donnant autant à faire qu'à être. Dans cet espace de soin, le médical est présent de façon subtile, entouré de bienveillance et de liens humains.

La compréhension de la créativité et de ses mécanismes inhérents nous permet de mieux saisir son rôle dans le processus thérapeutique. En tant que mobilisation cognitive, sensorielle, sensori-motrice, psycho-émotionnelle et systémique, elle offre un vaste territoire d'exploration intra et interpersonnel, qui posé dans un cadre thérapeutique bienveillant fait soin. L'acte créateur en thérapie offre un espace de résilience aux patients en donnant forme à l'indicible, aux pulsions, aux émotions refoulées, à la douleur psychique. Les chemins sont innombrables et se déroulent autant de façon linéaire que sous forme de spirale ou encore de holons⁵.

La création prend simultanément place dans différentes temporalités, celle du moment présent et celle du temps long. Elle est ancrage et évolution. Polymorphe

et polyrythmique, elle englobe ces temps multiples, d'une part dans les moments d'action créative, les intervalles de pause et d'élaboration mentale, et d'autre part grâce à la répétition de ces épisodes créatifs permettant progressivement d'acquérir technique et assurance. Par ailleurs, lorsqu'une œuvre est achevée, le processus peut recommencer, sans qu'il ne soit jamais parfaitement identique. Il est lui-même soumis aux questions et à la réalité du moment. L'aspect processuel et l'analogie de ce qui est montré dans l'acte créatif offrent la possibilité de faire des allers-retours entre soi et les autres. Il permet aussi la prise de conscience, la distanciation, la responsabilisation et l'ouverture vers de nouveaux possibles.

L'acte de créer, la création et le processus créatif sont les éléments d'une roue qui entraîne les engrenages d'une r-évolution. Nous faisons le constat que le processus thérapeutique trouve une caisse de résonance dans le processus créatif. Il offre du tiers, de l'expérience vécue, permet des synergies et des rééquilibrages d'ordres psychiques, émotionnels, intellectuels et physiologiques. Enfin, nous observons que les patients bénéficient de cette temporalité longue qui leur permet de se déposer, de s'approprier le sens de leur séjour et des ateliers, de s'y investir ainsi que d'investir pleinement l'hôpital de jour.

5 Holons: éléments qui sont à la fois un tout en eux-mêmes et une partie d'un système plus vaste. Une holarchie est une hiérarchie de holons. Dans la nature, il n'existe pas de hiérarchie, seulement des holarchies (9).

BIBLIOGRAPHIE

1. Smeijsters H. Handboek Creatieve Therapie. Uitgeverij Continho, Bussum 2000, 92,99
2. Van Hemelrijk J., L'épaisseur du temps. Les cahiers de psychologie clinique. 1999, 12, 13-19
3. Botella M., Nelson J., Zenasni F. Les macros et microprocessus créatifs. dans Capron Puzozzo I. directeur, La créativité en éducation et formation. De Boeck Supérieur, Bruxelles 2016, 33
4. Lubart T., Mouchiroud C., Tordjman S., Zenasni F., Psychologie de la créativité. 2nde édition, Armand Colin, Malakoff 2015
5. Capron Puzozzo Y. - La créativité en éducation et en formation. Perspectives théoriques et pratiques, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2016,51.
6. Tardif E., Doudin P-A., Neurosciences et cognition. De Boeck Supérieur, Bruxelles 2016
7. McNiff S. Ph.D. The Role of Witnessing and Immersion in the Moment of Arts Therapy Experience. dans Rappaport L. Ph.D. directeur, Mindfulness and the Arts Therapies. Jessica Kingsley Publishers, London 2014, 38-50
8. Siron J. La partition intérieure. Editions Outre Mesure, Paris 1994, 57, 142
9. Lee C. Aesthetics of Creativity in Clinical Improvisation. Dans Deliege I., Wiggins G.A. et al., Musical Creativity, Psychology Press, East Sussex, 2006, 241

L'AUTEUR :

Hugues LIBERT

Hôpital de jour La Renouée, SILVA MEDICAL
Chaussée de Namur 231, 1300 Wavre (Belgique)
hugues.libert@silva-medical.be

LA RIVIÈRE DU T(t)EMPS

- Joséphine DUBOIS, Lucas LAPADULA, Hélène MAUGE,
Stéphanie NOIRFALISE, Jean-Marc TRIFFAUX -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La question de la temporalité dans le contexte de la psychothérapie a été un sujet d'intérêt depuis les débuts de cette discipline. Cet atelier s'attache à explorer la notion de la finitude des soins dispensés dans les établissements hospitaliers de jour psychiatriques. Il aborde cette thématique en se référant à l'approche historique de la psychiatrie, ainsi qu'aux concepts développés par les théoriciens psychanalytiques tels que J. Kristeva et MP. Blondel.

La réflexion prend également en considération l'impact de l'évolution contemporaine de la société sur la perception du temps, en mettant en lumière l'émergence de nouvelles formes de psychopathologies. En décrivant le trajet de soins en hôpital de jour et les défis relatifs à la durée des traitements, nous soulignons l'importance de travailler la fin de l'hospitalisation dès le début de la prise en charge du patient. En effet, reconnaître la finitude des traitements comme une étape incontournable du processus de rétablissement permet non seulement d'optimiser les résultats thérapeutiques, mais également de favoriser l'intégration sociale et le développement personnel des patients au-delà du cadre institutionnel.

MOTS CLÉS: Temporalité – Modernisation – Hôpital de jour – Thérapie institutionnelle – Objet transitionnel – Intégration sociale

THE RIVER OF T(t)IME

The question of temporality in the context of psychotherapy has been a subject of interest since the early days of the discipline. This workshop focuses on exploring the notion of the finitude of care provided in psychiatric day hospitals. It addresses this theme by referencing the historical approach of institutional psychiatry, as well as concepts articulated by psychoanalytic theorists such as Julia Kristeva and Donald Winnicott.

The discussion also considers the impact of contemporary societal changes on the perception of time, highlighting the emergence of new forms of psychopathologies. By examining the trajectory of care in day hospitals and the challenges related to treatment duration, the workshop emphasizes the importance of addressing the end of hospitalization from the very beginning of the patient's therapeutic journey. Recognizing the finitude of treatment as an integral step in the recovery process not only enhances therapeutic outcomes but also promotes the social integration and personal development of patients beyond the institutional framework.

KEY WORDS: Time – Modernity – Psychiatric day hospital – Institutional therapy – Transitional object – Social integration

INTRODUCTION

« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous » (1).

L'histoire de la psychiatrie (2) reflète les transformations profondes de la société humaine à travers le temps. Pour introduire cet article, il est pertinent de retracer l'évolution de cette discipline. Avant l'apparition de l'écriture, la folie était interprétée comme une forme de possession, souvent liée aux croyances religieuses ou magiques. Dans l'Antiquité, la compréhension de la folie s'enrichit d'une dimension savante, amorçant une première notion de maladie. Cependant, au Moyen Âge, dans une société théocratique et marquée par

l'obscurantisme, la pensée régresse, et la folie est à nouveau perçue comme un signe de possession; les personnes atteintes sont alors marginalisées ou même exhibées pour divertir la population.

Le XVII^e siècle marque l'émergence d'une perspective plus nuancée sur la folie, grâce notamment à Descartes, qui réduit la fracture entre corps et esprit dans son *Traité des passions de l'âme*. Toutefois, c'est au siècle des Lumières que la discipline franchit un tournant décisif : Philippe Pinel inaugure une approche médicale en créant la psychiatrie, tandis qu'Esquirol fonde les premiers hôpitaux psychiatriques. À cette époque,

cependant, la psychiatrie demeure essentiellement asilaire, limitant une approche humaniste des patients. C'est François Tosquelles qui introduira une pratique essentielle, la psychothérapie institutionnelle, permettant l'expression du transfert et du contre-transfert entre le patient et chaque membre de l'équipe soignante – une approche pertinente pour une société en proie à des névroses collectives.

Depuis quelques décennies, la société occidentale connaît une transformation profonde, marquée par la fragilisation des institutions et une perte de repères, qui ont entraîné l'émergence de nouvelles formes de psychopathologies. On assiste également à la montée en puissance de personnalités démagogiques incarnant une toute-puissance, contribuant ainsi à l'aliénation des individus face aux limites. Cette évolution sociale a modifié notre rapport au temps. Comme le souligne Julia Kristeva dans *Les nouvelles maladies de l'âme* (3), notre époque valorise l'immédiateté, la rentabilité et l'efficacité, générant ainsi une homogénéisation psychique préoccupante. Cette dynamique entraîne une réduction de la vie intérieure, une perte de l'esprit critique, une confusion identitaire, une instabilité psychique, et un individualisme grandissant, qui rend la vie collective de plus en plus difficile à supporter.

Face à ces nouveaux symptômes invalidants, il est indispensable de repenser la psychiatrie contemporaine. La psychothérapie institutionnelle pourrait-elle répondre à cette crise humanitaire ? Et comment accompagner durablement ces nouvelles formes de souffrance psychique ?

Cet article incite à questionner la psychiatrie actuelle pour qu'elle soit plus résiliente face aux nouvelles réalités sociales et psychiques, tout en restant ancrée dans les valeurs humanistes qui ont guidé ses avancées au fil du temps.

LA SOCIÉTÉ MODERNE

Nous vivons actuellement une époque que l'on peut qualifier de déstructurante et éphémère. Ce bouleversement s'explique notamment par le rejet des systèmes pyramidaux qui ont à certains moments abusé de leur pouvoir. Bien qu'il soit essentiel de critiquer ces structures arbitraires, dont les conséquences sur les libertés individuelles furent parfois dramatiques, il convient de faire preuve de prudence afin d'éviter de basculer dans une forme d'extrémisme inverse.

Nous assistons donc à un processus de désinstitutionnalisation marqué par la perte d'un cadre structurant ou l'incapacité à le percevoir comme un espace sécurisant. Cela s'accompagne d'une érosion des repères et d'un effacement des limites. Ce phénomène s'illustre notamment par une montée du sensationnalisme pervers et illusoire ainsi qu'un

appauvrissement de la pensée, mettant en évidence une nette diminution de l'esprit critique.

Finalement, il est important de souligner le bouleversement de la temporalité au sein de cette société moderne. Le temps est caractérisé par une accélération intense influencée par des notions d'instantanéité, de rentabilité et d'efficacité qui sont nécessaires au consumérisme ambiant.

LES NOUVELLES MALADIES DE L'ÂME : NAGER DANS UNE RIVIÈRE SANS BERGES ?

Il convient de souligner que l'effondrement des structures hiérarchiques traditionnelles exerce une influence significative sur l'organisation psychique du sujet. En effet, à l'image de la dés-institutionnalisation caractéristique de la société moderne, on observe un affaiblissement de la fonction structurante historiquement attribuée à la figure paternelle. L'enfant occupe désormais une place centrale dans le système familial, tandis que les parents, dans une adaptation parfois excessive à ses besoins psychiques, tendent à négliger leur rôle de régulation des pulsions (4).

Les répercussions sur la structuration de la personnalité sont évidentes : on assiste à une prédominance des organisations état-limite, marquées par des mécanismes de défense primitifs tels que la toute-puissance, le clivage du soi et des objets, le déni, la projection et l'idéalisation. Par ailleurs, le sujet développe une identité diffuse, caractérisée par un ancrage insuffisant, ne permettant pas l'acquisition des limites nécessaires à une sécurité interne en tant qu'individu autonome.

Cette absence de repères favorise une quête de sens accompagnée d'un sentiment de vide existentiel, que l'on peut attribuer à une déficience du processus de mentalisation.

Quelle est alors la conséquence de la société moderne sur le sujet en souffrance ?

Il est pertinent de s'interroger sur la manière dont un enfant, qualifié symboliquement de « roi » au sein de son système familial, réagira lorsqu'il sera confronté au monde extérieur. Ce dernier se caractérise par une organisation sociale où l'individu n'est plus perçu à une échelle humaine, mais réduit à un simple numéro. Dans un tel contexte, dominé par des exigences de performance, de rentabilité et d'efficacité, l'écart entre le cadre familial surprotecteur et la réalité extérieure peut engendrer des tensions majeures dans la construction et l'adaptation psychique du sujet.

LES TEMPS DE LA CLÉ ET LEURS FONCTIONS

Nous allons à présent décrire en quoi l'hôpital de jour joue un rôle de tremplin (5) entre ces sujets malades et la société dans laquelle ils doivent construire leur ancrage identitaire, social et professionnel.

La préadmission est une étape essentielle assurée par le médecin psychiatre. Selon la complexité de la situation clinique, elle peut nécessiter un ou plusieurs entretiens. Ce processus repose sur une écoute active du patient, permettant l'exploration de ses attentes et l'identification de ses difficultés. Il constitue par ailleurs une première approche de la démarche thérapeutique qui sera mise en place. Afin de permettre aux patients de se familiariser avec les lieux, une visite de l'institution leur est systématiquement proposée.

Lorsque le délai d'admission risque d'être trop long, nous proposons des consultations post-préadmission. Celles-ci sont réalisées par un psychologue de l'institution et ont pour objectif d'assurer la continuité des soins et de renforcer le lien entre l'hôpital et le patient. Ces entretiens garantissent donc un accompagnement temporaire jusqu'à l'admission du patient.

Chaque jeudi, une réunion pluridisciplinaire est organisée afin de présenter le patient à l'équipe soignante. Le psychiatre expose la symptomatologie et l'histoire du patient, ouvrant un espace de réflexions et d'échanges collectifs. Cet échange permet la définition d'une ligne directrice pour l'hospitalisation.

L'hospitalisation d'une durée moyenne de 8 à 12 semaines à raison de 5 jours par semaine suit un processus prédéfini en plusieurs étapes.

La première étape est l'admission. Cette journée permet au patient de rencontrer son infirmière de référence, mais également de définir ses objectifs par écrit, lors de la signature du contrat thérapeutique et de la charte d'hospitalisation.

Suit alors le temps de l'hospitalisation, durant lequel plusieurs approches thérapeutiques sont instaurées, notamment la sociothérapie, la psychothérapie individuelle et un soutien psychosocial. C'est au cours de cette étape que le patient va apprendre à apprivoiser sa souffrance et à développer sa capacité à l'exprimer.

La préparation du projet post-hospitalisation permet de préparer et d'anticiper la sortie du patient en fixant une date de départ et en construisant un « projet de sortie ». Les modalités de continuité des soins sont également définies afin d'assurer un suivi adapté une fois l'hospitalisation clôturée.

La sortie marque la dernière étape de ce parcours. Chaque patient réalise son bilan de fin d'hospitalisation,

et présente s'il le souhaite devant le groupe patient, un travail personnel. Ce travail symbolise l'expérience, les apprentissages et les ressources acquises tout au long de son séjour.

Enfin, un dispositif de soutien post-hospitalisation est mis en place pour accompagner les patients dans leur réintégration. Tous les jeudis après-midi, les patients qui le souhaitent peuvent participer au « groupe de transition », un groupe socio thérapeutique qui est proposé aux anciens patients, leur permettant de maintenir un lien avec la structure, et dans certains cas, d'agir comme un filet de sécurité.

À travers la description des différentes étapes et fonctions de l'hôpital de jour, nous mettons en lumière trois axes fondamentaux du processus de rétablissement du patient :

LA FONCTION DE RÉCONFORT ET DE SÉCURISATION

Ce premier axe repose sur une approche bienveillante de la souffrance, visant à apaiser et sécuriser le patient. Cette dynamique est assurée par un suivi individuel médical et infirmier, ainsi que par le soutien du groupe et de l'équipe pluridisciplinaire.

L'ÉTABLISSEMENT D'UN CADRE STRUCTURANT ET SÉCURISANT

Le cadre offert par l'hôpital de jour constitue un repère stable et constant sur lequel le patient peut s'appuyer. Progressivement, ce cadre peut être perçu comme un outil sécurisant, comparable à une boussole, permettant au patient de maintenir des repères solides dans son parcours.

LE DÉVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE

L'hôpital de jour agit comme un pont entre le monde interne du patient et la réalité extérieure, tout en encourageant ce dernier à devenir acteur de sa prise en charge. La fin de l'hospitalisation, est une étape cruciale pour permettre au patient de se subjectiver et de consolider son autonomie. En somme, nous postulons que l'hôpital de jour présente des caractéristiques similaires à l'objet transitionnel tel que décrit par MP. Blondel à partir des travaux de D. Winnicott (6), jouant un rôle clé dans la transition entre dépendance et autonomie.

KAWA : LA RIVIÈRE DU T(t)EMPS

A. PRÉSENTATION DE L'ATELIER « KAWA, LA RIVIÈRE DU T(t)EMPS »

L'activité intitulée « Kawa, la rivière du T(t)emps » avait pour objectif d'accompagner les patients dans

une réflexion sur leur parcours thérapeutique au fil du temps ; le temps individuel et l'ère du Temps. Elle visait à explorer comment l'hôpital de jour contribue à l'amélioration de leur bien-être et de leur autonomie.

Le nom de l'atelier, « Kawa », s'inspire du modèle ergothérapeutique développé par le Dr. Iwama au Japon (7). Ce modèle utilise la métaphore de la rivière pour représenter le cours de vie d'un individu, offrant une perspective holistique intégrant l'environnement social, les ressources, les forces, ainsi que les obstacles rencontrés.

Dans ce modèle, les patients dessinent leur rivière de vie en utilisant du papier, des feutres et des crayons. Chaque élément dessiné symbolise un aspect de leur expérience : les berges symbolisent les facteurs environnementaux; les troncs d'arbres les ressources; les rochers les obstacles et l'eau représente le flux de la vie attestant du dynamisme ou de l'inertie du parcours.

Les patients représentent parallèlement des **coupes transversales**, équivalentes à des moments précis de leur vie, permettant une observation détaillée de leur vécu.

B. DÉROULEMENT DE L'ATELIER

Nous avons adapté ce modèle pour le proposer à 8 patients hospitalisés dans notre hôpital de jour. L'atelier offrait aux participants un espace pour se poser, faire le point, et réfléchir à leur parcours de vie et au contexte dans lequel leurs expériences s'inscrivent.

Chaque patient a été invité à dessiner sa rivière de vie. Ensuite, il représentait trois coupes transversales en début, milieu et fin d'hospitalisation.

Dans chaque coupe, les patients devaient inclure une représentation d'eux-mêmes ainsi qu'une symbolisation de l'hôpital de jour (par un dessin, un symbole ou un sticker). Cette approche visait à observer si et comment la perception de l'hôpital évoluait au fil du temps.

C. ANALYSE DE CAS CLINIQUES

Nous n'avons pas sélectionné ces exemples au hasard. En effet, les trois patients choisis présentaient des manifestations cliniques similaires, bien que certaines subtilités les distinguaient.

Monsieur G., est né dans les années 1990, il a grandi dans un milieu aisé sous l'influence d'une mère surprotectrice et d'un père absent et démissionnaire.

Madame R, née dans les années 1960, a grandi dans une société caractérisée par une structure pyramidale et des repères hiérarchiques bien définis. Élevée dans un environnement familial italien et patriarcal, elle manifeste une clinique de l'attachement marquée, conséquence de multiples abandons et de traumatismes sexuels.

Quant à Monsieur B, il est né au début des années 2000, il a évolué dans un contexte de précarité et a subi un abandon maternel précoce. Il a été intéressant d'examiner et de comparer la vie psychique de ces patients ainsi que leurs capacités d'ancrage dans la réalité.

Cas de Monsieur G..

Monsieur G. est âgé de 28 ans. Son enfance a été marquée par un divorce parental à l'âge de 5 ans. Il a vécu la majeure partie du temps chez sa mère qualifiée de surprotectrice. Son père est décrit comme absent et s'est remarié très rapidement après le divorce. La personnalité du patient s'est organisée sur un pôle de personnalité état limite, caractérisée par une identité diffuse, un sentiment de vide chronique, et une labilité émotionnelle.

Analyse des coupes transversales :

Sur la première coupe (Figure 1), l'hôpital est représenté comme une boussole, symbolisant le besoin de repères, tandis que le patient ne se représente pas, reflétant son flou identitaire.



Figure 1 : coupe de Monsieur G. en début d'hospitalisation

Sur la deuxième coupe (Figure 2), le patient se dessine dans une barque, hors de l'eau, indiquant une transition vers une prise en charge active. L'hôpital est vu comme un ancrage, tandis que sa compagne est symbolisée par un hérisson, illustrant la distance affective.

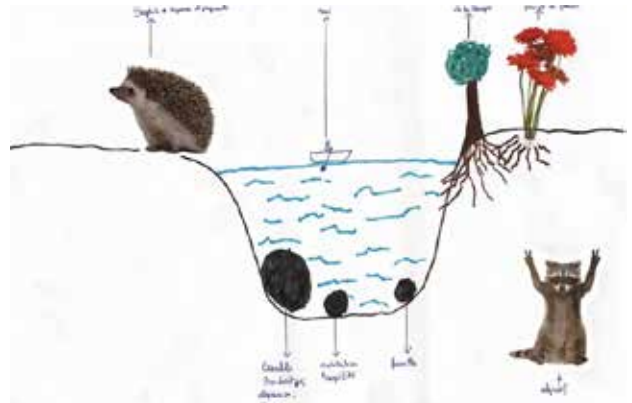


Figure 2 : coupe de Monsieur G. en milieu d'hospitalisation

Sur la troisième coupe (Figure 3), le patient se dessine dans l'eau. Tiré vers le bas par un boulet qui représente sa dépendance. Une bouée lui maintient la tête hors de l'eau ; cette première représente l'hôpital de jour. Le patient explique alors être tiraillé entre le besoin de soutien et l'autonomie.



Figure 3 : coupe de Monsieur G. en fin d'hospitalisation

Cas de Madame R.

Madame R est âgée de 61 ans. Son enfance est marquée par des carences affectives et des violences sexuelles. Son hospitalisation de jour s'inscrit dans un contexte de vécus d'abandons, et d'une perte identitaire lié au désinvestissement relationnel de son mari. La personnalité de cette patiente s'est également organisée sur un pôle de personnalité état-limite.

Analyse des coupes transversales :

Sur la première coupe (Figure 4), l'hôpital est perçu comme un camping, les soignants étant symbolisés par des fleurs, sans individualité. La patiente se représente par des traits simples, reflétant une pauvreté de sa vie intérieure.



Figure 4 : coupe de Madame R. en début d'hospitalisation

Sur la deuxième coupe (Figure 5), l'hôpital devient un bateau amarré, les soignants sont personnifiés, et la patiente se représente en princesse, tenant un micro, signe d'affirmation identitaire.

La troisième coupe n'a pas été réalisée, car la patiente a terminé son hospitalisation avant cette étape.



Figure 5 : coupe de Madame R. en milieu d'hospitalisation

Cas de Monsieur B.

Monsieur B est âgé de 18 ans. Il décrit un parcours de vie traumatique important, caractérisé par de multiples carences. Nous notons également un isolement social et un sentiment de vide constant. Sur le plan clinique, nous observons chez ce patient une personnalité de type état-limite à tendance psychotique.

Analyse de la coupe transversale :



Figure 6 : coupe de Monsieur B. en début d'hospitalisation

Monsieur B. a rapidement abandonné l'activité, incapable de mettre des mots sur son vécu, illustrant une souffrance trop intense pour être abordée dans ce cadre.

L'analyse de ces cas illustre l'importance du rôle joué par l'hôpital de jour dans le processus thérapeutique. Madame R, ayant grandi dans une société structurée et hiérarchisée, perçoit rapidement l'hôpital de jour comme un espace sécurisant. Ce cadre favorable lui permet de s'investir pleinement dans son travail introspectif et de participer sereinement à la sociothérapie, aboutissant ainsi à une reprise progressive de sa vie.

En revanche, Monsieur G., issu d'une époque davantage marquée par une déstructuration des repères, et ayant grandi dans un milieu où les limites

éducatives faisaient défaut, rencontre des difficultés à développer une sécurité intérieure. La fin de son hospitalisation représente une étape essentielle de son rétablissement. Il intègre le groupe de transition et bénéficie d'un suivi psychiatrique au sein de l'hôpital, ce qui maintient un cadre sécurisant pour lui. À ce jour, Monsieur G. a repris une activité professionnelle.

La situation de Monsieur B, en revanche, se révèle plus complexe. Ce patient dispose de très peu de repères et présente une vie intrapsychique particulièrement limitée. Les importantes carences affectives dont il a souffert, combinées à l'impact d'un contexte sociétal peu humaniste, ont conduit à un fonctionnement psychique proche de la psychose. Dans ce cadre, susciter la pensée et amorcer un processus de rétablissement constitue une tâche particulièrement ardue.

D. RÉFLEXIONS SUR L'ATELIER

Limites Observées

L'atelier a mis en lumière plusieurs limites et pistes de réflexion :

Tout d'abord, certains participants ont éprouvé des difficultés à s'investir dans cet exercice. Le partage au groupe de leur intimité semble parfois trop effrayant. Cela soulève une question essentielle : serait-il préférable de traiter ces thématiques dans un cadre individuel, plus intime et sécurisé ?

Pour d'autres patients, le cadre collectif a créé un climat de confiance propice à l'expression. Le fait de reconnaître des souffrances similaires chez les autres a permis de réduire leur sentiment d'isolement, et a favorisé une plus grande ouverture.

L'atelier a mis en évidence l'importance de bien préparer les patients avant leur participation. Certains, comme Monsieur B., n'étaient pas prêts à revisiter des souffrances trop lourdes, rendant l'activité caduque.

Enfin, en raison de la durée de l'atelier (plusieurs semaines ou mois), seuls 2 des 8 participants ont mené l'activité à terme, reflétant le caractère imprévisible et unique de chaque parcours thérapeutique.

CONCLUSION

Nous avons illustré, au cours de l'atelier, les conséquences psychiques induites par les dynamiques de notre société contemporaine. En effet, ces patients manifestent fréquemment un flou identitaire, une difficulté à concevoir les limites comme des éléments structurants plutôt que restrictifs, ainsi qu'une insécurité existentielle profonde.

En considérant l'hôpital de jour comme un objet transitionnel (6), il apparaît que celui-ci, par ses fonctions de soutien, de liaison, de structuration et d'encadrement, joue un rôle fondamental dans la gestion de l'instabilité et de l'inconsistance de l'objet chez ces patients. Il est donc indispensable de planifier la fin de la prise en charge de manière réfléchie et rigoureuse, tout en assurant un suivi et un soutien post-hospitalisation adaptés.

La fin de l'hospitalisation constitue une étape cruciale, car elle participe à la consolidation de l'assise identitaire du patient. En l'aidant à s'ancrer dans la réalité, cette phase finale favorise un processus d'intégration et de stabilisation, essentiel à la continuité et à l'équilibre de son parcours thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonnafé L. Désaliéner ? Folie(s) et société(s). Toulouse : Presses universitaires du Mirail ; 1992, 1.
2. Triffaux JM. Petite Histoire de la Psychiatrie [cours]. Liège : Université de Liège ; 2024 disponible sur : <https://hdl.handle.net/2268/334112>, MyOrbi ULiège, 2024.
3. Kristeva J. Les nouvelles maladies de l'âme. Paris : Fayard ; 1993, 7-103.
4. Lecoq A. Aspects psychanalytiques [cours]. Liège : Université de Liège ; 18 novembre 2021.
5. Delion P. La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? Empan. 2014 ; **96**(4) : 104-9. <https://doi.org/10.3917/empa.096.0104> net/2268/334112, MyOrbi ULiège, 2024.
6. Blondel MP. Objet transitionnel et autres objets d'addiction. Revue Française de Psychanalyse. 2004 ; **68**(2) : 459. <https://doi.org/10.3917/rfp.682.0459>
7. Iwama MK, Thomson NA, Macdonald RM. The Kawa model : The power of culturally responsive occupational therapy. Disabil Rehabil. 2009 ; **31**(14) : 1125-35. DOI: 10.1080/09638280902773711

LES AUTEURS :

Joséphine DUBOIS, Lucas LAPADULA, Hélène MAUGE, Stéphanie NOIRFALISE, Jean-Marc TRIFFAUX

Hôpital de Jour Universitaire «La Clé»
Boulevard de la Constitution 153, 4020 Liège (Belgique)
josephine.dubois@student.uliege.be

« MON TEMPS N'EST PAS LE MÊME QUE LE TIEN » : RELATIVITÉ, RYTHME ET TEMPS PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS

- Alain ROZENBERG, Simon BERNIER, Sophie DELACROIX,
Naïla CLEEREMANS, Elisabeth DUCHÊNE -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Basse continue, mélodie, ou silence assourdissant, les adolescents d'aujourd'hui ne nous adressent pas les mêmes messages que ceux d'hier. A l'instar d'un monde réduit à la structure binaire du numérique ou des discours actuels, le temps se déboussole, perdant sa vectorisation. Il se fige entre un passé oublié ou récusé, et un futur inexistant, dans lequel l'adolescent « hors-sol », de même parfois que son entourage, se perd dans une indifférence - ou un non-éprouvé - au temps qui passe.

Or, les prémisses de la subjectivation se constituent, justement, par la capacité d'attendre ou de différer, et l'adolescence en est une reprise. Nos sociétés érigent l'instantanéité comme une norme ou une règle de notre rapport au temps. Le monde s'accélère, va toujours plus vite, et les adultes qui avaient la responsabilité de transmettre cette faculté de différer sont eux-mêmes contaminés par ce virus de la vitesse.

Quand un jeune est en échec d'élaboration de l'événement psychique de l'adolescence, passé, présent et futur ne se conjuguent plus. Cette panne du processus de subjectivation, cet arrêt dans le mouvement du temps empêchent une complexification de ce dernier. Comment un hôpital de jour - articulant à la fois soin psychique et études - permet-il la relance d'un mouvement temporel à travers la mise au travail de trois questions existentielles fondamentales dans la construction adolescente : « d'où viens-je ? », « qui suis-je ? » et « où vais-je ? »

MOTS CLÉS: Adolescence, Temporalité, Accélération, Subjectivation

« MY TIME IS NOT THE SAME AS YOURS » : RELATIVITY, RHYTHM AND PSYCHIC TIME IN ADOLESCENTS.

Continuous bass, melody or deafening silence, today's teenagers don't send us the same messages as those of yesterday. Like a world reduced to the binary structure of digital technology or current discourse, time is becoming disoriented, losing its vectorization. It freezes between a forgotten or rejected past, and a non-existent future, in which the « off-ground » teenager, and sometimes those around him, lose themselves in an indifference - or non-experience - of the passage of time.

And yet, the premises of subjectivation are constituted precisely by the capacity to wait or to defer, and adolescence is a resumption of this capacity. Our societies make instantaneity the norm or rule for our relationship with time. The world is accelerating, moving ever faster, and the adults who were responsible for transmitting this ability to defer are themselves contaminated by this virus of speed.

When a young person fails to process the psychic event of adolescence, past, present and future are no longer combined. This breakdown in the subjectivation process, this halt in the movement of time, prevents its complexification. How can a day hospital - which combines psychological care and study - enable relaunch of a temporal movement by focusing on three fundamental existential questions in the construction of adolescence: « Where do I come from ? », « Who am I ? » and « Where am I going ? »

KEY WORDS: Adolescence, Temporality, Acceleration, Subjectivation

INTRODUCTION

Les récits grecs des origines racontent qu'au commencement était le Chaos. De cette brume aux frontières indifférenciées émergea Gaïa, la terre, puis Eros, première trace d'un amour désésexualisé.

Après l'apparition de ces trois éléments, la terre enfanta Ouranos, le ciel, et Pontos, la mer.

Ouranos et Gaïa vivaient littéralement collés l'un à l'autre¹. De cette promiscuité naquirent les Titans qui, coincés entre leurs parents, n'avaient aucune existence autonome (1). Gaïa, elle-même étouffée par Ouranos, incita les Titans à se révolter contre leur père. Seul Kronos, le plus jeune des Titans, répondit à l'appel. Armé d'une faucille donnée par sa mère, il émascula Ouranos. Cet acte de séparation de la terre et du ciel créa un espace d'entre-deux, instaurant le cycle des jours et des nuits, la temporalité... Temps et séparation sont intimement liés.

L'existence s'inscrit dans le temps, et cette inscription dans le temps nous ouvre à la finitude, nous conduit à la mort.

Mais qu'est-ce que le temps ?

Entre temps physique et temps vécu, entre temps objectif et temps subjectif toujours singulier, entre chronos, aion et kairos (le moment opportun), comment parler des différents aspects du temps sans s'y perdre ? D'autant que le temps est à différencier du rythme, du mouvement ou encore de la succession.

LE THIPI

Le THIPI de la maison d'ados AREA² est un hôpital de jour pour adolescents. Il fait partie du réseau de soin Epsilon, qui se situe à Bruxelles, Belgique.

Le THIPI, acronyme de *thérapie institutionnelle et pédagogie individualisée*, n'est pas sans évoquer un petit abri portatif que les jeunes peuvent se construire pendant leur séjour et emporter avec eux à la fin de celui-ci.

C'est un laboratoire social proposant à la fois une cure par la parole et une cure par le jeu, par l'utilisation d'une série de médiations artistiques, corporelles et culturelles. Le THIPI accueille une vingtaine d'adolescents de 12 à 20 ans, accompagnés par une équipe thérapeutique pluridisciplinaire, et par une équipe pédagogique relevant de l'École Escale.

Les adolescents accueillis sont marqués par une souffrance psychique qui n'est pas toujours ressentie et pas toujours alléguée. Ils vivent une panne dans le

processus de subjectivation de l'adolescence. Quitter l'enfance pour entamer cette traversée et se confronter aux questions liées à la mort, au sexe et à l'altérité les mettent à rude épreuve. Autrement dit, ces jeunes sont en échec d'élaboration de l'adolescence en tant qu'évènement psychique (kairos).

Ce sont des jeunes souvent inhibés, vivant une adolescence plus implorée qu'explosive. Ils ont en partage une impossibilité à fréquenter l'école. Mais la désaffiliation ne s'arrête pas à l'école, et se propage également aux pairs avec lesquels ils ont parfois rompu tout lien à l'exception des liens virtuels. Parfois, ils sont reclus dans leur chambre en retrait de toute relation sociale. Ils vivent une temporalité figée, entre un passé qui ne peut s'élaborer et un futur irréprésentable. Leur régime temporel relève d'un présent continu.

En première instance, retrouver un rythme est ce que ces jeunes - et surtout leur entourage - attendent d'un séjour au THIPI. Et l'une des fonctions principales de notre dispositif est de proposer des repères spatio-temporels.

Se rapporter à l'autre dans ses différentes déclinaisons, petit comme grand Autre est, chez ces jeunes, une source d'impasse et de souffrance. Or, le rapport du singulier au collectif est constitutif de ce temps logique de l'adolescence. Notre dispositif, et le travail clinique qui s'y déploie, soutient pour chaque jeune un possible nouage du trait de sa singularité au collectif. Ce travail ne peut se faire sans un cadre vivant qui soit souple et malléable, mais aussi consistant et contenant ; un cadre producteur d'évènements, à des moments opportuns, dans une temporalité relevant du kairos, permettant rencontre et ouverture vers un lien social.

Prendre soin de nos jeunes patients nécessite de prendre soin du dispositif en étant attentif à l'accueil, à l'ambiance, à notre position dans le transfert. Il nécessite de notre part un véritable engagement pour les soutenir (fonction phorique), leur permettre une remise en mouvement, un nouveau rythme. Il s'agit d'être avec eux, pour permettre la mise au travail des trois questions fondamentales dans la construction adolescente : « d'où viens-je ? », « qui suis-je ? » et « où vais-je ? », qui tissent une trame entre passé, présent et futur.

LE TEMPS SCOLAIRE EN INSTITUTION DE JOUR : L'ÉCOLE ESCALE AU THIPI

C'est un exercice d'équilibriste délicat, que de concilier le temps consacré aux soins, la disponibilité du jeune

1 A contrario de ce que nous dit le mythe, il y avait déjà du temps, puisque Ouranos et Gaïa éprouaient de la durée, mais c'était un temps qui ne permettait rien d'autre qu'un monde stagnant.

2 AREA = Accueil, Rencontre et Émergence de l'Adolescence

pour les apprentissages, ainsi que le rythme imposé par le système scolaire externe.

L'enjeu principal est de permettre à chaque élève de faire une « Escalade » dans son parcours scolaire sans perdre le lien avec ses apprentissages. Pour certains, cela correspond à un besoin de rester stimulé intellectuellement, de maintenir une forme de « normalité ». Pour d'autres, c'est un moyen de s'éloigner de la pression exercée par la société, les enseignants et les parents.

Notre objectif est de leur redonner confiance dans leurs compétences et capacités d'apprendre, tout en les encourageant à accepter le regard de l'autre. Il s'agit aussi de retrouver le plaisir d'apprendre.

Ce processus prend encore plus de sens pour les élèves qui ne trouvent plus leur place dans le système scolaire. Beaucoup d'entre eux ont perdu le sens de leur scolarité. L'angoisse de l'évaluation les paralyse, et la peur de l'échec est si grande qu'ils préfèrent parfois éviter d'y faire face, alors que l'échec est essentiel à l'apprentissage.

L'école est aussi un lieu de socialisation, et cette dimension représente une autre difficulté pour de nombreux élèves.

Face à ces difficultés, nous nous efforçons de créer un espace suffisamment sécurisant pour que chaque jeune puisse (re)trouver son statut d'apprenant ... afin d'aborder la reprise de l'école avec un nouvel outillage.

LE TEMPS DE LA PHYSIQUE

Ce que nous percevons comme écoulement du temps n'est pas, à proprement parler, le temps des physiciens. En parcourant le cadran, les aiguilles indiquent une durée faite d'une multitude d'instants, créant « une continuité dans l'ensemble des instants » (2).

La physique différencie le cours du temps de la flèche du temps. Le cours du temps est le temps qui passe et qui produit de la durée. Il est créateur de continuité, et renvoie au mouvement par l'écoulement qu'il suggère. La flèche du temps produit du devenir. Elle est créatrice de changement.

Pour la physique, le temps n'est pas circulaire, son écoulement est vectorisé. Et si l'on constate que des cycles se répètent, c'est toujours en amenant de la nouveauté. Événement, répétition et temps ne sont donc pas à confondre.

DÉCOUVERTE ET SUBJECTIVATION DU TEMPS

Dans le psychisme naissant, une première organisation temporelle se constitue par les rythmes auxquels le bébé est exposé. La répétition des rythmes inscrit

l'infans dans une première temporalité circulaire. Les premières bases de l'attachement sont liées à cette activité rythmique plus ou moins sécurisante, que l'on appelle « rythme de sécurité » (3).

Les prémisses de la subjectivation se constituent par le développement de la capacité d'attendre, grâce à l'appui que le bébé trouve dans la faculté de rêverie de l'autre maternel, dans l'alternance de sa présence et de son absence, qui permettra au bébé de se défaire progressivement d'un rapport immédiat à l'objet. La mère suffisamment bonne, comme la nomme D. W. Winnicott (4), ne répond aux appels de l'enfant qu'après un travail de mentalisation lui permettant de construire des hypothèses. Le plus important réside dans le temps demandé à son enfant, *un temps pour comprendre*.

Par un travail de symbolisation, le petit d'homme acquiert la permanence de l'objet. Cette nouvelle acquisition lui permet de différer la satisfaction sans tomber dans les affres liées au renoncement à l'objet. Substitution d'une satisfaction différée à une satisfaction immédiate vont ouvrir le sujet à un éprouvé de la durée et à la possibilité d'anticiper, prémisses à une vectorisation du temps.

La faculté de s'orienter dans le temps, par la différenciation du passé, du présent et du futur, se développera progressivement au rythme de l'acquisition du langage. La qualité du cadre temporel proposé par l'entourage sera déterminante pour se repérer dans le temps, percevoir les durées, temporiser, etc ...

Pour le dire autrement, en reprenant Michel Delage : « le déploiement et cette capacité à voyager dans la dimension temporelle sont tributaires de la qualité des interactions. En effet, lorsque l'enfant attend qu'on satisfasse ses besoins, il est soumis à un temps, à un rythme qui lui est imposé par l'autre. Une tension surgit entre le temps de l'enfant et le temps de sa figure du soin, à l'origine de ce qu'on peut appeler une 'temporalité transitionnelle' » (1). Les *attachements insécurisés*, « se ferment sur un excès de circularité » (5).

« Dans les familles enchevêtrées où dominent les attachements anxieux préoccupés, on préfère le retour de ce que l'on connaît, même si ce n'est pas pleinement satisfaisant, et on met en place des stratégies qui conduisent le regard vers le passé. (...) En même temps, les limites tendent à devenir floues entre les temps du temps, et on éprouve parfois des difficultés à situer clairement les expériences les unes par rapport aux autres. (...) On cherche dès lors souvent la protection dans un excès de ritualisation susceptible d'éviter les incertitudes à venir » (5).

Ainsi, en est-il pour Clara (prénom d'emprunt). Au départ, c'est l'école qui s'inquiète du décrochage de Clara, qui a 14 ans et ne bouge plus de chez elle.

Son effondrement est déclenché par des difficultés relationnelles avec sa meilleure amie. Durant sa petite enfance, Clara est décrite comme une petite fille rigolote, spontanée mais parfois harcelée au sujet de son surpoids. Lors de son passage en secondaires, elle perd une vingtaine de kilos et développe des relations de collage avec ses pairs.

Clara est la fille unique du couple parental, séparé depuis ses 2 ans. Elle vit à temps plein chez sa mère, qui est en invalidité pour dépression et fibromyalgie. Depuis 7 ans, les rôles mère-fille se sont progressivement inversés : Clara adopte une position de soignante auprès de sa maman dont elle représente l'unique raison de vivre. Mère et fille dorment ensemble depuis toujours, les frontières générationnelles et intimes sont inexistantes. Clara voit son père de façon ponctuelle ; leur relation semble parasitée par le discours parano de la mère à son égard.

A son entrée au THIPI, la problématique systémique prend tant d'ampleur qu'elle laisse peu de place aux questionnements subjectifs de Clara. Au cours de sa 1^{ère} année à l'hôpital de jour, notre travail portera donc essentiellement sur l'aspect familial.

Au terme de cette année, Clara va mieux, comme en attestent sa présence régulière et sa nouvelle dégain d'ado. Mais il est manifestement trop tôt pour se séparer : les crises d'angoisse reprennent du terrain lorsqu'elle s'essaie à un retour scolaire. Clara exprime alors d'autres besoins, plus subjectifs cette fois : « C'est surtout la confiance en moi et dans les autres qui doit grandir. Si je repars maintenant avec toutes mes angoisses, cela ne tiendra pas ».

Clara s'engage alors dans une seconde année au THIPI, pour prendre soin d'elle cette fois.

« L'attachement désorganisé confronte, quant à lui, à une difficulté majeure dans le déploiement du temps. On peut dire ici que le temps (...) est constitué d'instant qui ne s'inscrivent pas clairement dans la circularité, à moins de considérer une circularité chaotique, dans laquelle se répète le malaise, le stress, le traumatisme et finalement l'imprévisibilité » (5). On peut évoquer ici une véritable « anomie temporelle » (5), face à l'impossibilité de mettre en lien des points de repère capables de soutenir la continuité du temps qui passe. En cette occurrence, on ne traite que l'instant, l'actuel, sans lien perceptible avec le passé, sans possibilité de développer un projet de vie qui tienne.

C'est ce qui s'est joué pour une jeune que nous prénommerons Tania.

Suivie par le Service de Protection Judiciaire, elle émet des accusations d'inceste envers son père, puis se rétracte deux ans après ne supportant d'être éloignée de sa famille. La juge finit par accepter un

retour en famille conditionné par la fréquentation régulière de l'hôpital de jour. Mais la jeune s'absente énormément du THIPI et semble ne pas faire confiance à l'équipe. Les raisons invoquées pour ses absences sont toujours d'ordre médical : prétendus problèmes de thyroïde, manque de sommeil, chutes de tension. Ses parents ne font aucun cas des règles de l'hôpital de jour.

Dès son arrivée, Tania participe régulièrement à l'activité d'éveil corporel. Au début, elle se montre envahissante dans sa posture, et est en recherche excessive de contacts corporels. Mais après quelques mois, sa posture est plus adéquate, elle se détend progressivement, et bouge davantage. Le fait de devoir reproduire des exercices précis et cadrés semble contenir la jeune qui se montre très à l'aise dans son corps et dans son attitude durant ces moment-là. Son corps, qui se fait l'enjeu de toutes les attentions, nous donne-t-il accès à son ambivalence ? Ou bien sommes-nous dans un collage au corps souffrant de la mère qui ne peut devenir qu'un corps souffrant de la fille ?

En tout état de cause, les problèmes de santé font partie de l'identité familiale dans laquelle Tania semble être engluée, malgré elle. Et malgré nos interpellations, toutes les absences de Tania continuent à être couvertes par son médecin traitant... Le décès du père viendra propulser la famille dans un nouveau régime temporel, articulé, cette fois, au principe de réalité, comme si les grains de sable s'étaient remis à couler dans le sablier.

TEMPS ET ADOLESCENCE

L'adolescence peut être envisagée comme une catégorie sociologique, ou une période de vie située entre enfance et l'âge adulte. Elle relève dans ce cas d'une temporalité chronologique. Elle peut aussi être considérée comme un temps psychique relevant alors d'une temporalité logique ; ce temps est constitué d'une série d'opérations psychiques : remaniements des identifications et du fantasme, intégration d'un corps sexué, travail de séparation d'avec l'Autre parental, etc.

L'adolescence est donc passage, d'un espace ou d'un lieu, vers un autre où un seuil est à franchir : passage de la scène familiale à la scène publique, passage de l'Autre parental à l'Autre social. Cette traversée spatio-temporelle est devenue aujourd'hui une traversée en solitaire, là où hier elle était organisée par la société à travers des rites collectifs. Car il n'y a plus, dans nos sociétés, de ces moments qui marquent le passage à l'âge adulte. N'est-ce pas aussi parce que ces rites impliquent du changement, de la séparation ? Les adultes sont-ils encore disposés à se séparer de leurs enfants ?

Angélique Gozlan (7) fait l'hypothèse que Facebook à ses débuts, les réseaux sociaux et les challenges numériques aujourd'hui, sont des pseudo-rites de passage, des lieux de tentatives de construction identitaire ... mais pseudo-rites, et tentatives seulement, parce que se déroulant entre pairs, sans la génération des adultes en présence, et sans tiers symboligène.

L'adolescence est donc un temps de transition qui dessine un entre-deux entre l'enfance et l'âge adulte. Après le temps de l'infantile, qui est la « *persistance de ce fonds de mémoire ou, pour mieux dire, de ce qui reste en notre mémoire de ce passé dans lequel s'enracinent notre présent et le devenir de ce présent* » (8), vient la puberté, en tant qu'évènement de corps, signant le passage au juvénile et la découverte d'une altérité intime. Avec l'évènement pubertaire, le temps prend corps.

Traditionnellement - mais est-ce encore le cas ? - l'enfant vivait un temps cyclique, quasi immuable, proche de ce que les Grecs nommaient l'aion. Avec l'adolescence, le rapport au temps vécu se modifie. Face à la poussée d'un nouveau régime pulsionnel en quête d'intégration psychique, l'adolescent, confronté à l'ici et maintenant, à l'actuel, doit trouver de nouvelles coordonnées pour (re)trouver la faculté de différer.

L'adolescent également obligé de faire le deuil de l'enfance, découvre par ce travail le caractère d'irréversibilité du temps qui passe. Il s'en accommodera ou, par nostalgie de son enfance, il y résistera en s'évertuant à geler le temps. Car l'une des formes de résistance des adolescents tourne autour du temps : « *quand tout le monde court, je laisse le temps passer, voire je ralentis ce temps.* » Tout s'accélère, sauf le temps de l'adolescence ... qui aurait même tendance à s'éterniser !

L'adolescence est par excellence le temps du futur antérieur, temps particulier où il s'agit de désigner « *le passé non encore accompli d'un futur, sans avoir recours au conditionnel ou au subjectif* » (9). Le futur antérieur est par excellence le temps du sujet qui anticipe, dans un futur indéterminé, un passé encore à venir dans le présent d'une parole qui s'énonce « *et qui conditionnerait ce qui reste à advenir* » (9). « *Quand tu auras grandi, tu pourras avoir accès à la jouissance* » : c'est par ces mots, par cette promesse ou plutôt cette duperie parentale que l'enfant « *impuissant* » renonce à la jouissance, l'ajourne à plus tard³. Cette promesse dite œdipienne lui permet de rêver un futur. Mais devenu adolescent, il découvre que cette promesse n'était au fond qu'un miroir aux alouettes et s'en désillusionne. Pour dépasser cette duperie, l'adolescent doit fournir un travail psychique considérable pour tenter de se réaliser dans un monde en crise. L'horizon actuel, incertain

à bien des égards, ne lui permet plus de conjuguer cette promesse au futur antérieur. Aujourd'hui, elle se conjugue au conditionnel, ce qui n'est pas sans effet, entre autres, sur la scolarité !

TEMPS ET SOCIÉTÉS

Dans certaines sociétés traditionnelles, la vision du temps est une vision cyclique. Rythmée par les cycles naturels (du jour et de la nuit, des saisons, des récoltes), la vie y semble hors du temps linéaire qui nous est familier. Alors que les sociétés occidentales jalonnent leur histoire de dates marquantes, les sociétés amérindiennes par exemple se réfèrent à l'itinéraire de leurs groupes, à la succession des lieux qu'ils ont occupés : ils considèrent leurs terres - les lieux - comme ayant la plus haute signification possible, et toutes leurs déclarations s'appuient sur cette référence spatiale. Les immigrants considèrent le mouvement de leurs ancêtres à travers le continent comme une progression régulière d'évènements et d'expériences essentiellement bénéfiques, plaçant ainsi l'histoire - le temps - sous le meilleur éclairage.

Aujourd'hui, l'abolition du temps fait modèle (10). Nos sociétés érigent l'instantanéité comme norme ou règle de notre rapport au temps. Le monde s'accélère, va toujours plus vite, et les adultes qui avaient la responsabilité de transmettre cette faculté de différer ou d'attendre, sont eux-mêmes contaminés par ce virus de la vitesse. Pourquoi ? Probablement parce qu'accélérer le temps procure, au premier niveau, de l'excitation. Mais si l'on passe une chanson ou un film en accéléré, au deuxième seuil, cela suscite de l'angoisse. Au 3^{ème} seuil, cela crée du chaos ; au 4^{ème}, de l'horreur.

En 50-60 ans, on a doublé la vitesse de la marche dans nos villes. Pour ce faire, nous marchons maintenant en deux temps, alors qu'auparavant nos grands-parents marchaient en trois temps, en se déhanchant. En un siècle, nous avons perdu deux heures de sommeil par jour en moyenne ! On a donc gagné deux heures de veille. Qu'en fait-on ?

L'accélération du temps est véritablement une des nouvelles figures de la maltraitance moderne ; comme Kronos, elle nous fait « bouffer » nos enfants : « *Dépêche-toi. On n'a pas le temps ! Cours !* » Cette accélération a un tel impact qu'on est passé du « temps à penser » vers le « temps à ne pas oublier » !

Que les choses se fassent en temps réel est devenu le tempo à adopter. Le temps se réduit à l'instant. À l'instar des écrans, nous passons d'un monde structuré par quatre dimensions à un monde réduit à deux dimensions, un monde sans esprit.

³ Le fils ne peut rivaliser avec la puissance du père, la fille ne peut faire don d'un enfant au père.

Pour Hartmut Rosa (11), l'accélération spécifie l'essence de notre social : « toujours plus vite » est devenu la norme de notre époque (la modernité tardive). Ce n'est bien sûr pas le temps en soi qui s'accélère, mais les processus internes à notre société, comme les fast-food, les speed-dating, les caisses express etc... Même l'école est devenue fournisseuse numéro un de nouvelles pathologies toutes en lien avec le temps : TDAH, autistes, HP qui s'ennuient ... : les professeurs doivent accélérer le rythme pour la moitié de la classe, et ralentir pour les autres.

Hartmut Rosa distingue trois catégories d'accélération : l'une concerne la technique, l'autre le changement social, et la troisième le rythme de vie.

Notre régime spatio-temporel a été considérablement impacté par l'accélération technique avec le développement du numérique et ses effets disruptifs. L'utilisation de ces nouvelles technologies étant souvent chronophage, cela provoque une accélération du rythme de vie et une augmentation de la pression temporelle. Pour Hartmut Rosa, cette accélération est l'effet d'un système capitaliste concurrentiel traversé par une logique de compétition entre les personnes. Cette pression constante à devoir toujours en faire plus en moins de temps, dans un monde compétitif et concurrentiel, pression à laquelle les institutions n'échappent pas, est certainement l'une des causes des dépressions ou des refus scolaires anxieux rencontrés chez les adolescents.

Cette triple accélération (technique, sociale et du rythme de vie) atteint et transforme nos processus de subjectivation, par une primauté accordée à l'immédiateté, une prévalence de la présence sur l'absence, provoquant des pathologies de la désynchronisation dont le burn-out pourrait faire partie. Pour paraphraser Aboudé Adhami (12), si l'on réduit l'espace et qu'on accélère le temps, on crée de la violence, c'est aussi simple ! Le nombre d'élèves en décrochage scolaire, le nombre de burn-out en témoigne largement.

Cette expérience d'un temps en perpétuelle accélération composé d'une multitude d'instantanés et valorisant l'immédiateté, François Hartog le nomme présentisme (13). Ce régime temporel s'éprouve différemment selon les personnes et leur inscription dans le social. Ce présentisme se révèle être un horizon ouvert pour certains, mais pour d'autres, il se révèle un horizon fermé, autrement dit un avenir menaçant.

CONCLUSION

Serge Lesourd (14) proposait de lire notre actualité à travers trois petits récits structurant le lien social de ce début de XXI siècle.

Premièrement, « *le rêve d'une jeunesse prolongée* », avec comme injonction : « *reste en devenir* », toujours jeune, beau et performant, élevant la figure de l'adolescent et de son inachèvement en place d'idéal. Rêve que l'on pourrait qualifier de transhumaniste, rêve relevant d'un présent continu, d'un futur toujours en devenir, ou d'une mise en suspens de l'œuvre du temps ou du travail de la mort.

Deuxièmement, « *j'existe parce que je jouis de l'objet* », dont l'accès est permanent, automatique, immédiat, court-circuitant la faculté de différer et donc de penser.

Troisièmement, « *plus besoin d'être deux pour faire un enfant* ».

Ce rêve d'une jeunesse prolongée plonge l'adolescent dans une forme d'arrêt du temps, puisque « *être adulte, c'est rester dans l'idéal d'inachèvement de l'adolescent que je suis* ».

Le temps de l'un n'est pas le temps de l'autre : comment concilier à la fois temps social (scolaire), temps familial, temps singulier et temps de soin ? Le travail clinique tel que nous l'envisageons au ThIPI est une tentative de synchronisation de ces différents temps, tout en respectant la temporalité subjective de chacun. Il s'agit pour eux - avec nous - de trouver un accordage entre un tempo institutionnel pas trop éloigné du tempo social et une partition à jouer selon un rythme singulier.

C'est ce que nous avons tenté d'illustrer à travers ces deux situations cliniques, deux partitions jouées selon un rythme singulier.

- ♦ Clara aura mis deux ans pour retrouver son chemin en dehors du ThIPI, une première année pour se distancier d'une temporalité familiale figée, une deuxième année pour construire sa propre question.
- ♦ Tania, dont la fréquentation du ThIPI, toujours erratique, sera longtemps conditionnée par une temporalité familiale organisée par le principe de plaisir et qui progressivement pourra tenir compte d'une temporalité vectorisée par le principe de réalité, lui permettant de quitter le ThIPI pour retrouver le chemin de l'école.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vernant JP. L'univers, les dieux, les hommes : récits grecs des origines. Paris : Seuil, Points essais ; 1999, 20.
2. Klein E. Le temps (qui passe ?). Montrouge : Bayard ; 2019, 27.
3. Tustin F. Le trou noir de la psyché. Paris : Seuil ; 1986, 216.
4. Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. Paris: Éditions Payot ; 2006.
5. Delage M. Le temps et les liens familiaux. Qu'en fait le thérapeute ? Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2016 ; **56**(1) : 39-61.
6. Gadeau L. Psychanalyse de l'acte éducatif et de soin : une théorie du temps psychique. Ramonville St Agne : Éres ; 2014, 137.
7. Gozlan A. L'adolescent face à Facebook : enjeux de la « virtualscescence ». Paris : Éditions In Press ; 2016, 68.
8. Aulagnier P. Se construire un passé : exposé théorique. Adolescence. 2015 ; **33**(4) : 713-740.
9. Rassial JJ, Benhaïm M. No future. Grammaire du sujet postmoderne. Cliniques méditerranéennes. 2009 ; **80**(2) : 287-300.
10. Bénévent R. L'idéologie de l'immédiateté. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2003 ; **53**(3) : 9-22.
11. Rosa H. Aliénation et accélération, vers une théorie critique de la modernité tardive. Paris : Éditions La Découverte ; 2014, 16.
12. Adhami A, directeur. Violences ordinaires et agressivité refoulée. Acte du colloque de SOS ENFANTS ULB ; 2024 ; Bruxelles. Belgique.
13. Hartog F. Régime d'historicité, Présentisme et expérience du temps. Paris : Seuil ; 2003, 13.
14. Lesourd S. Comment taire le sujet ? Des discours aux parlottes libérales. Ramonville : Editions Erès, Humus ; 2006, 69-71.

LES AUTEURS :

Alain ROZENBERG, Simon BERNIER, Sophie DELACROIX, Naila CLEEREMANS, Elisabeth DUCHÊNE

Hôpital de jour « Le ThIPI », Maison d'ados AREA+, Epsilon,
Chaussée de Saint-Job 294, 1180 Uccle (Belgique)
a.rozenberg@epsylon.be

CRÉATION ARTISTIQUE ET GESTION DU DEUIL APRÈS UN SUICIDE EN HÔPITAL DE JOUR PSYCHIATRIQUE

retour croisé d'une ergothérapeute et d'un psychiatre

- Jonathan DRAI, Lucia KOZIC -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet article présente l'expérience d'un groupe artistique au sein d'un hôpital de jour psychiatrique, animé par une ergothérapeute, confronté au suicide d'une participante. Après avoir décrit le fonctionnement institutionnel et la place de l'ergothérapie, nous analysons l'impact de ce drame sur la dynamique groupale, la gestion du deuil et les rituels collectifs mis en place. Les enjeux cliniques, institutionnels et psychodynamiques sont discutés, en s'appuyant sur des références théoriques majeures et des perspectives de terrain.

MOTS CLÉS: Hôpital de jour - Ergothérapie - Création artistique - Suicide - Deuil - Groupe thérapeutique

ARTISTIC CREATION AND GRIEF MANAGEMENT AFTER A SUICIDE IN A PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL: A JOINT PERSPECTIVE FROM OCCUPATIONAL THERAPY AND PSYCHIATRY

This article presents the experience of an art group in a psychiatric day hospital, led by an occupational therapist, confronted with the suicide of a participant. After describing the institutional context and the role of occupational therapy, we analyze the impact of this event on group dynamics, the management of grief, and the collective rituals implemented. Clinical, institutional, and psychodynamic issues are discussed, drawing on major theoretical references and field perspectives.

KEY WORDS: Day hospital - Occupational therapy - Art therapy - Suicide - Grief - Therapeutic group

INTRODUCTION

Le Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) de Vevey, intégré au Centre de psychiatrie des Communaux, propose un accompagnement ambulatoire pour adultes souffrant de troubles psychiques affectant leur vie sociale et relationnelle. Idéalement situé à proximité de la cité, mais en retrait de l'agitation, il offre un environnement propice à la réhabilitation psychosociale et au rétablissement psychique, en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin chef de clinique, d'infirmiers et, depuis une année, d'une ergothérapeute.

L'équipe soignante est garante de l'organisation des soins dans le milieu thérapeutique, conceptualisé sur la base des travaux de Gunderson, Racamier, Sassolas et Botbol, où la présence active et régulière des soignants dans la vie communautaire constitue un pilier du traitement (1,2).

L'arrivée d'une ergothérapeute en 2023 a permis d'élargir l'offre de soins, notamment par la mise en place d'ateliers de création artistique, supports privilégiés pour l'expression et la reconstruction identitaire en psychiatrie (3,4,5).

Cet article relate l'expérience d'un groupe artistique confronté au suicide d'une participante et interroge la gestion du deuil dans une structure de soins collectifs, à la lumière des modèles théoriques du deuil et de la groupalité.

INTÉGRATION DE L'ERGOTHÉRAPIE AU CTJ

La création du poste d'ergothérapeute au sein de notre centre de jour psychiatrique s'inscrit dans une volonté d'enrichir l'approche pluridisciplinaire, au croisement du soin, de la vie quotidienne et du rétablissement. L'arrivée de l'ergothérapeute marque l'introduction d'une compétence spécifique dans l'équipe : celle d'un expert de l'analyse de l'activité (3,4,6).

Le cœur du métier d'ergothérapeute repose sur une analyse fine de l'activité, qui lui permet d'ajuster, d'adapter et de proposer des activités en fonction des capacités, des besoins et des objectifs spécifiques de chaque patient. Les activités occupent alors plusieurs fonctions complémentaires : elles sont à la fois des outils d'évaluation pour observer les compétences et

difficultés, des moyens thérapeutiques visant à travailler certaines fonctions ou comportements, et parfois des objectifs en soi (3,4,6).

L'ergothérapeute adopte une vision globale qui prend en compte l'interaction entre l'individu, son environnement et ses activités de la vie quotidienne (AVQ). Cette posture lui permet d'identifier les freins à l'autonomie, mais aussi de mettre en lumière les ressources personnelles (3,4,6).

Dans le cadre du centre de jour, de nombreuses activités sont centrées sur les activités de la vie quotidienne (faire les courses, cuisiner, partager un repas), la socialisation (vivre ensemble, tolérer la présence d'autrui, créer du lien), ainsi que des activités de loisirs (jeux, balade, sport). Ce sont des axes majeurs du travail de l'équipe soignante. Au regard de cette orientation vers l'autonomisation dans les AVQ et la réinsertion dans des rythmes sociaux, la présence d'un ergothérapeute prend tout son sens : il vient renforcer cette dynamique par son regard spécifique sur l'activité et ses compétences d'adaptation individualisée (3,4,6).

Une dimension centrale, parfois négligée dans le soin psychiatrique, est celle du **plaisir**. L'ergothérapeute veille à la cultiver à travers les activités proposées, en rendant possible des expériences positives, ludiques, gratifiantes, qui résonnent avec les intérêts et les aspirations du patient. Retrouver la capacité à éprouver du plaisir, à faire quelque chose « pour soi », sans enjeu de performance, devient alors un objectif thérapeutique à part entière (3,4,6).

C'est dans cet esprit qu'a été conçu l'**atelier créatif**, mis en place par l'ergothérapeute, autour de la production artistique. Cet espace propose une rencontre entre expression de soi, exploration sensorielle, et potentiel thérapeutique de la création.

Dans ce contexte, la création artistique s'inscrit dans la lignée des espaces transitionnels décrits par Winnicott, où l'activité créative permet la rencontre entre l'individuel et le collectif (5).

GENÈSE ET DÉROULEMENT DU GROUPE ARTISTIQUE

ORIGINE DU PROJET

Le projet de groupe artistique est né d'un double objectif : offrir un espace d'expression non verbale, mobiliser les patients et renforcer la dynamique collective.

L'expérience acquise lors de stages en psychiatrie communautaire et les attentes des patients ont motivé la création d'un atelier où chacun pourrait découvrir ou redécouvrir de nouveaux outils d'expression et développer de nouvelles compétences dans un cadre sécurisant et ludique (2,5).

Le groupe a été conçu comme un espace pour soi, permettant de retrouver confiance, de lâcher prise, de renouer avec le plaisir de créer sans attente de productivité, et d'expérimenter des activités parfois absentes de l'enfance.

Le choix de la création artistique ne répondait pas seulement à une recherche de plaisir ou de détente : il s'agissait également d'offrir un espace d'expression symbolique, de reconstruction narcissique et d'élaboration sensorielle, en lien avec les enjeux de subjectivation et de cohésion groupale. Comme le souligne Jean-Pierre Klein, l'acte de créer permet de déplacer la souffrance sur un support symbolique et de donner forme à l'indicible (7).

MISE EN PLACE DU GROUPE

La réflexion autour de la mise en place du groupe a impliqué l'équipe et les patients, afin de définir les besoins, les envies, le choix du matériel et les modalités de fonctionnement. L'objectif principal de ce groupe était de mobiliser les patients en les impliquant au maximum dans la co-construction du projet. D'autres objectifs étaient visés tels que

- ♦ Découvrir une forme d'expression autre que la parole
- ♦ Stimuler la créativité, la concentration et la résolution de problème
- ♦ Trouver, maintenir et finir un projet personnel
- ♦ Travailler la planification et l'organisation
- ♦ Développer la confiance et l'estime de soi

Le groupe, composé de 4 patients, se réunissait une fois par semaine durant 7 semaines pour des séances d'1h15, structurées en trois temps : accueil et météo intérieure, activité créative, rangement et retour (5).

Lors de la première séance, les participants ont été invités à exprimer leurs envies et leurs attentes vis-à-vis du groupe, ce qui a permis de poser les bases d'une démarche collaborative. Ensemble, ils ont dressé une liste du matériel nécessaire, rédigé une charte de fonctionnement et défini un projet commun. Plusieurs idées ont été proposées par les patients, témoignant de leur créativité et de leur investissement. Le choix final s'est porté sur une proposition venant d'une participante, qui suggérait que chacun peigne sa propre toile. Ces toiles individuelles seraient ensuite assemblées pour constituer une grande œuvre collective, dans un esprit de patchwork. Ce dispositif a favorisé le sentiment d'appartenance au groupe tout en valorisant les contributions personnelles de chacun.

La deuxième séance a quant à elle été consacrée à l'achat collectif du matériel, renforçant le sentiment d'appartenance au projet. Les cinq séances suivantes

ont été dédiées à la mise en œuvre concrète du projet artistique.

L'atelier est rapidement devenu un espace de plaisir, de découverte et de socialisation, rejoignant la notion d'« espace potentiel » de Winnicott, où l'activité créative permet la rencontre entre l'individuel et le collectif (5).

SURVENUE DU SUICIDE ET IMPACT SUR LE GROUPE

SIDÉRATION ET GESTION DE L'ANNONCE

Le décès par suicide d'une participante a constitué un choc majeur pour l'ensemble du groupe et de l'équipe.

La sidération initiale s'est traduite par une palette d'émotions intenses : tristesse, colère, culpabilité, peur, sentiment d'abandon, incrédulité.

L'annonce du drame a nécessité une grande délicatesse de la part des soignants, qui ont dû adapter le cadre, offrir un espace d'expression des émotions et assurer la sécurité psychique des participants (8,9).

Certains patients ont exprimé le besoin de s'éloigner du groupe, d'autres ont ressenti une insécurité accrue ou une difficulté à poursuivre le projet collectif.

La dynamique de groupe a été profondément perturbée : l'œuvre commune est devenue un symbole douloureux de l'absence, et la question de la poursuite ou non du projet s'est posée de manière aiguë (2).

IMPACT SUR LA DYNAMIQUE GROUPE

Le suicide d'un membre bouleverse la cohésion et la sécurité du groupe thérapeutique.

Les participants peuvent remettre en question le sens de leur engagement, la pertinence du travail collectif et la confiance envers les soignants.

Le groupe, assimilé à un corps, se retrouve amputé, et la question de la « survie » du groupe et de l'œuvre commune se pose avec acuité (2,9).

Certains membres manifestent le désir de quitter le groupe, d'autres expriment une peur accrue de la vulnérabilité psychique, et la dynamique de création est profondément altérée.

L'œuvre collective, inachevée, devient le symbole de la perte et du deuil à traverser.

GESTION DU DEUIL : APPROCHE CLINIQUE, RITUELS ET PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES

ACCOMPAGNEMENT DU DEUIL EN INSTITUTION

La littérature souligne l'importance de créer un espace sécurisant et bienveillant pour permettre l'expression des émotions et l'élaboration du deuil en groupe (9,10).

Le travail du deuil collectif suit des étapes proches de celles du deuil individuel (choc, colère, tristesse, acceptation), mais nécessite une attention particulière aux dynamiques groupales : validation des émotions, prévention du risque de contagion suicidaire, soutien à la cohésion et à la continuité du groupe (9,11).

L'équipe a mis en place un accompagnement spécifique, s'appuyant sur les principes du travail de deuil en groupe :

- ◆ Création d'un espace sécurisant pour l'expression des émotions
- ◆ Validation des ressentis et soutien mutuel
- ◆ Organisation de temps de parole dédiés
- ◆ Réflexion collective sur le devenir de l'œuvre

RITUELS COLLECTIFS ET SYMBOLISATION DE LA PERTE

Après le drame, le groupe a collectivement décidé de poursuivre l'œuvre commune telle qu'elle avait été conçue. L'objet artistique inachevé a été conservé comme une stèle symbolique, marquant l'absence et la mémoire de la participante disparue. Ce choix a permis à chacun de reconnaître la réalité de la perte et d'éviter une négation du traumatisme. Parallèlement, les membres du groupe ont été invités à réaliser des créations individuelles, venant compléter symboliquement l'œuvre collective sans l'effacer ni la remplacer (cf. Figure 1).

Un rituel d'accrochage et de commémoration a été organisé. Ce temps fort, pensé et construit avec l'ensemble des participants, a permis à chacun de s'exprimer, de partager des souvenirs, et de donner du sens à la perte. Ce type de rituel, qu'il s'agisse d'une exposition, d'un moment de parole, ou d'un geste symbolique (allumer une bougie, écrire un message, accrocher une œuvre), joue un rôle essentiel dans la reconnaissance du vécu de chacun, la validation des émotions et la transformation de l'absence en mémoire partagée (11).

Les rituels collectifs remplissent plusieurs fonctions fondamentales dans la gestion du deuil en institution :

- ♦ Ils offrent un cadre sécurisant et structurant à la souffrance, permettant de canaliser les émotions et de donner une forme à ce qui, autrement, resterait indicible ou diffus.
- ♦ Ils favorisent la cohésion et l'appartenance au groupe, en créant un espace où la perte est reconnue et partagée, ce qui limite le risque d'isolement psychique des participants.
- ♦ Ils facilitent la transition entre la douleur de la perte et la possibilité de réinvestir la vie collective, en marquant symboliquement une étape dans le processus de deuil.
- ♦ Ils permettent de maintenir la mémoire du défunt tout en soutenant la projection du groupe vers l'avenir, en transformant l'événement traumatique en opportunité de croissance et de solidarité.

Sur le plan anthropologique, le rituel d'adieu fixe la place de chacun, morts et vivants, et aide à structurer la communauté autour d'un événement douloureux. Il s'agit de « faire communauté » à travers des gestes, des objets ou des paroles qui prennent sens pour le groupe. La répétition de ces gestes, la transmission de souvenirs, l'exposition de l'œuvre collective ou la création de nouveaux objets symboliques participent à la reconstruction identitaire du groupe et à la restauration de sa continuité (11).

Psychodynamiquement, ces rituels permettent de transformer la douleur de la perte en mémoire partagée, de soutenir la résilience collective et d'éviter que l'absence ne devienne un point de rupture insurmontable pour le groupe.

Les rituels collectifs, qu'ils soient formels ou informels, constituent un levier puissant pour accompagner le travail de deuil en institution. Ils permettent de reconnaître la singularité de la perte, de soutenir la cohésion du groupe, et d'ouvrir la voie à une transformation positive de l'expérience traumatique, tout en respectant le rythme et les besoins de chacun (11,12).

PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES ET ANTHROPOLOGIQUES

Sur le plan psychodynamique, la perte d'un membre du groupe réactive des enjeux profonds d'attachement, de sécurité et de cohésion. Selon Freud, le processus de deuil implique un travail psychique de détachement de l'objet perdu et de réinvestissement de l'énergie

affective dans d'autres relations ou activités (13). Ce travail, souvent long et douloureux, est indispensable pour éviter l'enlèvement dans la mélancolie ou la répétition pathologique du traumatisme. Jung, quant à lui, considère le deuil comme une opportunité de transformation intérieure, où l'intégration de la perte favorise la croissance psychique et la réorganisation du rapport à soi et au collectif (14).

Le modèle du double processus de Stroebe et Schut souligne l'importance d'alterner entre la confrontation à la douleur de la perte et la restauration de la vie quotidienne (15). Cette oscillation permet d'éviter la fixation sur la souffrance ou, à l'inverse, le déni du vécu douloureux. Dans un groupe, cela se traduit par la nécessité de reconnaître collectivement la réalité de l'absence, tout en soutenant la capacité du groupe à retrouver un équilibre et à poursuivre ses activités.

La dynamique groupale, assimilée à un « corps », se trouve fragilisée par la disparition d'un membre. L'absence peut entraîner une remise en question de la sécurité psychique, du sens du projet commun, et de la confiance envers les soignants. Le groupe doit alors intégrer cette absence, transformer la douleur en mémoire partagée et retrouver une nouvelle cohésion. Les rituels collectifs et les espaces de parole jouent ici un rôle central pour soutenir ce travail de symbolisation et de réorganisation psychique (12).

Anthropologiquement, le deuil n'est jamais un processus strictement individuel : il s'inscrit dans un tissu de relations, de pratiques et de significations partagées. Les rituels collectifs (commémorations, expositions, gestes symboliques) permettent de donner forme à l'absence, de la transformer en mémoire partagée et de restaurer la continuité du groupe. Ces pratiques, observées dans de nombreuses cultures, servent à structurer la communauté autour de l'événement douloureux, à reconnaître la singularité de la perte et à soutenir la résilience collective (12).

La façon dont une institution prend soin de ses morts et accompagne les vivants influence profondément le sentiment d'appartenance et la capacité à traverser l'épreuve. La préservation d'une œuvre collective inachevée, la création de nouveaux objets symboliques ou l'organisation de rituels d'adieu sont autant de moyens de maintenir un lien symbolique avec la personne disparue, tout en permettant au groupe de continuer à avancer. Ce travail de mémoire et de symbolisation favorise une identification active et évolutive, essentielle pour ne pas figer le groupe dans la douleur, mais lui permettre de transformer l'événement traumatique en opportunité de croissance et de solidarité.

ENJEUX INSTITUTIONNELS ET PERSPECTIVES

SOUTIEN AUX SOIGNANTS ET À L'ÉQUIPE

Cet événement a mis en lumière la nécessité d'un accompagnement spécifique du groupe, mais aussi de l'équipe soignante, confrontée à ses propres limites et à la gestion de l'après-coup (8,16).

La supervision, l'analyse des pratiques, le partage en équipe et la formation à la gestion des situations de crise sont essentiels pour prévenir l'épuisement, maintenir la qualité de l'accompagnement et renforcer la capacité de l'institution à faire face à de tels drames (16).

La réflexion sur les protocoles institutionnels, la place de la parole et la gestion des crises suicidaires doit être poursuivie afin d'améliorer la prévention et la prise en charge du risque suicidaire en institution.

PLACE DE L'ART ET DES MÉDIATIONS CRÉATIVES DANS LE DEUIL

L'intégration de l'art et des médiations créatives dans le processus de deuil au sein d'une institution psychiatrique repose sur des fondements théoriques solides. Comme l'a souligné Winnicott, l'espace créatif constitue un espace transitionnel permettant la rencontre entre l'individuel et le collectif, offrant ainsi un lieu de transformation symbolique de la perte (5). Dans ce contexte, la création artistique agit comme un « tiers symbolisant » (7), supportant l'expression émotionnelle et la mise en forme de l'indicible, ce qui est particulièrement crucial lors d'un deuil traumatique tel qu'un suicide.

L'art-thérapie, par la peinture, le modelage, la musique ou la danse, permet d'extérioriser les affects et de soutenir la reconstruction narcissique. Jean-Pierre Klein insiste sur la capacité de l'acte créatif à déplacer la souffrance sur un objet extérieur, facilitant ainsi une mise à distance et une élaboration psychique de la perte (16). L'œuvre collective, surtout lorsqu'elle demeure inachevée après un décès, devient le symbole tangible de l'absence et du travail de deuil à accomplir.

Les travaux de Jean-Marc Talpin apportent un éclairage fondamental sur la fonction thérapeutique des médiations artistiques dans le deuil. Talpin montre que la peinture et le modelage, en particulier,

mobilisent la sensori-motricité et la matérialité, permettant la réactivation de traces perceptives d'expériences corporelles primitives souvent non symbolisées chez des patients psychotiques (17). Le modelage, par exemple, engage le patient dans un contact direct avec la matière, ce qui réactualise des éprouvés corporels archaïques liés à la perte d'objet et à la fragmentation de l'image du corps. Ce travail sur la matière favorise la constitution d'un « contenant psychique », étape préalable à toute élaboration du deuil : il s'agit de passer du registre de la sensation brute à celui de la représentation, puis de la symbolisation. Talpin souligne que ce processus est soutenu par le lien transférentiel avec le thérapeute, qui donne sens à ces expériences corporelles et affectives, permettant ainsi la transformation de la douleur en mémoire partagée et la restauration d'une image du corps unifiée (17).

Marc Archaimbault, quant à lui, met en avant l'effet unificateur de la musique intuitive dans les groupes endeuillés (18). La musicothérapie, en engageant le groupe dans une expérience sensorielle et émotionnelle partagée, facilite la mise en lien, la verbalisation des ressentis et la co-construction d'un récit collectif autour de la perte. Il décrit comment la pratique musicale collective permet de canaliser l'agressivité, de transformer le morcellement psychique en une expérience symbolique, et de soutenir la cohésion du groupe. La musique, par sa dimension rythmique et harmonique, offre un cadre contenant, propice à la ritualisation du deuil et à la restauration du sentiment d'appartenance.

Ces approches convergent vers l'idée que les médiations artistiques offrent un espace de ritualisation et de symbolisation, essentiel pour l'élaboration du deuil collectif. Les rituels autour de l'œuvre (exposition, accrochage, commémoration) permettent de reconnaître la réalité de la perte, de valider les émotions, et d'inscrire la mémoire du défunt dans une histoire commune. Sur le plan anthropologique, ces gestes structurent la communauté, fixent la place de chacun et facilitent le passage de la douleur à la reconstruction identitaire du groupe (12).

En somme, l'art et les médiations créatives constituent un levier thérapeutique majeur : ils offrent un cadre symbolique et sécurisant pour élaborer le deuil, soutenir la résilience et transformer l'événement traumatique en opportunité de croissance collective, à condition d'un accompagnement professionnel adapté et d'un cadre institutionnel structurant (12).

CONCLUSION

L'expérience du suicide d'une participante dans un groupe en hôpital de jour psychiatrique met en évidence la complexité des dynamiques groupales et la nécessité d'une approche multidimensionnelle du deuil.

L'art, les rituels collectifs et l'accompagnement professionnel s'avèrent des ressources précieuses pour traverser l'épreuve, restaurer la cohésion et soutenir la résilience du groupe et de l'institution.

La gestion du deuil en institution nécessite une approche intégrant l'accompagnement émotionnel des patients, le soutien des soignants et la réflexion sur la place de l'œuvre collective.

L'enjeu est de transformer l'événement traumatique en opportunité de croissance et de cohésion, tout en respectant la singularité de chaque parcours de deuil.



Figure 1 : Création exposée au CTJ et présentée dans le cadre de l'atelier

BIBLIOGRAPHIE

1. Sassolas M. Le stylo du psychiatre : plaidoyer pour une psychiatrie relationnelle. Toulouse : Érès ; 2021.
2. Yalom ID, Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 6e éd. New York : Basic Books ; 2020.
3. Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne : Editions EESP ; 2007.
4. Fargier P, Bosson J, Laureys S, et al. Ergothérapie en psychiatrie. 2e éd. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2023.
5. Winnicott DW. Jeu et réalité. Paris : Gallimard ; 1975.
6. Hôpital du Valais [En ligne]. L'ergothérapie en psychiatrie. [cité le 17 juin 2025]. Disponible : https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/medico_therapeutique/fr/ergotherapie/5.22_-_673_383_-_10-2023_-_L_ergotherapie_en_psychiatrie.pdf
7. Klein JP. L'Art-thérapie. Paris : PUF ; 2009.
8. Grad OT, Michel K. Therapists as Client Suicide Survivors. Women Ther. 2005 ; **28**(1) : 71-81.
9. Jordan JR, McIntosh JL. Grief After Suicide : Understanding the Consequences and Caring for the Survivors. New York : Routledge ; 2011.
10. AFSOS [En ligne]. Référentiel Deuil. [cité le 17 juin 2025]. Disponible : https://www.afsos.org/wp-content/uploads/2019/04/Re%CC%81fe%CC%81rentiel-Deuil-AFSOS-VF_compressed.pdf
11. McMaster Optimal Aging Portal [En ligne]. Des rituels thérapeutiques pour surmonter le deuil. [cité le 17 juin 2025]. Disponible : <https://www.mcmastervieillissementoptimal.org/blog/detail/blog/2021/12/01/des-rituels-th%C3%A9rapeutiques-pour-surmonter-le-deuil>
12. Walter T. The Revival of Death. London : Routledge ; 1994.
13. Freud S. Deuil et mélancolie. In : Œuvres complètes. Paris : PUF ; 1917.
14. Jung CG. L'homme à la découverte de son âme. Genève : Georg ; 1944.
15. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement : rationale and description. Death Stud. 1999 ; **23**(3) : 197-224.
16. Bongar B, Sullivan G. The Suicidal Patient : Clinical and Legal Standards of Care. 3e éd. Washington, DC : American Psychological Association ; 2013.
17. Talpin J-M. Médiation et soin. CanalPsy, 2004 ; **63**.
18. Archaimbault M. La transformation de l'agressivité par la musicothérapie : du diabolique au symbolique dans les groupes en psychiatrie adulte. Revue Art et Thérapie. 2023 ; **1**.

LES AUTEURS :

Jonathan DRAI, Lucia KOZIC

Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) Vevey, Centre de psychiatrie des Communaux
Rue des Communaux 7, 1800 Vevey (Suisse)
jonathan.drai@nant.ch

LE DÉPART EST UN PROCESSUS : AVANT DE PARTIR, LAISSONS LE TEMPS NOUS SÉPARER

- Jorge DIAZ, Jeanine ROUMÉAS, Laetitia VIALA -

RÉSUMÉ - SUMMARY

À la Velotte, le soin s'inscrit dans la durée. Pour de jeunes adultes psychotiques, ceci représente certes une chance, mais nécessite aussi un réel engagement, et constitue à la fois un défi et une menace.

Dès le processus de préadmission, et tout au long de la prise en charge, notre marge de manœuvre reste étroite et incertaine face aux impossibilités paradoxales du fonctionnement psychotique. Le patient a tout autant peur d'être capté que d'être rejeté et demande à ce qu'on le soigne sans qu'il y soit pour quelque chose. Tout est immédiateté, immobilisme et fuite en avant.

Les soignants sont en première ligne face aux projections psychiques du patient, qui vient rejouer dans nos murs comme dans nos têtes, les dilemmes et les ligatures qui l'ont empêché de se construire une vie autonome.

Et lorsque les années passent, comment fera-t-on pour se séparer ? Là encore, nous servons de surface de projection face aux angoisses parfois violentes que tout processus de séparation implique et que le patient se doit de traverser, à l'image d'un travail de perte et de deuil au sens large.

Cependant, certains patients ne sont pas en mesure de supporter un travail de séparation inscrit dans le temps. Comment faire alors pour ameubler le terrain et préparer une suite sans claquer la porte ?

En suivant les parcours de soins croisés de deux jeunes femmes qui se pensaient perdues d'avance, nous découvrirons deux façons de quitter la Velotte qui témoignent du fait qu'avant de partir, encore faut-il être entré.

MOTS CLÉS: Fin de cure - Travail de deuil -angoisses d'abandon - Cas cliniques - Sortie d'hospitalisation - Processus de séparation

LEAVING IS A PROCESS: BEFORE LEAVING, LET TIME SEPARATE US

At La Velotte, care is a long-term process. For young psychotic adults, this certainly represents an opportunity, but it also requires a real commitment and constitutes both a challenge and a threat.

From the pre-admission process, and throughout the care, our room for maneuver remains narrow and uncertain while facing the paradoxical impossibilities of psychotic functioning. The patient is just as afraid of being captured as of being rejected and asks to be treated without having anything to do with it. Everything is immediacy, immobility and headlong flight.

Caregivers are on the front line facing the patient's psychic projections. He replays within our walls and our minds, the dilemmas and the shackles that prevented him from building an independent life.

And when the years go by, how will we manage to separate? Here again, we serve as a projection surface, sometimes in front of violent anxieties that any separation process implies and that the patient must go through, like a work of loss and mourning in the broad sense.

However, some patients cannot bear a separation work inscribed in time. How then, can we soften the ground and prepare for a continuation without slamming the door?

By following the intertwined destinies of two young women who thought they were lost in advance, we will discover two ways of leaving La Velotte which testify to the fact that before leaving, one must first have entered.

KEY WORDS: End of treatment - Mourning work - Abandonment anxiety - Clinical cases - Hospital discharge - Separation process

INTRODUCTION

Le Centre Psychothérapique de la Velotte se situe à Besançon. Il s'adresse à des jeunes adultes ayant entre 18 et 30 ans, souffrant de troubles d'ordre psychotique au sens large. Souvent, ils vivent cloîtrés chez leurs parents en les tyrannisant, nourris, logés, blanchis, entourés mais seuls et scotchés aux écrans.

Leur parcours de vie a été des plus chaotiques, entre suivi psychiatrique précoce et hospitalisations, sur fond d'angoisse, d'agitation, de phobie scolaire, d'idées délirantes et de tentatives de suicide. Cependant, c'est sans doute à cause, ou grâce, à ce cheminement douloureux que ces jeunes ont commencé à se dire qu'au fond leurs difficultés pouvaient venir d'eux et qu'il est peut-être temps de s'y atteler.

Cette prise de conscience encore balbutiante mais ô combien essentielle, pousse le futur patient à demander de l'aide, quitte à mettre beaucoup de kilomètres avec le domicile familial. En effet, comme nous ne sommes pas sectorisés, nous pouvons accueillir des patients de toute la France.

Mais plus précisément, la Velotte qu'est-ce que c'est ? C'est à la fois un hôpital de jour et un foyer d'hébergement de nuit. L'hôpital de jour est ouvert tous les jours de l'année, de 10 à 20 heures, dimanches, jours fériés et vacances scolaires comprises. Chaque soir après le dîner, le groupe de 12 patients maximum part en direction du foyer d'hébergement situé à une quinzaine de minutes à pied, où il passera la nuit sans présence soignante. Le groupe revient à l'hôpital de jour à 10 heures du matin, et ainsi de suite pendant toute la prise en charge, idéalement entre deux ou trois ans.

Elle a été créée en 1967 par Paul-Claude Racamier (1) afin de permettre à des jeunes psychotiques de travailler à leur autonomie psychique, à partir de la vie concrète et pragmatique, au sein d'un groupe, en se donnant du temps, tout en incluant les parents. C'était déjà un projet novateur pour l'époque, et de nos jours, cela reste encore et toujours un défi à chaque admission d'un nouveau patient.

Dans la pratique, l'idée de s'éloigner des parents est à la fois une chance et une énorme source d'angoisse pour le futur patient comme pour sa famille pour qui vivre ensemble est infernal, et être séparés est impossible. Et pendant que l'équipe médico-soignante se demande si le futur entrant va effectivement pouvoir rester, de son côté le jeune se demande désespérément : « quand est-ce que je vais partir ? ». C'est sans doute qu'il commence à éprouver de façon concrète que son engagement l'oblige à travailler la séparation, laissant derrière lui l'atmosphère confortable mais mortifère qui le maintenait dans un état de non-vie.

Ce terme de « non-vie » n'est pas exagéré. La

pathologie psychotique est une redoutable machine à lutter contre les affects (comme la tristesse, la colère ou la tendresse et l'attachement), contre la différenciation des êtres et des générations, contre la réalité concrète, contre les conflits et la pensée ou encore contre la course du temps.

A contrario, la Velotte est un organisme vivant, structuré et structurant. Le patient se retrouve de ce fait face à un animal étrange, où la place de chacun est bien définie, et où le cadre de soins est tellement bien marqué qu'il en est palpable. Il découvre aussi des soignants, qui sont des sortes d'extra-terrestres qui lui parlent chinois. Par exemple, ils ne vont plus l'appeler patient, mais plutôt participant, car ils attendent de lui qu'il se mobilise activement. Ainsi, celui qui n'arrive à rien, mais qui serait capable de tout, va expérimenter qu'il n'est ni nul, ni génial. Il a des difficultés et des capacités, comme tout un chacun, et il devra travailler les unes en s'appuyant sur les autres.

Dans son livre « L'Esprit des Soins », paru à titre posthume, P-C Racamier (2) décrit les composantes du cadre qui sont les lieux, les temps, les rythmes, les règles, les personnes et les fonctions. Il y parle aussi de l'importance des seuils : « on y entre et l'on en sort ». A travers l'histoire contrastée de deux de nos participantes que nous appellerons Yasmine et Mathilde (prénoms d'emprunt), nous verrons à travers elles qu'il ne suffit pas d'entrer dans les murs de la Velotte pour entrer dans le soin. Nous constaterons ensuite qu'une séparation bien travaillée permet de récupérer sa tête et d'enfin pouvoir se rencontrer.

LE PARCOURS DE YASMINE

Yasmine est une belle jeune fille de 20 ans, avec de beaux cheveux bouclés, un peu ronde qui se cache dans des vêtements amples et abîmés. Elle a peur de grandir, ne trouve pas sa place, ne voit pas le sens de la vie et souffre au point où elle a songé déjà plusieurs fois au suicide. Elle se dit cependant qu'à la Velotte, elle pourrait envisager une vie plus autonome. Au moment où nous la rencontrons pour la première fois, elle habite chez sa mère où elle passe ses journées à regarder des séries dans une chambre en état chaotique et les relations avec sa mère et son père adoptifs sont électriques.

A la Velotte elle se revitalise. Elle prend plaisir à découvrir plein de choses notamment toutes les activités artistiques que propose notre animatrice. Yasmine est avide des bonnes choses de la vie, toujours partante. Elle a un côté vorace à table. Par contre, elle ne supporte pas nos remarques, ne supporte pas que nous lui montrions ses difficultés. Dans ces moments elle est profondément blessée, elle ne supporte pas notre aide et son premier mouvement est de nous éjecter.

Nous constatons par exemple qu'elle n'a ni chaussures, ni manteau adapté à l'hiver. Nous proposons qu'une soignante l'accompagne faire des achats. Dans les magasins Yasmine reste passive. Nous proposons aussi de faire un tri de ses vêtements car nous constatons qu'ils sont abîmés, trop petits ou trop amples, pas à sa taille. Lorsque nous l'accompagnons pour faire ce tri, elle ne nous laisse aucun accès, elle a déjà fait le travail, ne veut pas montrer ses vêtements sur elle. Elle éjecte la soignante qui ne peut alors rien dire car Yasmine menace toujours de bouder, veut nous faire taire. Elle vit tout cela comme de l'infantilisation, elle pense tout devoir et savoir faire seule. Nous sentons combien elle a manqué d'un bon maternage qu'elle aurait pu introjecter pour apprendre à prendre soin d'elle-même.

Alors qu'elle nous éjecte, elle a également peur d'être rejetée. Elle pense que ses camarades ne l'apprécient pas et que nous ne voudrions plus d'elle à la Velotte lorsqu'elle enfreint les règles de vie collective. Elle se questionne sur sa place à la Velotte, elle sent bien que nous allons la traiter en adulte et lui renvoyer des aspects de son fonctionnement qu'elle ne veut pas aborder. Nous l'entendons souvent rire avec ses camarades, s'exciter avec eux, puis tout d'un coup tout s'effondre, tout est noir, rien n'a plus de sens. Yasmine nous appelle depuis la maison d'hébergement, angoissée. Elle ne supporte ni que nous lui disions de se calmer lorsqu'elle est excitée, ni que nous ayons de l'espoir pour elle quand tout lui semble noir. Yasmine est passionnée, elle vit tout en grand : la joie, le désespoir, la tristesse.

Au bout des 3 mois d'essais, elle sent que la distance géographique avec ses parents permet une relation plus apaisée avec eux, permet des moments partagés de meilleure qualité. Cela l'encourage à poursuivre sa cure. Yasmine découvre toutes les responsabilités administratives de la vie d'adulte et a pour projet de passer son permis. Mais encore une fois, Yasmine veut faire seule, et procrastine car elle est angoissée et ne veut pas nous demander notre aide. Elle ne supporte pas quand les médecins lui demandent où en sont ses démarches, se sent infantilisée alors que nous lui demandons d'être adulte. Elle finit tout de même par s'inscrire à l'auto-école.

Yasmine s'attriste, son passé douloureux apparaît. Son père biologique l'a abandonnée et elle ne s'est sentie exister aux yeux de son père adoptif qu'à 19 ans lors de sa première hospitalisation. Yasmine repense au harcèlement scolaire qu'elle a subi et à la récente rupture sentimentale avec son copain. Nous proposons de l'entourer dans ce mouvement de tristesse par des enveloppements humides (ou packing) où elle évoque tout cela. Elle parle de sa peur d'avancer, de ses angoisses d'abandon, des dilemmes dans lesquels elle se trouve : elle pense parfois être capable de tout

puis de rien, elle a des grands projets mais les freine. Un jour elle demande, inquiète : que se passera-t-il si je réussis mon code ? En effet, pour elle, cela annoncerait la suite qui l'effraie ! Elle voit toutes ces étapes comme des montagnes à gravir. Ne vaudrait-il pas mieux rester une enfant ? Nous la soutenons et l'encourageons à gravir cette montagne un pas après l'autre et à ne pas regarder le sommet effrayant. C'est une image qui lui parlera beaucoup durant sa cure et nous nous appuyons sur les balades que nous faisons régulièrement et qui l'effrayent aussi pour l'encourager à trouver son rythme. Nous lui disons aussi qu'elle n'est pas seule et peut s'appuyer sur nous.

Yasmine s'installe à la Velotte, montre son côté plus tendre et vivant, on peut se rapprocher d'elle. Elle avance doucement dans son projet de permis de conduire et accepte qu'un soignant l'accompagne le jour de l'épreuve du code alors qu'elle pensait devoir s'y rendre seule.

Elle oublie beaucoup de choses, elle a des trous de mémoire. Elle oublie ses contacts téléphoniques prévus avec ses parents, oublie les temps d'échange avec nous, ne se lave pas. Elle est soit envahie par ses angoisses, avec une impression d'être inexistante, soit elle s'éloigne de ce qui l'attriste en s'excitant avec ses camarades. Elle ne supporte pas qu'on lui dise de se calmer. Et lorsqu'elle se retrouve seule, tout rejaillit et elle s'effondre. Elle a bien du mal à venir nous parler dans la journée.

Avec ses parents, qui sont séparés depuis deux ans, ça ne se passe pas très bien. Yasmine et sa mère sont collées dans l'absence : elles s'appellent peu et oublient leurs contacts téléphoniques, alors même que Yasmine dit que sa mère lui manque. Son père prend un rôle de coach de vie et lui parle de ses propres soucis. Aucun d'entre eux n'est à sa bonne place et Yasmine oscille entre le statut de petite fille qui se sent abandonnée et celui d'adulte, éjectant. Les weekends chez eux ne se passent pas très bien, elle n'y trouve plus sa place, et en même temps elle commence à en avoir marre de la Velotte. Nous sommes confrontés à son côté caractériel, boudeur, qui veut nous faire taire. Nous ferrailons. Elle se sent persécutée, incomprise et ne supporte pas lorsque nous la confrontons à la réalité, par exemple le fait qu'elle risque la curatelle si elle dépense son argent de manière inconsidérée. Elle ne supporte pas non plus ce que nous pouvons dire aux autres participants, et le ton monte notamment lorsque nous privons une autre participante de balade. Yasmine le vit comme un abandon.

Puisque nos mots n'ont plus de poids, nous nous appuyons sur la bonne expérience d'un week-end en Airbnb pour lui proposer de prendre un appartement afin d'expérimenter les choses par elle-même. A vrai dire, nous pensions à ce moment-là que l'expérience ne

tiendrait pas mais que cela lui permettrait de constater par elle-même ses difficultés. Ce projet va marquer un réel tournant dans sa cure.

Yasmine se met à la recherche d'un appartement et se confronte vite à des refus. Elle a honte de présenter sa situation telle qu'elle est : sans emploi, en soins, bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapée. Elle voudrait être « normale », ça la blesse. Pour elle, cette étape est une grande marche à gravir. Mais nous la soutenons et l'encourageons à se présenter de manière authentique. Ainsi, c'est lorsqu'elle accepte de lâcher ses illusions et de nous faire confiance qu'elle trouve un appartement avec une propriétaire fiable. Elle peut alors repartir de l'avant.

L'installation dans l'appartement est l'occasion pour elle d'expérimenter un bon maternage. Nous l'accompagnons pour des achats de meubles, et sa mère l'accompagne pour acheter tout le nécessaire pour l'installation (torchons, produit d'entretien...). C'est une première pour elles, c'est un bon moment. Mère et fille découvrent une manière nouvelle d'être en relation, elles sentent qu'elles sont entre adultes. Les médecins soutiennent le père de Yasmine qui voudrait prendre le déménagement en main mais nous sentons bien que ça le dépasse.

A ce moment-là de la cure, Yasmine entre dans le Suivi. Elle a un an pour préparer son départ.

Le Suivi est un dispositif qui permet de préparer le départ. Lorsqu'un patient entre dans le Suivi, il a au maximum un an jour pour jour pour partir. Cela veut aussi dire qu'il a encore un an pour progresser. Ensemble, nous préparons un ou plusieurs projets pour la suite (un appartement, ou un lieu de vie collectif, ou un autre lieu de soins), avec tous les relais extérieurs nécessaires (suivi médical, psychothérapie, assistante sociale...)

Plus personne ne peut échapper à l'imminence de la fin de cure, ni le patient, ni l'équipe médico-soignante ; c'est le temps qui nous séparera. Ce départ au ralenti oblige le patient à davantage investir l'extérieur sans désinvestir le soin. Ce processus fait certes émerger des angoisses massives, mais il a aussi la vertu de mobiliser des nouvelles capacités de souplesse psychique.

Une fois installée, Yasmine va progressivement passer plus de temps dans son appartement. Elle a du mal à nous laisser entrer chez elle pour voir comment ça se passe. Nous apprenons qu'elle y vit des moments difficiles. Elle supporte mal la solitude. Elle vit des moments d'angoisse dont elle nous parle difficilement ; elle a peur de sortir ses poubelles de tri ; elle a honte lorsque son appartement se retrouve envahi d'asticots ; elle craint que son four prenne feu et transmet cette angoisse à une soignante qui lui rend visite. Elle a du mal à entretenir son appartement et du mal à se lever.

Elle fait des insomnies, a des idées noires, des crises d'angoisses et pleure beaucoup. Elle nous appelle depuis son appartement le soir mais rechigne à accepter nos visites et conseils. Elle voudrait faire seule, et pense devoir être capable de faire seule.

Ses projets n'avancent pas : elle rate son permis, n'a toujours pas de rendez-vous au Centre Médico-Social (CMS) avec une assistante sociale, ni en Centre Médico-Psychologique (CMP) avec un psychiatre, rendez-vous nécessaires pour préparer l'après Velotte. Elle sent bien qu'elle a besoin de soutien mais veut partir de la Velotte rapidement. Elle fait du sur place.

Nous organisons une rencontre avec sa mère car Yasmine a toujours des questions qui restent ouvertes concernant son père biologique. Son père l'a abandonnée et a refait sa vie. La mère de Yasmine est tombée enceinte au bout d'un mois de relation, ce qui a effrayé son père qui est parti. Sa mère a décidé de garder Yasmine au moment de la première échographie, et dit que sa fille a sauvé sa vie. Petite, Yasmine allait en visite chez sa grand-mère paternelle mais était un secret de polichinelle, connu de tous mais pas reconnu comme la fille de son père. Cette rencontre nous permet de donner du sens à ce sentiment de honte que Yasmine ressent profondément.

Yasmine passe de plus en plus de temps dans son appartement et sur l'extérieur de la Velotte : c'est le départ au ralenti. Au bout de 6 mois de Suivi, elle dit clairement qu'elle veut quitter la Velotte d'ici 3 mois. Alors que jusque-là elle n'arrivait pas à s'attrister de la séparation à venir, elle commence à s'émouvoir et accepte que nous nous rendions à son domicile et que nous l'aidions à s'installer : arranger ses meubles dans l'espace, installer la WIFI, lui proposer des recettes de cuisines... Enfin, elle accepte notre main tendue.

De manière concomitante, elle réussit son permis que nous fêtons ensemble. Elle obtient aussi un rendez-vous avec un psychiatre en CMP, tout comme avec une assistante sociale. Les parents aussi sentent que Yasmine est prête à partir.

Lors d'un rendez-vous de Suivi elle nous révèle un secret qu'elle garde depuis six mois et dont elle a pu parler avec la psychiatre du CMP. Yasmine nous annonce qu'elle ne prend plus ses traitements. C'est un moment touchant, où elle rassemble tout son courage pour nous en parler. Elle qui a été tenue secrète dans la famille de son père, a toujours eu un sentiment de honte lié à cela. Nous faisons le lien avec le sentiment de pourrissement intérieur qu'elle décrit depuis le début de sa cure. Cette fois-ci, Yasmine ne rejoue pas le cycle du secret et le révèle avant son départ de la Velotte.

En fin de cure, nous profitons de sa présence chaleureuse, vivante et remuée de partir. Alors qu'elle va quitter la Velotte nous la convions à venir avec

nous pour une journée dans un parc d'attraction. Cela montre qu'il lui est possible d'être avec nous sans nous éjecter, et nous pouvons profiter d'être ensemble alors même qu'elle va bientôt nous quitter, ce qui n'est pas évident pour tous les patients. La relation a pu être préservée.

Tout au long de la vie, nous sommes confrontés à un travail de deuil au sens large (perdre notre statut d'enfant, abandonner des projets, déménager, constater que tout n'est pas idéal...). Chacun de ces deuils réactive ce que P-C Racamier nomme le deuil originaire. Dans le deuil originaire, le bébé doit réussir à tourner le dos à sa mère, abandonnant peu à peu un unisson protecteur où règne une séduction narcissique vitale, pour découvrir son propre espace personnel différencié, découvrir le monde et ainsi devenir acteur de sa propre vie. Chez les personnes psychotiques, cette étape fondamentale a mal débuté, n'a pas abouti et s'est pérennisée au point d'entraver leur autonomie. Mais même ainsi, il reste encore de l'espoir.

Yasmine a été capable de s'attrister et de s'attendrir, tout en mobilisant sa ténacité pour avancer. Elle a su tourner le dos à la matrice atmosphère qui la maintenait agrippée à ses parents et à sa souffrance, tout comme à ses illusions. Elle a expérimenté qu'elle devait perdre quelque chose pour avancer. Ainsi, deux champs nouveaux se sont offerts à elle, celui de sa propre vie interne, et celui de sa relation au monde.

Mais qu'arrive-t-il lorsqu'un patient ne peut pas accéder à ce travail psychique, qu'il est incapable d'absorber, ou de donner, et ne peut s'exprimer que dans les raptus et les agirs ? Nous allons faire connaissance avec Mathilde, dont un des enjeux a été de réussir à se séparer sans claquer la porte.

LE PARCOURS DE MATHILDE

La première impression que Mathilde nous fait ressentir est celle d'une jeune femme envahie par l'histoire familiale. En effet, dans son courrier de demande d'admission, elle retrace toutes les catastrophes traversées par sa famille, dont le décès à 3 mois de Patrick, le premier né de la fratrie. Elle y décrit aussi tout son parcours psychiatrique, parsemé d'hospitalisations depuis l'âge de 15 ans. Au moment où elle nous écrit, elle partage sa vie entre des temps en appartement où elle tient difficilement et des temps d'hospitalisation suite à des tentatives de suicide et des scarifications qu'elle s'inflige depuis l'âge de 6 ans.

Elle met un an à entrer à la Velotte. En effet, elle affiche d'ores et déjà une certaine paradoxalité : elle vient en rencontre avec ses parents pour dire qu'elle ne veut pas venir, puis elle fait une énième tentative de suicide qui l'amène finalement à accepter d'entrer à la Velotte. Cette paradoxalité sera agie tout au long de sa cure, et

cette patiente va beaucoup nous mobiliser.

Mathilde est une jeune femme sans âge, filiforme et maigrelette, le teint blême et le sourire figé. Elle est fantomatique et ralentie.

Dès son arrivée, nous resserrons l'alliance avec ses parents en les appelant quelques jours après son admission, dans un moment où Mathilde se sent si mal qu'elle voudrait se réfugier à nouveau chez eux. Cet événement fige une coopération qui sera précieuse lors des autres moments de crise de leur fille. Ils se sentent soutenus, entendus dans leurs plaintes et souffrances de voir leur fille se détruire depuis de si nombreuses années.

Nous mettons rapidement en lumière les deux parties opposées de Mathilde.

Il s'agit d'une jeune femme pleine de capacités et de qualités. Elle dessine très bien et fait un bénévolat auprès de migrants. Elle est chaleureuse, attentive aux autres, dynamique et volontaire.

Ces qualités sont cependant sabotées par un démon destructeur. Lacérée sur la longueur des bras, elle impose aussi sa maigreur et ses conduites anorexiques à son entourage. Elle réduit systématiquement à néant toutes ses tentatives d'autonomie.

Sa destructivité est donc au premier plan, mais de façon souterraine Mathilde va pouvoir avancer psychiquement grâce à un dispositif sans cesse revisité par nous. En effet, nous la pousserons en permanence sur l'extérieur, afin qu'elle mette au travail un processus de séparation qui n'a pas pu aboutir. Nous allons vous en donner quelques exemples qui sont une infime partie de ce que nous avons déployé autour d'elle pour qu'elle sorte de ses difficultés.

Sa destructivité s'affiche d'abord au niveau de son corps, soit par des scarifications tout au long de sa cure, soit par des troubles de l'alimentation envahissants lors de certaines périodes. Elle utilise son corps comme une arme, contre elle ou contre nous. La pensée est évincée et l'agir au premier plan. Elle ne peut pas faire appel à nous dans ces moments-là, qui se déroulent toujours en notre absence, à la maison d'hébergement.

Elle nous laisse apercevoir le lendemain les résultats de ces attaques : sa maigreur, ses vertiges, son teint pâle, ses entailles qui s'infectent, les bourrelets de ses plaies qui se voient par transparence ou suintent. Elle nous entraîne dans sa paradoxalité : notre travail serait de soigner ses plaies et de l'aider à contrôler son alimentation. Mais Mathilde ne semble pas en souffrir et nous laisse penser qu'elle éprouve même un certain plaisir à nous amener dans ces registres violents. Elle semble prendre plaisir aussi à partager un temps tous les matins avec un infirmier qui prend soin de ce corps qui ne lui appartient pas. Cette proximité physique nous semble inadaptée. Mais alors comment faire ?

Après 3 mois de cure, face à ces agirs, nous lui proposons de mettre en place une activité extérieure à notre institution. Elle s'inscrit donc à des cours de karaté. Cela l'oblige à sortir et à nous lâcher l'espace d'un moment, à se faire du mal et à faire du mal de façon cadrée, chaque semaine. Car nous sentons que ces attaques du corps correspondent à une attaque du lien à l'autre (parents ou équipe) ou à un agrippement.

Car Mathilde peine à s'investir dans cette activité de façon posée : soit elle s'excite en s'imaginant des capacités physiques exceptionnelles ; soit elle s'y rend difficilement telle un fantôme, elle n'existe pas. Elle rentre si épuisée qu'elle ne fait rien de ce qu'elle a à faire dans la semaine. Elle se montre hostile et fuyante vis-à-vis de nous, tout en s'envolant avec des idées de grandeurs et de garçons. Mais nous gardons le cap, et l'encourageons à tenir cet engagement et elle conservera ainsi cette activité pendant deux ans. Nous tempérons ses aspirations mégalomaniaques autant que nous sollicitons ses côtés vivants.

Au niveau des relations familiales, ses parents sont omniprésents dans son esprit : Mathilde exprime un manque envahissant de sa famille. Même loin d'eux, elle est envahie. Tout ce qu'elle fait, semble dicté par son besoin de répondre aux désirs de sa famille, mais aussi de l'équipe qu'elle commence à investir pleinement. Elle cherche en permanence le regard de l'autre, sa fierté, à exister à ses yeux.

Nous décidons d'un commun accord, avec Mathilde et ses parents, qu'elle n'aura plus ces derniers au téléphone afin qu'elle puisse faire davantage de choses pour elle-même et qu'elle sente combien elle est agrippée à eux. En revanche elle pourra leur écrire.

De même, nous décidons qu'elle n'ira pas en famille pour Noël, afin qu'elle n'impose pas ses difficultés alimentaires à ses parents. Chacun est donc soulagé de cette décision.

Mais elle tente d'éviter ce moment douloureux en cherchant à être hospitalisée en psychiatrie à la place. Elle nous menace de se faire du mal, enfermée dans son dilemme. Mais comme toujours nous tenons notre cap. Elle a le plaisir de partager le jour de Noël avec un soignant qui l'accompagne quelques jours plus tard dans un centre de soins axé spécifiquement sur les difficultés alimentaires. Nous répondons donc à son dilemme : elle est hospitalisée mais reste active du soin. Nous faisons encore un pas de côté.

Cette hospitalisation dans ce centre va soulever une crise intéressante à 9 mois de cure.

Elle peut sentir que nous ne l'abandonnons pas puisque nous l'accompagnons jusqu'à la clinique dans laquelle elle sera prise en charge plusieurs mois. Nous insistons sur l'idée que nous restons en lien et que cette hospitalisation fait partie de sa cure, du parcours singulier qu'elle a à

emprunter pour se soigner. Elle peut nous appeler, nous écrire. De notre côté, nous serons en lien avec l'équipe qui la suit là-bas.

Si elle se montre proche de nous, elle exprime de la colère vis-à-vis de ses parents. Soutenus par nous, ils ne se laissent plus envahir par leur fille et adoptent un autre mode de relation. Ce changement semble mal vécu par Mathilde. Mais cette émotion lui permet de leur tourner le dos et de s'investir parallèlement dans les soins proposés dans le centre. Elle reprend alors du poids.

Après un mois et demi d'hospitalisation dans la clinique, elle souhaite soudainement arrêter sa cure à la Velotte et retourner vivre dans la région de ses parents où elle pense de façon magique être désormais en capacité de reprendre le cours de sa vie. Encore une fois, Mathilde détruit ce qu'elle a mis du temps à construire et cherche à se recoller à ses parents.

L'alliance avec eux et la clinique qui la soigne, permettent de différer ses menaces tyranniques de rupture du processus de soin. Elle cherche par tous les moyens à faire flancher ses parents, en se scarifiant gravement à nouveau et en les menaçant d'un retour chez eux. Nous demandons à Mathilde de venir à la Velotte pour échanger autour de ce moment de crise. Cela fait 3 mois et demi qu'elle est à la clinique. Nous sommes à un an de cure à la Velotte.

Lors de cette rencontre, Mathilde énonce clairement le dilemme dans lequel elle cherche à nous prendre : elle a le sentiment qu'on l'a abandonnée là-bas mais aussi qu'on ne la laisse pas tranquille, et qu'on veut qu'elle revienne à la Velotte. Elle nous reproche donc de l'avoir abandonnée tout en nous demandant de l'abandonner. Les médecins la ferment et la serrent. Nous lui imposons une date de retour, puisqu'elle ne peut rien décider pour elle-même. Nous ne la lâcherons pas. Elle en est aussitôt soulagée.

Elle revient donc à la Velotte après 4 mois et demi de prise en charge autour de ses problèmes alimentaires. Nous convenons qu'elle continue ensuite d'y aller à raison d'un jour par semaine, tous les mercredis afin de s'exercer encore et toujours à nous quitter, et à nous retrouver. Ce temps axé sur ses difficultés alimentaires nous permet aussi de nous extirper de la ligature qu'elle tente de serrer autour de nous avec l'anorexie. Par ce dispositif, nous lui indiquons que les questions de poids ne sont plus de notre compétence.

Une période de relative accalmie s'installe donc, où elle oscille entre des moments où elle est hostile, et d'autres où elle nous touche par sa détresse et son envie de mener une vie plus autonome. Elle aimerait faire mille et une choses, se montre de plus en plus curieuse et reprend des forces.

Nous la poussons donc à réaliser un stage chez un fleuriste, une demi-journée par semaine. Elle freine

aussitôt ce mouvement d'autonomie qui lui fait très peur en se scarifiant à nouveau. Pourtant elle en a très envie et en a les capacités. Nous la soutenons encore et toujours, et tenons face à ces angoisses qui nous pousseraient à tout stopper immédiatement. Finalement son stage se déroule très bien tant qu'elle ne fait qu'une demi-journée, fort du constat qu'une journée complète l'épuisait trop. Ce stage durera plus d'un an.

Confiante, elle se pense capable de tout, et se voit donc sortie de la Velotte, mais elle déchanté petit à petit. C'est la désillusion pour elle, et pour nous. Nous mesurons alors le désert qui l'habite au bout d'un an et demi de cure lorsque nous constatons qu'elle peine à réaliser de petites choses pour elle : se préparer un repas simple, manger seule, faire ses courses... Cela signe le début d'une période de désillusion et de renoncement.

Mathilde s'enlise, se scarifie, se déprime. Elle ne trouve pas de sens à sa vie : ses activités (karaté, stage, cours de dessin, après-midi en autonomie) ne la nourrissent pas, voir l'épuisent inutilement. Vivre pour soi n'a pas de sens.

Mathilde est loin de pouvoir être autonome. Le projet d'appartement s'éloigne, alors quel projet de sortie ?

Pour l'aider à se poser, pour la soutenir et l'aider à vivre la tristesse inhérente à ce travail de désillusion, nous démarrons des enveloppements humides (ou packing) à raison d'un enveloppement humide par semaine. Elle en aura 14 en tout.

Les enveloppements de Mathilde sont d'abord silencieux et mettent en lumière son côté inexistant, fantomatique, où elle ne parle pas d'elle mais seulement des autres. Au niveau corporel, il en est de même. Son corps n'est pas investi et est l'objet de manipulations de sa part. Mais au fil des semaines, elle perçoit de plus en plus sa difficulté à exister pour elle-même et à trouver sa place dans le monde. L'espoir et l'envie d'une vie comme tout le monde émerge en même temps qu'une réelle prise de conscience de ses difficultés.

D'un commun accord, nous décidons de mettre fin à ce soin car elle commence vraiment à avoir un espace psychique propre. Elle peut poursuivre ce travail élaboratif en psychothérapie individuelle à l'extérieur.

Elle tisse des liens de meilleure qualité avec ses parents, en les soutenant par exemple lors du décès de son grand-père. Elle peut alors mesurer les progrès qu'elle a fait.

Malgré ces bons moments, ces petites victoires, le vide qui est en elle se fait de plus en plus grand, et elle se désorganise. Cet état lui est tellement insupportable qu'elle cherche à se recoller à nous, elle veut régresser et retourner dans un état fœtal, ou se lover à l'hôpital de secteur.

Encore une fois, pour l'aider à se reposer tout en

soutenant ses côtés vivants, nous l'encourageons à faire une pause de la Velotte ailleurs qu'à l'hôpital, et l'aidons à organiser un séjour en dehors de notre institution.

Mais elle complique son départ, et fait une tentative de suicide à l'hôtel où elle passait la nuit. Elle se fait donc hospitaliser sur le CHS de secteur en urgence. Après quelques semaines, elle ne donne plus de nouvelles et se laisse dépérir là-bas. Elle est encore prise dans un dilemme qu'elle ne peut résoudre. Cette hospitalisation fait écho à celle du début de sa cure. Encore une fois, les médecins la serrent et la ferment : nous nous déplaçons à l'hôpital pour la rencontrer avec l'équipe qui la suit. Les médecins lui donnent une date de retour un mois plus tard. Elle s'en saisit et son retour marque le passage à une autre dynamique de cure : celle d'un projet de départ.

Dans la psychose, la destructivité n'est jamais loin, qu'elle soit visible ou pas. Elle détruit ce que l'on construit, et fait payer au prix fort les progrès et les bons moments. La tyrannie que la destructivité impose au patient comme à l'entourage et aux équipes de soins n'a pas de limites. Face à elle, n'ayons pas peur de mobiliser et d'imposer notre fermeté bienveillante. Une équipe qui serait toute bonne et conciliante, s'expose tôt ou tard au démon intérieur du patient psychotique. Nos élans bienveillants deviennent maltraitants si nous omettons de contrôler les angles morts.

Face à Mathilde, deux équipes de soins n'étaient pas de trop pour qu'elle sente les mailles du cadre se resserrer autour d'elle. Ce jour-là, le démon intérieur de Mathilde a cédé, mais pour que Mathilde avance, il faudra bien que ce démon nous lâche, comme il a lâché ses parents qui avancent, progressent et nous font confiance. D'où l'idée de mettre de la distance, et de préparer une suite loin de nous.

Nous convenons ensemble qu'elle renonce à tout ce qu'elle avait mis en place sur l'extérieur pour se centrer désormais sur les différents lieux qui pourraient l'accueillir à sa sortie.

Nous lui proposons deux projets différents, qui lui correspondent mais ne la mobilisent pas de la même façon :

- ♦ Soit un foyer relais où elle sera autonome, suffisamment encadrée pour contenir ses angoisses et nourrir sa vie d'activités. Elle y passe une semaine mais elle ne sortira pas de sa chambre.
- ♦ Soit un autre lieu de soins, plus loin géographiquement, moins autonome mais où elle pourra poursuivre le travail psychique qu'elle a entamé à la Velotte. On l'y accompagne.

Elle est face à un dilemme qu'elle ne peut trancher. Aucun de ces deux lieux ne lui convient vraiment. Elle reprend alors des conduites anorexiques qui

nous indiquent ce qui lui correspond le mieux car ces comportements sont incompatibles avec la vie communautaire d'un foyer relais.

C'est donc nous qui lui indiquons, encore une fois, le meilleur choix à faire, celui du lieu de soins. Nous ne l'abandonnerons pas et ne la laisserons pas s'installer dans la chronicité. Nous soutenons indéfectiblement son côté vivant. Après quelques tiraillements, elle accepte cette décision et s'en montre soulagée.

Elle parvient le dernier mois de cure à s'apaiser. Elle s'attriste enfin et peut profiter des derniers moments avec nous. Elle peut passer une belle journée avec nous dans un parc d'attraction sans se le faire payer derrière. Elle montre un peu plus son attachement. Nous l'encourageons à se rendre notamment sur son lieu de stage pour leur dire au revoir. Elle fête son départ en même temps que Yasmine. Ses parents l'accompagnent la semaine suivante dans un nouveau centre de soins.

CONCLUSION

Puisqu'il y a un début, chaque parcours de soins a une fin. Personne ne saurait prédire quand, ni comment, ni pourquoi une cure s'arrêtera. Nous ne croyions pas que Yasmine réussisse à tenir dans son appartement. Nous pensions qu'elle allait le lâcher et en abandonner l'idée. Nous la pensions vide et peu encline à utiliser ses ressources pour avancer. Nous nous sommes trompés ! Mathilde avait bien plus de capacités et de maturité, et nous pensions qu'elle allait beaucoup avancer lorsqu'elle a pu toucher à sa tristesse. Là encore, nous nous sommes trompés !

Quoi qu'il en soit, chacune à sa manière a tenu bon, et a pu fêter son départ comme il se doit autour d'un apéro réconfortant et de quelques flûtes de bulles. Chacune a offert un petit cadeau à la Velotte, et a reçu un bel album photo retraçant les moments conviviaux de son séjour. Fêter un départ est une tradition, et c'est aussi un jalon palpable du cadre de soins. Nous marquons le seuil à partir duquel le participant quitte la Velotte en expérimentant enfin qu'une séparation n'est pas une rupture ni un danger mortel.

En tant que soignants, il est très tentant de vouloir les choses à la place du patient. Après une multitude d'échecs et d'énergie, l'intelligence du patient peut enfin nous montrer la voie à suivre, dans la tempérance ou dans le chaos. Il nous faudra alors abandonner nos idées reçues et nos illusions pour nous laisser surprendre par l'inattendu et l'incertitude de chaque fin de cure. Le patient qui se risque à nous investir, à nous malmenier, à nous aimer, et à nous haïr, a bien compris que le départ, comme le soin, est un processus, et que pour partir encore fallait-il y être entré.

BIBLIOGRAPHIE

1. Racamier PC. Le Génie des Origines. Paris : Payot ; 1992.
2. Racamier PC. L'Esprit des Soins. Volume I. Besançon : Les Éditions de la Velotte ; 2020.
3. Delion P. La Constellation Transférentielle. Toulouse : Erès ; 2022.

LES AUTEURS :

Jorge DIAZ, Jeanine ROUMÉAS, Laetitia VIALA

Hôpital de Jour de «LA VELOTTE», Besançon (France)
8 Chemin de la Vosselle 25000 BESANÇON
accueil@lavelotte.com

LE DÉBUT DE LA FIN : COMMENT CONCILIER PROCESSUS D'ATTACHEMENT ET L'INÉVITABLE PRÉPARATION AU DÉPART ?

- Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND, Charlotte LEFEBVRE, Sophie VANDENNIEUWENBROECK, Karima ZAABOURI -

RÉSUMÉ - SUMMARY

S'interroger sur la temporalité d'un séjour nous amène inmanquablement à nous questionner sur ce qui s'inscrit dans la durée entre le patient et nous et qui ne peut avoir pour fondement que le lien ou l'attachement. Les temps initiaux de ce lien méritent notre attention. S'y joue-t-il déjà quelque chose qui concerne la fin du séjour ? A travers la description de plusieurs caractéristiques du lien, autour des moments du début et de la fin, nous tenterons de mieux cerner celui-ci. Plusieurs points nous ont semblé importants à souligner : l'importance des a priori, l'aspect historique de l'attachement, le fait que le lien se développe par paliers, dans une temporalité.

Il nous a semblé ainsi que les liens sont tissés de plusieurs fils, parfois révélateurs d'ambivalence, et qu'ils possèdent aussi une forme d'élasticité, formule par laquelle nous entendons que les liens survivent à l'éloignement.

Au-delà des métaphores, ce sont bien sûr les conditions de possibilité du lien et de l'attachement que nous questionnons.

Quant aux modalités pour ponctuer la prise de distance, nous évoquerons quelques moments privilégiés : le bilan, le congé, la pause ; ainsi que les tentations de l'autonomisation à tout prix, ou du sans-fin, avant de nous arrêter sur une dernière figure élastique : le tremplin.

MOTS CLÉS: Lien - Attachement - Début - Fin de séjour - Départ - A priori

THE BEGINNING OF THE END: HOW TO BALANCE ATTACHMENT PROCESSES AND THE INEVITABLE PREPARATION FOR DEPARTURE?

Questioning the temporality of a sojourn inevitably leads us to consider the long-term relationship between us and the patient, which can only be based on a bond or attachment. The initial stages of this bond deserve our attention. Is there already something at play here that concerns the end of the stay? Through the description of several characteristics of the bond, around the moments of beginning and end, we try to better define it. We felt it important to emphasize several points: the importance of a priori, the historical aspect of attachment, and the fact that the bond develops in stages, within a temporal framework. It seemed to us that bonds are woven from several threads, sometimes revealing ambivalence, and that they also possess a form of elasticity, by which we mean that bonds survive distance.

Beyond metaphors, it is of course the conditions of possibility of bonding and attachment that we are questioning.

As for the ways in which distance can be punctuated, we'll look at a few privileged moments: the evaluation, the holiday, the break; as well as the temptations of autonomization at all costs, or of the endless, before pausing to consider a final elastic figure: the springboard.

KEY WORDS: Link - Attachment - Start - End of sojourn - Leaving - A priori

INTRODUCTION

La question des résultats et de l'efficacité de hôpital de jour (HDJ) risque de nous obnubiler : comment faire pour atteindre un objectif en un laps de temps donné ? Nous allons ici plutôt tenter le chemin inverse et nous demander quelles sont les conditions de possibilité pour qu'un changement survienne, en nous disant que le temps, soit on se le donnera, on le prendra, ou on le ponctuera...

Ce qui s'inscrit en effet dans la durée -entre le patient et nous- s'appuie évidemment sur le lien ou l'attachement. Au-delà du temps des horloges, durant « un séjour de 6 mois », ce sera la temporalité du lien qui sera cliniquement en jeu.

Bien qu'on puisse rêver de séjours commençant par une préadmission précisant si l'indication est bonne, où on définirait les quelques objectifs du séjour, après quoi le patient se mettrait au travail, irait mieux, et à l'approche de la durée convenue serait prêt à nous quitter pour investir d'autres lieux, voire le travail, esquissant un détachement propre, beau comme un bateau qui largue les amarres... en pratique, les choses ne se passent pas exactement comme cela. Il y a en effet toute une série d'embûches qui peuvent survenir aux transitions : soutenir lien et ouvertures nécessitera toute notre attention !

PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR

« L'Escalette » est un hôpital de jour psychiatrique situé à Leuze-en-Hainaut, en Belgique, ouvert depuis janvier 2022. Ce jeune projet accueille un public adulte confronté à des problématiques variées. Nous accueillons 4 jours chaque semaine une douzaine de patients.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 7 intervenants. La taille du groupe de patients, de l'équipe et la configuration des lieux instaurent une forme de proximité bienveillante.

La demande est explorée par un unique entretien de préadmission, occasion également d'explicitier le quotidien en HDJ.

La durée d'hospitalisation maximale par séjour est de 6 mois, ce qui est est d'emblée annoncé. Tout au long du séjour, des bilans sont réalisés pour évaluer l'évolution et envisager les perspectives. En cas de second séjour, une pause d'un mois est systématique après les 6 mois pour des raisons administratives. Un renouvellement du séjour peut être envisagé en réévaluant les objectifs et en tenant compte des projets investis à l'extérieur pendant le mois d'arrêt.

DES PRÉAMBULES DIFFICILES

Plusieurs cas cliniques complexes, impliquant parfois également des difficultés du côté de notre propre équipe, nous ont amené à réfléchir aux caractéristiques du lien, autour des moments de nouage de celui-ci, et de la fin des séjours. Par le biais de jeux de rôle, nous avons pu éclaircir certains points du nouage de liens entre le patient et nous.

Commençons par tenter de préciser quelques caractéristiques du début des liens, et en quoi ils sont susceptibles d'éclairer ce qui se passe en fin de séjour.

LE POIDS DE CE QUI PRÉCÈDE

Le début d'un séjour n'est pas une page blanche. Il y a un avant, qui forme un a priori, une série de choses diverses accompagnant l'instauration d'un lien, encore

ténu, mais déjà complexe. De quoi est-il fait, cet a priori et quel risque comporte-t-il ? De ce que nous apprenons dès l'appel téléphonique, mais aussi via nos collègues envoyeurs ; des infos récoltées lors de la préadmission, par ouï-dire via la rumeur. Tout cela se complète durant l'analyse, durant les discussions qui entourent la demande, ce sur quoi vient inévitablement se greffer notre imaginaire, nos représentations, notre histoire, des bribes d'autres prises en charge, parfois de l'appréhension, parfois des questions sur ce qui sera vécu : allons-nous faire mieux que d'autres ? Pire ? Dans cet a priori il y a donc même parfois de la compétition imaginaire avec d'autres soignants ! A l'heure où le travail en réseau, les concertations, sont très prisées, que faire de la quantité d'informations reçues ? Avant même la rencontre et l'expérience du contact avec un patient, est-ce que cela aide ou déforce, en mettant sur des rails ?

Quant au patient, il n'est pas à l'abri des a priori lui non plus : s'il nous adresse une demande, il y a déjà un désir, parfois un peu de pression d'un tiers, des émotions diverses, des représentations à l'œuvre !

Quelle place laisserons-nous à la surprise, pour permettre d'emprunter un chemin qui tisse lien et ouvre des possibilités ?

FAIRE LIEN S'INSCRIT DANS UNE HISTOIRE, ET CELLE-CI EST PARFOIS UNE ZONE DE SOUFFRANCE

Les premiers échanges autour d'un nouveau patient vont contribuer à ajuster notre posture professionnelle (1), à la penser collectivement et à déjà moduler le lien qui s'installe. Comme l'illustre « la boucle de contact / le cycle de l'ambiance » (Figure 1), le contact évolue en boucle en alternant des moments de proximité, de désaccordement, de ré-accordement, de position intermédiaire. Il ne s'agit pas d'une dimension statique, donnée une fois pour toutes, mais d'un modèle cybernétique. Dans ce processus, axé sur le lien, les proches, les soignants et les patients sont impliqués, chacun à leur vitesse, à des moments qui ne sont pas forcément synchronisés.

En outre, pour qu'un processus de lien puisse s'instaurer, les théories de l'attachement évoquent plusieurs ingrédients de base :

- ♦ L'établissement d'un havre de sécurité où le sujet peut se réfugier en cas de stress, dans un mouvement centripète. Cela se traduit en HDJ par un cadre apaisant, visant au maintien d'une forme d'homéostasie au sein du groupe, une certaine prévisibilité dans les grandes lignes des activités et des modalités d'interaction.
- ♦ Une base sécurisante qui lui permet de découvrir le monde accompagné dans ses explorations, cette fois dans un mouvement centrifuge.

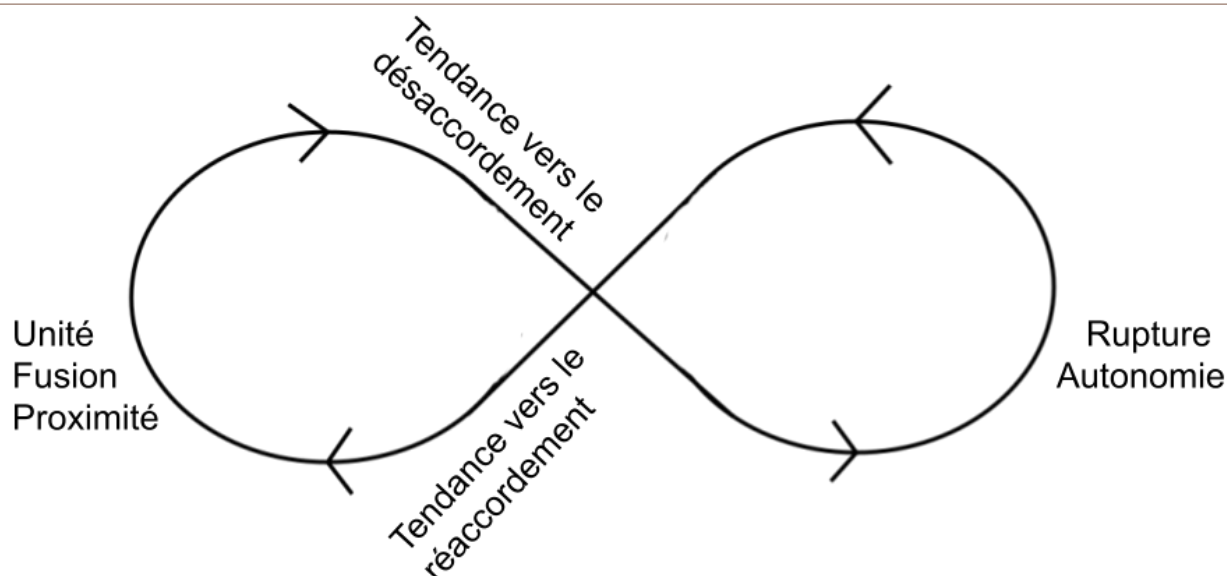


Figure 1. Le cycle de l'ambiance (schéma adapté de Lernout N) (3)

- ♦ Le maintien de la capacité à obtenir de l'assistance ou de l'attention; sans cela la demande et peut-être même la vie s'arrêtent, comme l'a montré Spitz dans ses études sur l'hospitalisme (4) : tant qu'il y a une demande il y a de l'espoir. Le chemin est loin d'être tout tracé et les rencontres favorables sont autant d'occasions pour l'individu de s'épanouir et de déployer des ressources insoupçonnées

En pratique, cela se concrétise dans l'importance au quotidien d'être attendu, mais aussi de tenir compte des modes d'attachements antérieurs, en particulier si une pathologie du lien s'est installée : en effet dans ces situations-là, le lien qui est nécessaire pour la thérapie, est ce qui est lui-même en souffrance ! Autrement dit : il s'agit, dans un processus de reconnaissance, de créer du lien pour soigner les difficultés du lien.

Raphaële Milijkovitch (5) nous rappelle que la qualité des liens affectifs qui ont pu se créer durant la petite enfance reste déterminante jusque dans l'âge adulte, constituant une réelle base sur lequel se bâtit plus ou moins solidement la personne. Les situations stressantes, à travers des liens actualisés, vont dévoiler la capacité d'attachement, ainsi que sa nature, dont on peut repérer plusieurs types : attachement sécure (le patient est rapidement rassuré), insécure évitant (il ne sollicite pas beaucoup, par crainte de repousser l'autre), désorganisé (personnalité borderline), insécure résistant (contact accaparant et mise en avant de l'incapacité à se rassurer seul). Il est cependant nécessaire de postuler que le passé ne détermine pas complètement l'avenir, et qu'une ouverture sur de nouveaux possibles, liens et expériences doit être soutenue.

Dans les troubles sévères du lien, le clivage peut par ailleurs constituer un autre écueil, par son effet polarisant les intervenants en « bons » et « mauvais » soignants. Il nous faudra parfois « faire avec » cette défense et la nature de ces liens, dans des expériences qui deviennent alors complexes : tenir compte de lieux tiers jouant des fonctions de lieux de sécurité, maintenir une réassurance à travers des moyens tels que les coups de fils, épargner l'un ou l'autre des lieux en déposant le négatif à tour de rôle dans divers endroits, voir le patient susciter l'exclusion en testant les limites de ce qui est acceptable (reste alors à déterminer si on sanctionne cette transgression ou si on y réagit paradoxalement), passer par des phases de régression parfois indispensables...

LE TISSAGE DU LIEN N'EST PAS IMMÉDIAT, MAIS PROGRESSIF

La création d'un lien exige de se décaler de l'immédiateté pour adopter une approche progressive et nuancée. Il s'agit de comprendre la personne dans toute sa complexité, notamment dans ses relations aux autres et dans ses difficultés. Ce travail nécessite du temps, de la souplesse, de la créativité, et une capacité à ajuster le cadre en fonction des besoins du patient et de nos observations.

Le lien se tisse par étapes, souvent à partir d'une accroche ou d'un moment de friction qui stimule la relation. Les premières impressions engagent déjà un processus évolutif, par paliers. Ce n'est pas un chemin linéaire : parfois, une répétition, loin d'être stérile, ouvre une voie vers quelque chose de nouveau, offrant une découverte de soi ou une interaction différente, neuve.

Avec le temps, le lien change ainsi de texture et de consistance. Pour filer la métaphore avec les anniversaires de liens matrimoniaux, nous observons que la matière du lien devient plus noble, plus solide, bien qu'également sujette à l'usure !

Cette dynamique invite à penser au devenir du lien avec nous en fin de séjour : dès les premières rencontres, un des fils du lien se projette d'emblée vers l'avenir. Interroger les attentes du patient, comprendre comment il se voit dans quelques mois, c'est déjà initier une dynamique de transformation. Le lien ainsi tissé n'est pas figé : il croît, se module et se transforme, toujours en tension entre ce qui est solide et ce qui reste flexible, entre le présent et l'avenir.

LE LIEN EST D'EMBLÉE MULTIPLE, IL SE DANSE À PLUSIEURS

Comme l'indique Delage (6) : « *La résilience ne peut naître, croître, et se développer que dans la relation à autrui* ». D'où l'importance de tenir compte du contexte et de prendre le temps de co-construire la relation.

L'investissement d'espaces extérieurs mais adjacents à l'HDJ (les activités transversales avec d'autres unités de l'hôpital, l'espace socio-culturel « L'écheveau ») offre l'opportunité d'explorer et vivre de nouvelles expériences dans des espaces transitoires, qui peu à peu viennent renforcer la sécurité intérieure tout en suscitant de nouvelles questions. Cette (re)mobilisation de tuteurs externes (les proches, le référent hospitalier, le jobcoach) jouent également un rôle clé qui renforce, diversifie ou redéfinit les liens. Les liens qui se tissent ne concernent pas que deux, mais de multiples personnes, en toile plus qu'en fil.

Par ailleurs, le lien n'apparaît pas de manière unilatérale chez le patient, mais nous convoque également : comment y participent notre envie qu'il y ait soin, notre prudence/méfiance, notre envie de sauver, notre enthousiasme, nos freins et réticences, notre ambivalence ? La disposition du soignant à accueillir la confiance du patient possède son importance. Il s'agit d'un mélange intriqué de différents fils tissés de part et d'autre, les uns ténus, fragiles, les autres solides. Soulignons que même chez un soignant isolé, plusieurs tendances peuvent être mobilisées simultanément dans le lien : le patient construit aussi le thérapeute !

Il faut donc à ce stade-ci abandonner la représentation d'un lien homogène, ON/OFF, et plutôt le considérer comme pouvant être en perpétuelle mouvance, plus ou moins solide, reflet des ambivalences des uns et des autres. Un lien pouvant être comparé à un tissage hétérogène, composé de divers fils, certains relativement résistants et/ou stables, d'autres étant plus frêles.

UNE CERTAINE IDÉE L'ÉLASTICITÉ DU LIEN

De plus, le lien réagit diversement à l'éloignement ou à la mise sous tension, ce qui permet de préciser une autre de ses qualités : son élasticité, qui vient donc nuancer sa solidité. Un lien peut être solide et pas du tout élastique : il va se briser comme de la fonte quand on va le mettre sous pression, ou tenter de l'étirer (l'éloignement durant le mois de pause ? celui de la fin du séjour ? la tension liée à une situation stressante ?). Il peut être très élastique, mais peu solide, comme un élastique de jokari : pensons à ces patients qui reviennent inlassablement faire une demande après de longues absences, alors que nous avons l'impression qu'il ne se passait rien entre nous. Enfin, il peut aussi être solide et très élastique, comme une corde du bungee-jumping, supportant sans difficultés la distanciation ; ou à contrario ni solide ni élastique, comme un chewing-gum qu'on étire, s'étiole et qui finit par se rompre...

Cette élasticité, si elle se constitue durant le séjour, sera surtout mise en évidence dans les moments de distanciation que vont représenter les absences, les tensions, les pauses, ou la fin du séjour, ce qui nous amène à la deuxième partie de notre propos, centrée sur la fin du séjour. Cette seconde partie nous éclairera peut-être sur des moyens de rendre le lien progressivement élastique, afin que quelque chose qui ne soit pas trop rigide se maintienne au-delà du bord.

FINIR, CLÔTURER, SE DÉTACHER OU PARTIR : DES SYNONYMES ?

Évoquer la fin ne va pas de soi. Après un séjour de 6 mois, seule une minorité de patients verra « LE » problème initial complètement résolu. Pour la plupart, certaines difficultés se seront tantôt améliorées, tantôt aggravées ou modifiées. Une partie d'entre eux aura néanmoins pu repérer entretemps d'autres lieux dans lesquels s'inscrire, s'ancrer, s'occuper et/ou se soigner à plus long terme. Il n'est pas rare que les options étant peu nombreuses à offrir suffisamment de soutien et de contenance, du point de vue du patient ou du soignant, se manifeste le souhait de poursuivre un travail à l'HDJ. Dans ce cas, la clôture administrative ne coïncide pas avec le processus en cours chez le patient.

Le lien qui s'est créé, qui se maintient, insiste, à sa manière. Autant celui-ci a pu être un incitant pour créer du lien ailleurs, autant il peut également avoir tendance à garder ou ramener le patient vers nous.

La durée de 6 mois étant initialement arbitraire, comment pouvons-nous lui donner sens dans un second temps, en équipe, avec le patient ?

PONCTUATIONS ET SÉPARATION

Au sein de l'HDJ, le processus de sortie est envisagé d'emblée. Plusieurs moments permettent de travailler la séparation tout au long de l'hospitalisation. Ils marquent des transitions essentielles pour le patient et l'équipe, soutenant à la fois la réflexion et l'autonomie.

À l'Escalette, plusieurs pratiques ritualisent les étapes de rencontre, de retrouvailles et de séparation, pensées pour soutenir la progression individuelle et collective :

- ♦ Le point du jour et le point final : le début et la fin de la journée constituent des moments-clés, souvent sources de stress ou d'inquiétude pour les patients. Pour accompagner cette transition, se retrouver et clôturer collectivement la journée est rassurant.
- ♦ Les bilans : tout au long du séjour, des bilans réguliers sont réalisés avec le référent et le médecin. Ces moments de ponctuation permettent tant au patient qu'à l'équipe d'évaluer les avancées, d'ajuster les objectifs, et de souligner le sens du parcours accompli.
- ♦ Les congés : chaque patient dispose de dix jours de congés durant son séjour. Ces absences planifiées représentent une opportunité d'expérimenter une séparation temporaire, de s'organiser et de se projeter au-delà du cadre de l'hôpital de jour. Ces moments favorisent une réflexion sur l'autonomie tout en assurant un retour en sécurité.
- ♦ Le livre d'or : il invite le patient à prendre du recul sur son parcours. Ce rituel valorise les efforts accomplis et offre un espace de gratification.
- ♦ « La Pause » : ce qui à l'origine relevait d'une contrainte administrative exigeant 30 jours d'absence dans la même institution après un séjour, a été intégré dans le langage partagé sous le terme de « La Pause ». Ce concept, à la fois pragmatique et symbolique, revêt plusieurs significations. Pour certains, il s'agit d'une continuité : une suspension temporaire où l'histoire se poursuit, comme un film mis sur pause. Pour d'autres, c'est une période pour souffler, tant pour le patient que pour l'équipe. Cette expérience, annoncée et encadrée, permet d'explorer la vie sans la structure de l'hôpital de jour, tout en laissant ouverte la possibilité d'un retour.
- ♦ Le nouvel entretien d'admission : lorsque les patients reviennent après une pause, ils ne sont plus les mêmes : leurs objectifs se précisent, leurs attentes s'affinent, leurs ressources se consolident. Le nouvel entretien d'admission s'inscrit dans cette dynamique. Cet entretien peut déboucher sur une reprise immédiate ou une réflexion approfondie, selon les besoins. Cette souplesse incarne une volonté de co-construction, en phase avec l'évolution des patients et leurs projets.

Il s'agit de moments où les forces en tension, notamment au niveau des liens peuvent être mesurées : comment se passe le temps seul à la maison, qu'est-ce qui tient la route ? qu'est-ce qui s'effrite rapidement ? qu'est-ce qui se met sous tension, et dans quelle direction ? Sur quelles pistes plus ou moins heureuses ou malencontreuses s'engagent les patients ?

LA FIN COMME PROCESSUS D'AUTONOMISATION

Pour Racamier (7), « La séparation avec le milieu institutionnel doit être considérée non comme un résultat, mais comme une partie intégrante du processus thérapeutique ».

Il s'agit pour cela de passer par l'étape d'un attachement fort, pour ensuite travailler la question de l'autonomie, ce qui peut parfois prendre une toute autre signification d'une personne à l'autre. Il s'agira donc de s'ajuster, de s'approcher de la réalité du patient, en expérimentant des moments de distance, comme évoqué au point précédent.

Un processus s'installe donc, où entre proximité et autonomisation qui sont nécessaires l'une à l'autre, une subtile recherche du moment où le soignant doit continuer à répondre aux sollicitations du patient, en naviguant entre recherche de nouvelles formes d'attachement et respect des défenses (8).

Comme l'indiquent Dubois A. et Dubos L. (9), quand la relation est serrée avec les proches, l'autonomie est difficile à construire. Notre travail consiste alors à questionner la distance entre le patient et ceux-ci. De façon similaire, il nous faut éviter l'écueil de la dépendance institutionnelle, tendance impliquant tant le patient que l'équipe. Où réside notre difficulté à passer la main à d'autres ? Sommes-nous capables de parfois indiquer qu'il n'y a pas d'autre idéal pour prendre le relais ? et dès lors renvoyer le patient à ses propres ressources, à la débrouillardise ?

LA TENTATION DU SANS-FIN

S'il y a parfois assez d'élan que pour réussir l'accrochage à d'autres lieux, d'autres habitudes, il est parfois nécessaire de revitaliser ce qui est en jeu par de nouveaux séjours... Nous tentons ainsi de trouver une balance entre des séjours porteurs de sens, ponctués par des « débuts » et des « fins », et éviter une répétition qui serait interminable, voire morbide, quand le séjour ou la succession n'amène plus de vitalité mais confirme l'installation dans un statut enkysté.

On caresse parfois l'idée d'un hôpital de jour sans fin, c'est-à-dire un lieu dans lequel il n'existerait pas de limite de temps de séjour, dans lequel le patient pourrait s'installer sur la durée, tant qu'il le souhaite.

On y pense par exemple assez régulièrement face à des patients présentant des difficultés durables (psychose, autisme, retard mental léger) qui se stabilisent quand ils sont suffisamment portés par un groupe hétérogène, où les autres présentent une forme d'adaptabilité, encadré par une équipe bienveillante. Pour ces patients, les Entreprises de Travail Adapté (ETA) sont un peu trop exigeantes ; certains lieux de socialisation offrent trop peu d'encadrement, ne tenant pas compte de la psychopathologie. Par défaut d'alternatives évidentes, ils nous font donc rêver à un HDJ sans fin, ou nous questionner sur la possibilité pour nous de renouveler indéfiniment des séjours.

Cette occultation de la fin pourrait sans doute s'avérer positive et aidante dans des situations où les capacités et l'autonomie du patient sont à travailler sur une longue durée, mais auraient également pour conséquence un manque de perspectives autres ou de recherche de lieux tiers pouvant amener un travail différent et complémentaire. Il faut en quelque sorte dédramatiser la sortie du même, pour s'ouvrir à autre chose, la différence !

Par ailleurs, les inquiétudes propres à la séparation peuvent également faire écho à ce type d'angoisse chez les soignants. Caresser l'espoir de pouvoir reporter indéfiniment la séparation, n'est-ce pas nous rassurer nous-mêmes ? Il y a peut-être là une confusion entre « fin de séjour » et « disparition » : faut-il travailler une forme de permanence de l'objet pour en sortir, et différencier distanciation, séparation et rupture ? Là réside peut-être l'intérêt de pouvoir envisager le lien dans son rapport à la distance...

Les risques perçus de ce lieu où il n'y aurait pas de fin seraient pour les équipes soignantes l'installation dans une posture où le soignant et le patient ne prendraient plus le recul nécessaire à la thérapie, c'est-à-dire le fait de viser un changement, risquant donc la routine. On précise là des nuances entre un lieu de vie et un lieu de soins...

LA FIN COMME TREMLIN

Jacobi (10) nous amène à déployer ce que peut signifier la fin : celle-ci n'est pas que pur négatif, mais aussi un événement qui permet, qui rend possible. Il y a un rapprochement à faire avec le concept heideggerien de finitude (11), moteur de l'angoisse, mais aussi de la résolution qui permet la mise en projet, autrement dit : l'appréhension que le temps nous est compté peut susciter une prise de responsabilité qui nous amène à reprendre en main les possibilités qui s'ouvrent à nous.

Vue sous cet angle, la fin permet d'être ambitieux, de ne pas figer, de penser de nouveaux départs, de redémarrer avec l'expérience, de ne pas être exclusif et d'explorer d'autres ressources. La fin dynamise quand on parvient à dépasser l'angoisse qu'elle peut susciter et qu'on n'est plus focalisé sur celle-ci comme point d'arrêt, mais comme moment, avant autre chose. Inévitablement, elle renvoie à des choix et de là, à une mise en question du couple liberté / limites.

Si on tire un parallèle avec la situation d'entretien, la limite de l'entretien est bien souvent un moteur qui stimule à ce que quelque chose d'important se dise ; être limité par le temps amène à considérer ce temps comme devant être activement investi et mis à profit. La pause durant le séjour équivaut alors à un silence dans l'entretien, qui permet de se recueillir et de laisser émerger de nouvelles idées, envies.

CONCLUSION

Plutôt que de viser un objectif à atteindre en un temps donné, nous pensons que nous focaliser sur le lien permet une remise en perspective des débuts et de la fin d'un séjour : le lien vient créer une doublure à cette durée, et la déborde de part et d'autre. Il s'agit de sortir d'une vision programmatique du temps, pour envisager le temps du soin.

Le lien est déjà en constitution bien avant le début du séjour, il persiste d'une certaine façon au-delà. Tout au long du séjour, sa solidité est étayée, testée, mise à l'épreuve, mais ce n'est que la distance, à travers la pause, les congés, ou la fin, qui va venir dévoiler son élasticité : comment se lien va-t-il se comporter avec l'éloignement ? Aura-t-il tendance à se contracter et attirer à nouveau le patient vers l'HDJ ? Ce lien ne va pas forcément s'étioiler tout doucement, à la Léo Ferré (avec le temps, va, tout s'en va...), mais peut rester une force porteuse d'une certaine tension. Au moment de prendre distance, il ne faut pas que l'un ou l'autre lâche l'élastique brusquement !

Bien sûr, parler des qualités du lien sous l'angle de la solidité, des divers fils qui le constituent, de son tissage

progressif, de son élasticité, tout cela reste de l'ordre de la métaphore, mais celle-ci peut être un bon stimulant à la réflexion, méritant une traduction en termes interactifs de processus, lien, temps et distance.

Est-il encore nécessaire de rappeler que le temps de la thérapie est un temps lent, indispensable au processus psychique ? En tant que telle, la maladie s'inscrit dans toute une temporalité : le temps de l'annonce, des essais de traitement, de la rééducation, des rémissions, du rétablissement, de la rechute, voire de la chronicité. En miroir, la recherche de plus de santé va également s'inscrire dans un processus qui va se dérouler progressivement, et dans lequel l'instauration de liens jouera un rôle prépondérant, devant éviter la création de nouvelles camisoles, solides mais sans souplesse.

Ce qui a travers cette réflexion nous semble essentiel, c'est que dans le fond, la fin n'est pas la fin. Il y a bien fin de séjour, mais du lien peut s'instaurer et se maintenir de façon opportune. A nous de veiller à ce que ce lien ne soit pas morbide, et que son élasticité permette une vitalité réactive et le rebond.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mougeot F. Je ne le sens pas cet entrant. Santé mentale. 2022 ; n°264 p 31-33
2. Meynckens-Fourez M., Maquoi C. Quand trouble de l'attachement et isomorphisme s'entremêlent, les équipes se désaccordent, Analyse d'une situation clinique. Thérapie familiale. 2024 ; vol 45(2) 138-158
3. Lernout N. Utilisation du schéma de l'organisation du milieu humain et plus particulièrement du niveau de l'ambiance, en thérapie. Thérapie familiale, Genève, 2006, Vol. 27, No 2, pp. 193-209
4. Hospitalisme [modifiée le 5 juin 2024 ; consultée le 15 février 2025]. Dans : Wikipédia [En ligne]. St. Petersburg (FO) : Wikimedia Foundation, Inc. Disponible : <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospitalisme>
5. Milijkovitch R. L'attachement d'hier à aujourd'hui. Santé mentale. 2024 ; 285, 22-28
6. Delage M. Attachement et systèmes familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. Thérapie Familiale. 2007/4 (Vol. 28), p. 391-414.
7. Racamier : L'esprit des soins, volume II : le fil du soin. Les éditions de la Velote ; 2020
8. Marino C. L'attachement et ses répercussions dans un cadre de soin. Approche théorique et clinique. (communication orale). Chemin psy, Saint Jean de Dieu (Belgique) ; 2003
9. Dubois A, Dubos L. Comment le processus de départ est-il intégré à la cure à la Velotte ? Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles. 2006 ; 8, 77-80
10. Jacobi B. Cent mots pour l'entretien clinique. Toulouse : érès ; 2012
11. Heidegger M. Être et Temps. Traduction française par Emmanuel Martineau, Édition numérique hors-commerce, 1985

LES AUTEURS :

Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND, Charlotte LEFEBVRE,
Sophie VANDENNIEUWENBROECK, Karima ZAABOURI

Hôpital de Jour « L'Escalette » - Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu
Rue de Loudun 126, 7900 Leuze-en-Hainaut (Belgique)
lescalette.stjdd@acis-asbl.be

LA FIN EST UN ÉVÈNEMENT : LA TEMPORALITÉ PSYCHIQUE FACE AUX CONTRAINTES EXTERNES DANS LES SÉJOURS EN CLINIQUE DE JOUR

- Jérémy MARRO^{1,2}, Rahma NEFZI¹, Véronique BUSSARD¹ -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La durée des séjours en clinique de jour est limitée par des conventions avec les assurances qui financent les prises en charge. Cette temporalité externe imposée, étrangère au processus thérapeutique, peut être vécue par les patients et les cliniciens comme une intrusion, voire une violence. La fin de séjour ainsi imposée par une entité tierce est une donnée qu'il est nécessaire d'intégrer à nos réflexions pour préserver la spécificité de la pensée clinique d'un empiètement par des logiques financières. Au travers de la présentation d'un cas clinique où le rapport à l'écoulement du temps est profondément désorganisateur pour le patient, nous proposons que, sous certaines conditions, il est possible d'utiliser cette fin imposée par les assurances pour en faire un « événement » avec une valeur thérapeutique. Nous explorerons l'intérêt de s'appuyer tout d'abord sur une rythmicité sécurisante et ses variations déstabilisantes, dans l'ici et maintenant du cadre contenant de la clinique de jour. À partir de là, la rencontre avec une temporalité psychique subjectivante à même de soutenir le patient dans sa prise en charge devient possible. Dans ce contexte, la fin de séjour initialement vécue comme une rupture amenant des angoisses envahissantes et désorganisatrices, peut se transformer en une séparation. Bien que douloureuse, cette séparation peut prendre une valeur symbolique, devenant pensable et supportable, plutôt que traumatique et désorganisante.

MOTS CLÉS: Temporalité psychique - Rythmicité - Clinique de jour - Assurances - Évènement

THE END IS AN EVENT: PSYCHIC TEMPORALITY ADDRESSING THE CHALLENGES OF OUTSIDE CONSTRAINTS DURING DAY CLINIC STAYS

The duration of treatment in day clinics is constrained by the conditions set by the insurance providers that fund such care. This externally imposed temporality, foreign to the clinical process itself, may be experienced by both patients and clinicians as an intrusion— and at times even as a form of violence. This limit, dictated by a third party, warrants our attention if we are to preserve the specificity of clinical thinking from the encroachment of financial rationality. In the case presented here, the patient's heightened awareness of time passing emerges as a profoundly disorganizing element. We suggest, however, that the externally insurance-imposed end of treatment might be worked through as an “event” with potential therapeutic value. We explore the clinical function of a holding rhythm within the day clinic setting, and the value of its eventual disruption, as a mean to support the emergence of a subjective experience of time, capable of supporting the patients in their care. Within such a framework, the imposed end of the patient's stay, initially felt as a breach—provoking invasive and fragmenting anxieties—can be gradually transformed into a process of separation. Though painful, this separation may acquire a symbolic dimension, becoming thinkable and bearable, rather than traumatic and disorganizing.

KEY WORDS: Psychic temporality - Rhythmicity - Day clinic - Insurance - Event

INTRODUCTION

Comment penser une fin de prise en charge en clinique de jour lorsqu'elle dépend d'une entité tierce qui impose une temporalité externe au suivi ? C'est l'un des enjeux auxquels patients et professionnels sont confrontés pour les prises en charge au sein de la clinique de jour dans laquelle nous travaillons. La durée des séjours y est encadrée par des conventions avec les assurances-maladies qui prennent en charge les coûts des traitements. En effet, dans notre situation,

le paiement des séjours est, en principe, garanti pour trois mois, éventuellement renouvelable une fois. Tout cela, bien évidemment sous réserve que l'assurance ne décide finalement qu'un temps moindre est nécessaire au patient, sans qu'un argument vienne en général expliquer cette position.

Dans ce contexte, la temporalité psychique des patients se confronte régulièrement à celle des assurances. Il est

alors nécessaire de pouvoir intégrer cet élément dans le processus thérapeutique pour que la durée du séjour et sa fin ne soient pas un simple processus d'assurances. Si tel était le cas, cela ferait violence au sujet qui serait alors pris dans des contraintes externes et une logique étrangère au processus de soin. Le patient serait alors réduit à un sujet « statistique », « moyen », dont on pourrait prévoir par des conventions le « temps » nécessaire à son rétablissement. Il nous faut pouvoir utiliser cette fin imposée, pour soutenir le processus thérapeutique.

LE TEMPS ET L'ÉVÈNEMENT

M. est un patient qui nous est adressé par son psychiatre traitant, en raison d'angoisses massives avec crises de panique dans un contexte de difficultés professionnelles ainsi que d'un sentiment de rupture avec le tissu familial, social et professionnel. Il intègre notre structure qui accueille, toute la journée, du lundi au vendredi, une vingtaine de patients, afin d'y bénéficier d'un suivi intensif impliquant des thérapies groupales et des thérapies en individuel. La clinique de jour offrant une prise en charge globale interprofessionnelle (médecins, psychologues, infirmiers, assistante sociale, ergothérapeute, art-thérapeute, etc.), l'ensemble des suivis psychiatriques ambulatoires est suspendu le temps du séjour. M. est informé des contraintes liées aux durées des séjours avant son admission, ce qui est repris au début de sa prise en charge.

La question de la durée du séjour est centrale dans le suivi de M. car, au fil des entretiens, apparaît, au premier plan, un rapport douloureux au temps. En effet, tout événement qui engage l'idée d'un temps qui passe (une naissance, un rendez-vous déplacé, des vacances, etc.) amène inévitablement des angoisses de mort envahissantes, se manifestant par une agitation psychomotrice constante, des ruminations incessantes, des cauchemars et des mouvements stéréotypés. A cet égard, M. déploie une énergie considérable pour, selon ses mots, essayer d'« arrêter le temps », en ritualisant son quotidien et en investissant des activités qui semblent avoir comme fonction de suspendre le temps. A la clinique de jour, vécue comme profondément rassurante dans sa fonction contenante, les jours qui défilent deviennent alors l'objet d'une intense détresse et la fin du séjour est déniée avec vigueur, risquant de faire basculer la prise en charge dans une illusion d'éternité. Face à ce que nous proposons de considérer ici comme relevant d'une pathologie du temps, la limite qu'imposent les assurances dans la durée de prise en charge, peut soutenir le processus thérapeutique, pour autant que ce « temps » soit pensé. Arrêtons-nous sur cette notion de « temps ».

Le langage nous en apporte une compréhension biaisée. Il serait comme un fleuve qui s'écoule du

passé vers le futur, pour tous de la même manière. Cette métaphore nous donne l'illusion de caractériser le temps, lui attribuant toutefois les propriétés de ce qu'il s'y passe, amenant à une confusion entre l'objet et sa fonction, tout comme la fonction du chemin n'est pas de cheminer, mais de permettre à des promeneurs de cheminer (1). Peut-on alors, sous prétexte que les moments du temps se succèdent, dire que le temps lui-même passe ? Dans ce sens, lorsque nous parlons du temps, ne parlons-nous pas des événements qui s'y produisent, nous invitant à différencier le contenant, du contenu, le temps de l'évènement, et le lien qui les unit ?

Pour la physique de la relativité restreinte (2), le temps n'existe pas à proprement parler et, contrairement à ce que l'on peut couramment penser, c'est l'évènement qui « crée » le temps, et non le temps qui permet l'évènement. Ce sont les phénomènes qui définissent l'espace et le temps : « le temps commence avec le phénomène et disparaît avec lui » (3). Passé, présent et futur n'auraient qu'un sens relatif et dépendraient d'un référentiel, d'un événement choisi.

Cette perspective, que nous proposons, pour reprendre les réflexions de Schmid-Kitsikis (4), comme une manière de « [reformuler] des problèmes suscités par l'objet concerné de l'étude scientifique », ouvre les enjeux suivants : pour M., quel rapport entre les jours du séjour qui se succèdent et le temps à l'intérieur de soi ? Et comment introduire un « événement » qui permette à M. de se situer dans son temps, de « générer » un temps subjectivable là où, jusqu'alors, tout événement externe générant un temps dans son existence, amenait des angoisses massives. Nous proposons que cet événement pourrait être la fin du séjour. L'objectif de la prise en charge serait alors de réussir à la terminer, sans être emporté par la fin, avec l'aide de la clinique de jour. Pour cela, il faut que le « temps » puisse s'écouler à l'intérieur de soi. Afin de rendre compte du processus que cela nécessite, nous ferons la différence entre le temps et la temporalité, entre ce qui concerne le contenant et le contenu.

LA TEMPORALITÉ PSYCHIQUE

Dans l'approche psychanalytique, il est courant de relever que l'inconscient ne connaît pas le temps ou, plus précisément, qu'il ne connaît pas l'usure du temps, ne pouvant attribuer à l'existence ni début ni fin (5). Ses processus sont intemporels et ne sont pas affectés par l'écoulement du temps qui relève du travail du conscient.

La notion d'« intemporalité » côtoie toutefois celle d'« atemporalité » au fil des traductions des écrits de Freud (qui utilise le terme de *Zeitlos*). Or, il existe bien une différence entre ces deux notions : « privé de temps » n'est pas « toujours-étant » et dans l'Inconscient, rien ne se passe et tout arrive, car rien n'a commencé, ni ne

commence. « Est-on dans le Temps ou dans l'oubli ? » (6).

Dans ce sens, il semble nécessaire de différencier le temps, comme contenant « atemporel », de la temporalité, qui concerne les contenus, c'est-à-dire les événements. Car la temporalité ne peut se constituer qu'à la condition d'un événement qui fixe un référentiel : « l'évènement n'est pas temporel, mais temporalisant » (7).

Pour M., la question se poserait ainsi : comment faire exister des événements à l'intérieur de soi afin de se situer dans le temps et ainsi dans la durée du séjour, sans se désorganiser face à une temporalité étrangère qui engage inévitablement un sentiment d'anéantissement ? Dans le temps figé de la psychose, comment permettre à un événement d'être temporalisant et d'engager un processus de subjectivation ?

AVANT LA TEMPORALITÉ : LA RYTHMICITÉ

Dans le développement psychoaffectif, les premiers « événements » qui amèneront à la temporalité psychique en tant que telle, s'ancrent dans la rencontre avec la rythmicité que proposent les relations primaires, offrant de construire une base de sécurité. Elle contribue au sentiment de continuité en tant que caractéristique essentielle de l'intersubjectivité (8). Elle permet l'anticipation des retrouvailles et participe ainsi de l'avènement de la pensée en organisant la séparation, pour autant qu'une prévisibilité s'installe, une confiance d'un retour à la normale suite aux surprises, aux tromperies et aux discontinuités, dans la variation des plaisirs et des déplaisirs de la rencontre (9). La relation est ainsi traversée par des macrorhythmes (les relations de soin mémorables, anticipables et prévisibles) et des microrhythmes (l'intérieur des échanges) (10), dont la rupture engage le risque du traumatisme et de la discontinuité identitaire. Ce sont les « traumatismes dysrythmiques » (11) qui rendent compte des ratés dans l'harmonisation primaire, quand l'objet ne parvient pas à s'adapter aux exigences du Moi.

Pour M., c'est le bâtiment (et l'institution plus largement) dans lequel se trouve la clinique de jour qui garantit les retrouvailles. Il peut se présenter jusqu'à deux heures avant l'ouverture, rassuré par cette présence, laissant apparaître une quête vitale d'un contenant immuable et hors-temps à l'intérieur duquel évoluer. La rythmicité, elle, passe alors par les heures d'ouverture (de 9h à 16h), le programme groupal (entre 3 et 5 groupes thérapeutiques par jours) et les entretiens en individuel.

Le programme groupal se répète de semaine en semaine, faisant office de contenant rassurant (macrorhythmes), malgré les variations des contenus (microrhythmes) qu'apportent les divers temps thérapeutiques. Ces

aspects donnent à M. une confiance importante dans son rapport à l'institution, confiance qui s'appuie sur la prévisibilité de ce qu'il s'y produit (ou ne s'y produit pas) et les changements imprévisibles sont source d'angoisse.

Pourtant, pour M., la rythmicité côtoie la routine, au risque d'un enlèvement qui vient figer les mouvements potentiellement dynamisant, marquant le besoin d'une répétition à l'identique pour se sentir contenu. C'est bien là que les surprises et les changements (un changement d'heure de l'entretien psychothérapeutique, un rendez-vous imprévu etc.) sont importants à reprendre et à mettre au travail. Ce sont autant d'événements potentiels qui permettent de s'initier à la temporalité, car la rythmicité n'est pas le temps ni la temporalité, mais elle participe de son intégration, pour peu qu'elle ne soit pas suspendue au hors-temps d'une routine figée. Toutefois, la rythmicité ne permet pas l'appropriation subjective de sa propre histoire. Avec la seule rythmicité, la fin de séjour ne serait qu'une rupture traumatique. C'est ici que la temporalité psychique doit être considérée, temporalité pour laquelle l'adolescence joue un rôle central.

LA TEMPORALITÉ PSYCHIQUE

M. repère le début de ses difficultés à l'adolescence. Quelque chose se produit, dont il ne sait que faire, lui faisant quitter une enfance qu'il décrit comme « parfaite », donc idéale, l'emmenant de force dans le monde douloureux des adultes où l'entrée dans la formation professionnelle puis dans le monde du travail seront deux moments difficiles. L'engagement dans le processus d'autonomisation vient faire crise.

En effet, l'adolescent se trouve face à un « fait accompli », un « plus jamais comme avant », une fermeture irréversible du monde de l'enfance qui doit pouvoir être intégrée durant le travail d'adolescence (12). C'est le travail du « pubertaire » (13), en tant que processus, qui s'ouvre à partir de la puberté qui est un événement unique dans le développement et qui implique une profonde discontinuité identitaire. Or, c'est seulement lorsque l'irréversible peut être intégré, qu'une reprise du temps d'avant devient possible, une relecture de la sexualité infantile à la lumière du pubertaire, permettant de faire advenir le temps passé comme un temps qui s'est construit, c'est-à-dire permettant de créer la temporalité de manière rétroactive (14). Pour le dire de manière quelque peu lapidaire, l'intégration de l'évènement qu'est la puberté permet l'instauration d'une temporalité psychique, le présent de l'évènement créant rétroactivement le passé et ouvrant sur un futur.

C'est face à cet engagement potentiel de la temporalité psychique que M. mobilise progressivement de plus en plus de défenses, cherchant, au moment où nous le rencontrons, à « arrêter le temps », pour reprendre

son expression. Pour M., l'irréversible ne semble pas pouvoir s'intégrer, empêchant le retour par reprise, empêchant de s'inscrire dans une temporalité, y compris celle du séjour à la clinique de jour.

Face à la déstabilisation identitaire induite par la puberté, apparaît le risque d'un fantasme de « temps suspendu » (15). L'adolescent peut en effet être tenté par « le fantasme d'arrêter le cours du temps afin de rester fixé à tout jamais aux expériences antérieures et familières de satisfaction [en vue de] lutter contre l'ébranlement identitaire et de maintenir la cohésion de son Moi » (15). Instable, l'équilibrisme induit par cette position peut amener à la mise en place de défenses visant à « lutter contre le ressenti même de la temporalité » (11).

Ces mécanismes, nous les observons chez M. face aux jours qui passent. Face à l'envahissement anxieux et à la fragilité de son état psychique, nous demandons une prolongation du séjour au-delà des trois mois initiaux convenus dans la convention qui nous lie aux assurances. Une deuxième partie du séjour s'ouvre alors, avec une date de fin fixée, qui fera l'objet de nombreuses discussions et séances avec M.. Il déploiera d'importants efforts afin de la dénier, « oubliant », « refusant qu'on la lui rappelle », ne pouvant pas se projeter dans une reprise de suivi ambulatoire, au risque de s'engager dans une illusion d'éternité, dans un « temps suspendu » au sein de la clinique de jour. Les cauchemars, déjà angoissants, deviennent terrifiants, amenant des images d'anéantissement de soi et du monde. La fin s'approche, un événement irréversible qui fermera le monde de la clinique de jour dont M. parle, sous certains égards, comme de son enfance « parfaite ». C'est une fermeture qui créerait un temps d'avant dont M. ne peut pas se séparer. Et bien qu'un nouveau séjour pourrait être organisé ensuite, ce ne sera... plus jamais comme avant.

La temporalité des assurances nous permet ici de ne pas être assimilés et de ne pas devenir semblables à ce qui menace d'anéantissement : fixer la fin. Pour le processus thérapeutique, l'un des enjeux devient de faire de cette « fin » quelque chose d'intégrable ou, a minima, quelque chose qui ne détruise pas, à quoi M. puisse survivre, psychologiquement parlant. Pour reformuler nos précédentes propositions : il s'agit de reprendre cette fin pour en faire un événement qui puisse générer sa propre temporalité interne, c'est-à-dire la subjectiver. La confrontation à cette temporalité étrangère, pourra, en appui sur la rythmicité, se jouer sur la scène institutionnelle, comme une scène qui concerne la temporalité, mettant l'accent sur la place de l'environnement, qui accueille et atteste de ce que le sujet lui transmet. La place du témoin de ce qu'il se passe... et de ce qui passe.

LA SCÈNE INSTITUTIONNELLE

Ce qui est montré de la souffrance s'affichera dans les interstices, ces moments qui ne sont pas à proprement parler consacrés aux activités/séances thérapeutiques. Ils ont une dimension spatiale (des lieux) et temporelle (des moments) (16), permettant une gestion de la distance à l'autre (17) en tant qu'espaces de « traitement représentationnel des expériences intersubjectives » (18).

Dans ces espaces, M. cherche la proximité de l'équipe. Il est toujours visible dans les espaces communs, parfois envahi d'angoisses qui l'emmènent dans des mouvements de balanciers, évocateurs d'une tentative de se calmer/bercer soi-même, une rythmicité archaïque passant par le corps. Il sollicite autant qu'il peut, profitant des portes ouvertes des bureaux pour rapidement poser une question, puis une autre, et encore une autre, s'arrêtant difficilement. Il est rassuré de nous voir, inquiet lorsque nous ne sommes pas disponibles. Il s'agrippe. Les vacances de ses thérapeutes référents l'angoissent. Plus largement, la séparation l'angoisse, car pour pouvoir se séparer, il faut que le temps s'écoule à l'intérieur de soi et cette question est mise en scène dans les interstices, reprise dans la rencontre avec les professionnels.

Dans le même temps, il cherche l'équilibre dans la relation aux autres patients desquels il est apprécié. Pourtant, ces derniers terminent leurs propres séjours, les uns après les autres. C'est là un marqueur que son propre séjour avance. Nous en parlons de plus en plus dans les thérapies en individuel. La clinique de jour lui rappelle que le temps « passe », qu'un jour le suivi s'arrêtera, qu'il est nécessaire d'y penser pour y donner forme.

Car, au-dehors, M. évoque un quotidien fait de contenants (du « temps ») sans contenus (sans événements, sans temporalité), des routines sans rythmicité à proprement parler, des activités qui suspendent le temps (jeux-vidéo, cinéma, etc.). Il trouve de la réassurance dans ces contenants, tout comme il se sent bien dans le bâtiment de la clinique de jour, là où, finalement, le temps ne passe pas vraiment. Durant le séjour, il rencontre progressivement une rythmicité au travers du programme groupal mais également dans les rencontres (psycho)thérapeutiques. Une rythmicité, avec ses surprises, qui vient bousculer les routines figées, contenue par la prévisibilité de ce qu'il se produit dans les échanges, soutenue par la confiance que M. construit dans le lien à la clinique de jour et la chorégraphie des rencontres qui maintiennent la continuité du sentiment d'identité. L'imprévisible ferait rupture, se situant hors-temps, ravivant des traumatismes que l'on ne peut que deviner.

LA FIN EST UN ÉVÈNEMENT

Nous proposons que dans ce contexte, dans un contenant fiable, en appui sur la rythmicité qui y est proposée, la fin peut être un événement, au sens proposé préalablement, qui vient « générer » son temps, c'est-à-dire se localiser ici et maintenant.

En fixant un événement (une fin), un « avant » et un « après » peuvent exister, engageant de *facto* la temporalité et ouvrant à la possibilité de se raconter son histoire. Cette histoire, pour M., se construit dans la rencontre avec son angoisse, dans les investigations diagnostiques que nous menons avec lui, dans son rapport à la structuration et aux routines, dans sa perception de sa famille et de la manière dont il s'inscrit dans une généalogie.

Comme pour l'événement que constitue la puberté, l'événement *irréversible* de la fin ne se suffit pourtant pas à lui-même et nécessite un processus d'appropriation subjective. En effet, fixer une date de fin n'est pas thérapeutique en soi, même si elle peut venir faire office de « catalyseur » du processus thérapeutique et des enjeux transférentiels, au même titre que cela a pu être mis en évidence concernant les interventions psychodynamiques brèves (19). Que la fin soit ici tributaire de conventions avec les assurances peut s'avérer utile, introduisant un « temps » de l'extérieur qui permet de garantir que le contenant au sein duquel va se jouer la souffrance engagée (la clinique de jour) maintient des qualités essentielles au soin : la fiabilité et la confiance.

La clinique de jour sera témoin et dépositaire du sens à donner à cette fin, dans la rencontre, *ici et maintenant*, avec le patient. L'intersubjectivité s'avère ici centrale afin de soutenir le processus qui s'engage, de soutenir l'objectif du séjour : pouvoir le terminer.

A notre sens, la reprise des étapes décrites précédemment permettant l'émergence de la temporalité, au sein de la clinique de jour, va permettre de soutenir une rencontre avec la fin du séjour qui ne soit pas pure désorganisation et destruction.

En écho aux enjeux de l'adolescence, il faut que l'événement puisse être intégré comme l'irréversible qu'il représente, permettant de créer rétroactivement un « temps d'avant ». La fin de séjour pourrait venir « faire événement » (20), un événement irréversible en lieu et place d'un temps irréversible qui n'a pu se construire, afin de générer sa propre temporalité. C'est la rythmicité du séjour et des rencontres thérapeutiques qui participeront à la rencontre avec la temporalité, en appui sur la confiance que, malgré les surprises et les séparations, les retrouvailles auront lieu, permettant de mettre au travail cette fin fixée d'avance, prise dans la temporalité des assurances.

Afin de soutenir ce processus, nous mettons en place diverses stratégies avec M.. En concertation avec lui, nous diminuons très progressivement son temps de présence sur toute la deuxième partie du séjour, introduisant des variations dans la rythmicité, la rendant vivante. En parallèle, nous mettons en place, avec lui, des activités hors de la clinique de jour (suivis à domicile, groupe thérapeutique ambulatoire, activités occupationnelles...), avec comme objectif de déplacer les aspects structurants et rythmés sur l'extérieur. Il en ressent la réassurance de retrouver quelque chose de ce qui l'a apaisé à la clinique de jour. C'est une réassurance suffisante pour écarter l'option d'une hospitalisation d'urgence que nous avons discutée avec lui lors des dernières semaines, tant l'envahissement anxieux devenait intense, au risque d'une profonde désorganisation.

M. demande également de poursuivre le suivi psychiatrique et psychothérapeutique au sein du service ambulatoire de l'institution, qui se situe dans le même bâtiment, afin de maintenir sa présence dans ce lieu. L'enjeu semble ici non seulement de rester dans le bâtiment (incorporation), mais également de se séparer sans rupture, emportant avec soi quelques qualités des rencontres trouvées durant ce séjour. Peut-être aussi de continuer à donner forme à cet événement qu'est la fin du séjour, en s'appuyant sur l'institution qui a été témoin de la souffrance engagée, s'assurant d'une continuité de ses expériences.

CONCLUSION

Lorsque la durée du séjour en clinique de jour est déterminée, au moins partiellement, par des contraintes externes, telles que celles liant l'institution et les assurances, une logique étrangère s'impose au psychisme. Cet enjeu engage un empiètement tant du sujet que de l'équipe interprofessionnelle, mettant à mal la temporalité du soin. C'est un élément qu'il est nécessaire de considérer afin de pouvoir penser l'accompagnement des patients bénéficiant d'une prise en charge dans ce type de contexte, afin d'en faire un élément utile au processus thérapeutique.

Nous avons cherché à rendre compte de la manière dont nous intégrons cette donnée dans nos réflexions. Le simple fait de fixer une fin n'est pas thérapeutique en soi et peut faire violence. C'est ce qu'il en est fait qui est important. Ainsi, sous certaines conditions, nous proposons que la fin peut venir « faire évènement »,

un évènement irréversible en lieu et place d'un temps irréversible qui n'a pas pu se construire, afin de mettre en mouvement la temporalité psychique en créant un temps d'« avant » et un temps d'« après ». Pour ce faire, une reprise des enjeux liés à la rythmicité au sein d'un espace contenant et rassurant apparaît nécessaire. Les surprises qui en émergent et qui induisent la question de la temporalité, dans la rencontre avec un autre qui sera témoin et dépositaire de ces mouvements, seront des éléments centraux à mettre au travail. Un accompagnement individualisé dans le processus de fin de séjour, prenant en compte les éléments rassurants et déstabilisants durant le séjour, permettront de soutenir la sortie, afin de proposer une continuité dans la discontinuité entre « l'avant » et « l'après ».

BIBLIOGRAPHIE

1. Klein E. Les tactiques de Chronos. Paris : Flammarion ; 2004.
2. Einstein A. Zur Elektrodynamik bewegter Körper. Annalen der Physik. 1905 ; **17** : 891-921.
3. Adde A. Sur la nature du temps. Paris : Presses Universitaires de France ; 1998.
4. Schmid-Kitsikis E. La déM.he analogique : Esquisse d'une réflexion épistémologique. Revue française de psychanalyse. 2008 ; **72**(1) : 185-200. <http://dx.doi.org/10.3917/rfp.721.0185>
5. Freud S. L'inconscient. Dans : Bourguignon A, Cotet P, directeurs. Œuvres complètes psychanalyse - vol. XIII : 1914-1915. 3e éd. Paris : Presses Universitaires de France ; 2005. 205-244.
6. Lhomelet-Chapellière S. Continuité et temporalité : un Je d'historien ? De la naissance d'une autobiographie sans cesse remaniable aux dysfonctionnements psychotiques. Dans : Denis P, directeur. Continuité des soins, continuité psychique. Toulouse : Erès ; 2010. 333-379.
7. Romano C. L'évènement et le temps. Paris : Presses Universitaires de France ; 2012. doi:10.3917/puf.roman.2012.01
8. Ciccone A. L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2005 ; **53**(1-2) : 24-31. doi:10.1016/j.neurenf.2005.01.002
9. Ciccone A. Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé. Dans : Mellier D, Ciccone A, Konichekis A, directeurs. La vie psychique du bébé. Emergence et construction intersubjective. Paris : Dunod ; 2012. 123-148.
10. Marcelli D. L'attente trompée ou le manquement maternel. La Psychiatrie de l'enfant. 2000 ; **43**(1) : 23-54.
11. Blanchard B, Balkan T. La temporalité à l'adolescence : les avatars du processus de temporalisation pubertaire. La Psychiatrie de l'enfant. 2009 ; **52**(2) : 373-402. doi:10.3917/psyse.522.0373
12. Marty F, Gutton P, Givre P. Le fait accompli dans la psychothérapie de l'adolescent. Rouen : Publications de l'Université de Rouen ; 2003.
13. Gutton P. Le pubertaire. Paris : Presses Universitaires de France ; 1991.
14. Marty F. Initiation à la temporalité psychique. Que serait la temporalité psychique sans l'adolescence ? Psychologie clinique et projective. 2005 ; **11**(1) : 213-256. doi:10.3917/pcp.011.0231
15. Feder F. Une figure du temps à l'adolescence : le temps suspendu. Revue française de psychanalyse. 2001 ; **65**(3) : 795-805. doi:10.3917/rfp.653.0795
16. Roussillon R. Espaces et pratiques institutionnelles : le débarras et l'interstice. Dans : Kaës R, directeur. L'institution et les institutions : études psychanalytiques. Paris : Dunod ; 1987. 157-178.
17. Marciano P, Benadiba M. Temps et espaces interstitiels : dans un hôpital de jour pour enfants. Vie sociale et Traitements. 2007 ; **95**(3) : 79-89.
18. Delion P. Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne. Cliniques. 2011 ; **1**(1) : 24-37.
19. Despland JN, Michel L, de Roten Y. Intervention psychodynamique brève : un modèle de consultation thérapeutique chez l'adulte. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2010.
20. Marro J. Agirs hétéro-agressifs graves à l'adolescence et temporalité psychique. Psychothérapies. 2019 ; **39**(1) : 21-28.

LES AUTEURS :

Jérémy MARRO^{1,2}, Rahma NEFZI¹, Véronique BUSSARD¹

¹Réseau Fribourgeois de Santé Mentale, Clinique de jour du Sud

²RFSM-Bulle, Rue de la Condémine 60, 1630 Bulle (Suisse)

Jeremy.Marro@rfsm.ch

LEVONS L'ANCRE, CAP VERS LE RÉTABLISSEMENT !

- Eftychia VALASSOPOULOU, Laurent SOMERS -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La temporalité dans le cheminement d'une personne confrontée à la maladie mentale tient souvent lieu de pierre angulaire. L'hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle tente d'apporter une forme de rythmicité dans la vie de chaque participant. Il propose un cadre structurant et rassurant lorsque celui-ci fait défaut dans le quotidien des participants. Depuis peu, nous nous sommes écartés de la notion de temps « chronos » plus linéaire et rigide.

En sus, notre unité propose une finalité de prise en charge affinée : la vision de la guérison est délaissée au profit de celle du rétablissement. L'hôpital de jour accompagne les usagers vers un état de « mieux-être » sous la supervision médicale. Les soins orientés vers le rétablissement permettent d'abolir la notion même de durée tout comme celle de finalité. Ils se constituent tels une direction, un cap qui par définition ne pourra jamais être atteint mais vers lequel nous tendons. Cela permet de se focaliser sur d'autres aspects plus porteurs de sens pour chacun.

Nous proposons donc d'évoquer cette nouvelle destination vers laquelle s'oriente notre service ainsi que sa conséquence principale : la consolidation des rôles soigné/soignant.

Dès à présent, le gouvernail se partage !

MOTS CLÉS: Rétablissement, Hôpital de jour psychiatrique, Processus, Temporalité, Finalité

LET'S SET SAIL, HEADING TOWARDS RECOVERY!

Temporality is often the cornerstone of a person's journey through mental illness. The psychiatric day hospital at La Citadelle attempts to bring a form of rhythm into the lives of each participant. It provides a structuring and reassuring framework when this is lacking in the daily lives of participants. We have recently moved away from the more linear and rigid notion of 'chronos' time.

In addition, our unit offers a more refined approach to care: the vision of healing is abandoned in favor of that of recovery. The day hospital supports users towards a state of 'better well-being' under medical supervision. Recovery-oriented care allows us to abolish the very notion of duration as well as that of purpose. It is like a direction, a course that can never be reached, but towards which we are striving. This allows us to focus on other aspects that are more meaningful for everyone.

So, we'd like to show this new destination for our department and its main consequence: the consolidation of the nursing/caring roles.

From now on, we'll be sharing the rudder!

KEY WORDS: Recovery, Psychiatric day hospital, Process, Temporality, Purpose

INTRODUCTION

Dans la vision de notre société, chaque entreprise doit rendre des « comptes ». En d'autres termes, il faut que le travail atteigne des objectifs fixés et, si possible, dans un délai qui se doit d'être optimal. La durée limitée est donc devenue un critère important dans nos centres hospitaliers. Prenons pour illustrer ce propos, la durée moyenne d'hospitalisation pour un accouchement normal. Elle est passée de 5 jours en 2000 à 3,1 jours en 2016 (1). Dans le service de maternité, les finalités sont : la venue au monde du nouveau-né et le maintien de la

santé de la mère. Une fois ces deux critères remplis, la clôture de la prise en charge est envisagée. Ce modèle est difficilement transposable à nos hôpitaux de jour psychiatriques. L'évaluation du maintien d'une « bonne » santé mentale est un phénomène complexe qui peut être difficilement quantifiable. Cependant, il existe bien un critère temporel de fin : deux mois à l'hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle, mais la finalité est bien différente de ce seul critère temporel.

Lors de la création de notre structure, la disparition des symptômes ayant nécessité la prise en charge était l'un des objectifs principaux. Tout était alors mis en œuvre pour modifier, diminuer ou supprimer les conditions dans lesquelles le patient ressentait ses signes invalidants. Or, l'hôpital étant par définition un système fictif dans lequel le malade peut rejouer certains de ses rôles, le retour dans son environnement réel pouvait reprendre certaines dissonances.

Partant de ce constat, nous avons modifié la finalité de nos soins. Le canevas médical reste identique mais sa mise en œuvre est différente. Nous nous engageons vers un cheminement menant au rétablissement au détriment d'un but qu'est la guérison. Nous allons présenter les différents écueils et atouts de cette vision.

PROMPT RÉTABLISSEMENT !

Depuis notre création en 2017, notre hôpital de jour se centrait sur une évaluation et une diminution des symptômes invalidants pour ensuite proposer un parcours de soins en adéquation avec cet état. C'était la norme de nos soins psychiatriques. Depuis peu, nous nous sommes appuyés sur la définition de la santé mentale proposée par l'OMS : « La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté (2) ». Une bonne santé mentale n'est donc plus perçue comme étant vierge de psychopathologie mais plutôt comme un ensemble de domaines dans lequel la personne peut se sentir épanouie. Dans cette optique nous proposons une pratique orientée d'avantage vers le rétablissement. Ce dernier englobe une forme d'acceptation par la personne de son trouble et des difficultés qui y sont liées, l'espoir pour son futur (3) et la majoration de la capacité d'agir (4). Ces fondements sont tous perçus depuis le point de vue de l'utilisateur. Le rétablissement est davantage un cheminement personnel, une traversée plutôt qu'un état à atteindre. Nous coconstruisons le parcours de rétablissement aux côtés du patient qui nous guidera vers sa reprise d'autonomie (5) ainsi que vers l'amélioration de sa qualité de vie (6).

La notion de rétablissement est subjective (7) et s'articule autour de l'empowerment (capacité d'agir) et d'inclusion sociale (8). Le rôle de l'équipe soignante est aussi de soutenir et renforcer ces deux aspects. En rajoutant le rétablissement clinique (symptomatique) qui lui est objectif, nous obtenons le nouveau paradigme de prise en charge à l'hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle.

CHANGEMENTS ET INNOVATIONS DANS NOTRE PRISE EN CHARGE

Nous focaliser sur le rétablissement a entraîné plusieurs modifications dans notre prise en charge. Dans le cas d'une trajectoire coconstruite, il fallait laisser de la place et donc du temps à l'*individuel* sans pour autant renoncer au *groupe* qui fait l'intérêt et la force de notre hôpital de jour.

Un module rétablissement a été créé et est proposé à nos usagers tous les mois. Il se compose de 4 ateliers présentés aux usagers dans cet ordre :

1. UN ATELIER DE PSYCHOÉDUCATION SUR LES DIFFÉRENTES PSYCHOPATHOLOGIES

Chacun a la possibilité d'aborder la maladie mentale et les symptômes de son choix. Notre rôle est d'apporter une meilleure connaissance et évaluation des signes cliniques ressentis. Ce groupe de parole augmente l'acceptation de la maladie par une meilleure compréhension de celle-ci.

2. UN ATELIER D'AUTO-ÉVALUATION DES DIFFICULTÉS ET DES BESOINS RÉALISÉS À L'AIDE DE L'ÉCHELLE ELADEB (9)

Ce groupe de parole semi-structuré balaye la majorité des domaines de vie. Il y est demandé à chaque patient d'identifier ceux qui lui posent un problème important et pour lequel un besoin d'aide supplémentaire se fait ressentir. Il objective les freins mais aussi les possibilités de les surmonter grâce au sentiment de *capacité d'agir*.

3. UN ATELIER PRÉSENTANT LE RÉSEAU DE SERVICES PARTENAIRES EN CAPACITÉ DE FAVORISER LE RÉTABLISSEMENT DANS LE BASSIN LIÉGEOIS

Lors de ce groupe de parole, nous présentons les différents services qui permettent de rencontrer les difficultés identifiées auparavant. Notre présentation débute par les services proposant du soin : services hospitaliers, équipes mobiles, centres de réadaptation fonctionnelle. Le réseau de consultations ambulatoires avec les services de santé mentale ou les professions libérales est évoqué. Les moyens d'y accéder ou encore les coûts inhérents sont exposés.

Ensuite, nous quittons le champ du soin pour tenter de couvrir les autres besoins ressentis. Nous discutons autour des services de réinsertion socio-professionnelle, les services de bilan et/ou d'orientation, les possibilités de volontariat ou tout autre association de quartier qui

renforce l'inclusion sociale. Une fois encore les aspects concrets de conditions d'accès sont exposés. Cet atelier concrétise les possibilités d'aide et de soutien disponibles pour répondre aux difficultés identifiées. Il majore l'espoir.

4. UN ATELIER D'AUTO-ÉVALUATION DES RESSOURCES ET DE SOUTIEN À L'ACTIVATION DU RÉSEAU SÉLECTIONNÉ PAR L'USAGER

Ce groupe de parole se scinde en deux temps (10).

Lors du premier chacun va pouvoir cartographier l'ensemble de ses ressources. Au niveau personnel, un travail d'introspection sur ses propres valeurs et atouts est demandé. Les connaissances factuelles et procédurales sont ensuite explorées. Enfin le réseau proximal est cartographié avec précision.

Lors de la seconde partie, il est proposé à l'usager de sélectionner, au regard de ses propres ressources et en fonction des différents besoins mis en lumière, différents services capables de favoriser la bonne mise en œuvre du projet de rétablissement personnel. Ce choix pourra être discuté en groupe et l'expérience de certains usagers de ces services pourra être un levier important. Cet atelier renforce la capacité d'agir via les décisions et contacts qui sont pris ultérieurement par l'usager.

Ces quatre ateliers s'enchaînent sur deux matinées. Ils permettent dans la majorité des cas d'obtenir une vue globale de la direction que chacun souhaite prendre pour initier un parcours vers son rétablissement. Comme pour tous les autres groupes de parole proposés, la participation et la prise de parole est libre.

Ces innovations peuvent être illustrées par la vignette clinique de M., jeune usager de 25 ans, qui nous a été adressé par notre service d'hospitalisation en psychiatrie après stabilisation d'une primo-décompensation psychotique. Lors de sa participation au module, M. a identifié plus précisément les conséquences de sa psychopathologie grâce au premier atelier. Il a ensuite priorisé ses demandes d'aides inhérentes à son trouble grâce au second module : ELADEB. Celles-ci gravitaient principalement autour de la gestion de sa pharmacothérapie et de l'entretien de son appartement. Au troisième atelier, il a ensuite pris connaissance du réseau de soins disponible près de son domicile. Lors du dernier atelier, il a souhaité une intervention de la Centrale de Soins à Domicile pour faire face à ses deux problèmes principaux.

LA PERMANENCE RÉTABLISSEMENT ET L'AGENT DE LIAISON EXTRAHOSPITALIER

Pour répondre aux difficultés liées à la psychopathologie, à la compréhension ou d'autres aspects cognitivo-comportementaux, une « permanence de rétablissement » est proposée chaque semaine pendant l'hospitalisation de jour. Lors de ces entretiens individuels mais pluridisciplinaires (y sont disponibles un assistant social, un psychologue et un infirmier), chaque usager va pouvoir affiner et/ou concrétiser ses choix en tenant compte des limites qu'il aura identifiées lui-même et que l'équipe aura pu observer durant toute sa prise en charge. Chaque participant a donc la possibilité de rencontrer simultanément et en un seul lieu trois professions différentes pour apporter un regard croisé sur ses situations problématiques. Autant que faire se peut, chacun ressortira de cet entretien avec des réponses, adresses, contacts concrets qu'il pourra activer.

Dans certains cas de pathologies invalidantes, un accompagnement personnalisé pourra être proposé. L'équipe pourra entreprendre à la demande de l'usager, les premiers contacts. Il sera ensuite possible de détacher un membre de l'équipe pour ce premier rendez-vous afin de s'assurer de la bonne cohésion du projet de rétablissement.

IMPLICATIONS SUR LES NOTIONS DE DURÉE ET DE FINALITÉ DES SOINS PROPOSÉS DANS NOTRE HÔPITAL DE JOUR

Ce dispositif propose donc d'individualiser le projet de rétablissement à partir du point de vue de l'usager lui-même. L'équipe reste disponible pour accompagner ces choix. Le gouvernail se tient donc désormais à deux mains : l'usager choisit et, si nécessaire, l'équipe renforce ce cap. Cela a une conséquence sur les projets post-hospitaliers. Ils se sont fortement diversifiés.

Lorsque l'équipe était dans une position plus paternaliste, les débouchés étaient davantage orientés vers les soins. Depuis que notre posture s'est horizontalisée, les suites de l'hospitalisation prennent des formes variées. Souvent axées sur l'insertion sociale ou professionnelle, elles prennent des formes plurielles. Cette conséquence a permis et permet de rencontrer différents services orientés vers le rétablissement qui n'étaient que peu ou prou des partenaires auparavant. Les services sociaux, les communes disposant d'un plan de cohésion sociale, les centres de formations, le volontariat ou toute initiative citoyenne ou à visée d'inclusion sociale sont désormais des partenaires.

Enfin ces changements ont eu un impact sur la temporalité de notre service. Auparavant, nous travaillions avec le temps chronologique et une durée bien définie : deux mois. Les objectifs étaient établis dès le début de la prise en charge et devaient être atteints dans le temps imparti par l'hôpital. Ces cibles étaient majoritairement la réduction, voire la disparition des symptômes ainsi que l'inclusion du patient dans le circuit de soins. Il était donc possible de ne pas accomplir entièrement notre mission, notamment en cas de symptomatologie résistante. Dans cette optique, le temps pouvait être ressenti comme « pressant » que ce soit de la part du patient ou de la part des soignants. A l'instar du service de maternité évoqué en introduction, lorsque les objectifs et le temps sont mis en concurrence, le sentiment de pression peut surgir. De plus, les objectifs se concentraient sur les signes cliniques de la maladie qui parfois ne cèdent pas à la thérapie institutionnelle proposée.

Avec notre nouvelle optique, la réduction du ressenti de ces signes fait toujours partie de notre prise en charge mais ne s'y limite plus. Le rétablissement s'entendait comme une trajectoire, une direction ou encore un sens, ce n'est plus un objectif à atteindre. Il est dès lors plus difficile d'échouer dans sa quête. De plus, la décision finale d'orienter la personne vers le réseau ou de s'en abstenir appartient désormais à l'utilisateur. Nous sommes à sa disposition via le module et la permanence dédiés. La capacité d'agir sur son propre cheminement et l'espoir d'y avoir un impact est renforcé, tout en conservant les limitations liées à la maladie.

Concernant la temporalité, la modification est similaire. Notre durée de prise en charge reste équivalente à savoir deux mois : la durée ne semble donc pas impactée. C'est la chronologie dans laquelle nous nous inscrivons qui est modifiée. L'hospitalisation de jour se considère davantage dans un cheminement ; nous accompagnons l'utilisateur vers la direction qu'il souhaite emprunter dans son parcours de rétablissement. Nous devenons donc une étape du voyage et non plus la destination à atteindre à tout prix.

CONCLUSION

La trajectoire de soins orientés vers le rétablissement dans lequel s'est pleinement inscrit notre service vient questionner le positionnement même de l'hospitalisation de jour. Le rétablissement étant un processus personnel, non linéaire, il abolit la notion de finalité. Nous participons au cheminement dans lequel s'inscrit chaque participant. Pour ce faire, l'équipe de professionnels met à disposition son expertise pour garantir un accès optimal aux services adéquats. L'utilisateur propose quant à lui son expérience de la souffrance psychique et son savoir expérientiel. C'est grâce au croisement de ces deux points de vue que se tisse un projet de rétablissement concret. La co-construction est donc au cœur de ce processus.

Les soins orientés vers le rétablissement doivent être soutenus par une valeur d'espoir que l'équipe doit insuffler tout au long de sa prise en charge. La perspective est que, malgré les stigmates que la maladie mentale peut laisser, une vie riche et pleine de sens reste possible. Chaque membre de l'équipe est donc imprégné de cette valeur et la distille. Nous nous écartons de l'ancienne position paternaliste, hiérarchiquement supérieure, la position de « celui qui sait ce qui est bon ». Cette « horizontalité » des liens entre les utilisateurs et l'équipe renforce ce processus et c'est bien là le gain principal de cette nouvelle optique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sciensano, KCE, INAMI, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire environnement [En ligne]. Soins à la mère et au nouveau-né [Cité le 03/08/2024]. Disponible : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-a-la-mere-et-au-nouveau-ne>
2. World Health Organization [En ligne]. Santé mentale : renforcer notre action. [Cité le 30/07/2024]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Davidson L, O'Connell MJ, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? Prof Psychol: Res Pract. 2005 ; **36**(5) : 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
4. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2003 Oct ; **37**(5) : 586-94. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
5. Pachoud B. Pourquoi la visée du rétablissement en santé mentale implique une priorisation de la dimension éthique ? Annales Médico-psychologiques. 2017 ; **175**(9) : 816-820. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.09.005>
6. Barbalat G, Plasse J, Gauthier E et al. The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. Scientific Reports. 2022 ; **12**(1) : 7852. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1>
7. Céphale S, Dujardin F, El Mali M et al. [En ligne]. La fleur de Patricia, carnet du rétablissement en santé mentale à destination de l'utilisateur, de son proche et du professionnel [Cité le 24/04/2024]. Disponible : https://enrouteweb.org/wp-content/uploads/2019/09/carnet_du_retablissement_-_la_fleur_de_patricia.pdf
8. Amado I. Comment la réhabilitation psychosociale guidée par la perspective du rétablissement peut redessiner l'offre de soins en psychiatrie ? Bull Acad Natl Med. 2021 ; **205**(5) : 528-36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2021.02.028>
9. Pomini V, Reymond C, Fernandez S, et al. Manuel d'utilisation des échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEV-R, version révisée). 2011 <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.10683.05922>
10. Bellier-Teichmann T, Fusi M, Pomini V. Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. Prat Psychol. 2017 ; **23**(1) : 41-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.004>

LES AUTEURS :

Eftychia VALASSOPOULOU, Laurent SOMERS

Hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle
Boulevard du 12ème de ligne 1, 4000 Liège (Belgique)
eftychia.valassopoulou@citadelle.be

SYNTHÈSE DU COLLOQUE

- Docteur Patrick Alary -

Ce dernier texte est dédié à Jean Bertrand

*Ce n'est pas le doute,
c'est la certitude qui rend fou...
Friedrich Nietzsche
Ecce Homo*

TROUBLED TIMES

Bonjour à tous,

Tout d'abord, il convient de remercier notre hôte, Philippe Rey-Bellet, pour la qualité de l'organisation de ce colloque. Nous nous sommes découvert quelques affinités électives, pas simplement cliniques, et je m'en félicite.

On ne peut manquer d'associer à ces remerciements toute son équipe, Blues Actors, chaleureux, disponibles, efficaces tout au long du séjour, équipe animée de main de maître par Lyssander Jessenberger, toujours là au moment opportun.

Merci également à vous tous pour avoir rendu ce 11^{ème} colloque si vivant.

À vrai dire, j'étais venu à mon dernier colloque avec le sentiment du devoir accompli, l'informatisation de toutes les revues et de quelques actes. Revoir aussi les amis une dernière fois dans ce cadre si singulier, unique et d'en humer le parfum, convivialité, sérieux, humour, échanges sur les pratiques, science...

Surtout, retrouver cette liberté de penser, de parler, de controverser qui lui est propre et si rare aujourd'hui.

Vous rendez-vous compte qu'ici, on peut parler de cancer social, d'intelligence, de fin de l'Homme, de marché – pour le stigmatiser –, de création, d'institution, de bricolage, de constellation transférentielle, de dialogue, de mort même, mais aussi de clinique, de psychose ou d'hystérie, oui, vous avez bien entendu, d'hystérie ! J'ose employer le mot devant vous car j'ai eu la même audace devant le comité scientifique pour faire le constat que cette pathologie n'existe pas, plus, existe-t-il d'ailleurs encore des pathologies en psychiatrie puisque le DSM ne parle que de troubles...

Un trouble... C'est quand même moins grave qu'une maladie, non ?

À l'unisson la plénière, hier, nous a rappelé que nous vivions bien une époque troublée.

Fini l'amour du prochain ! Dany-Robert Dufour fait un sombre constat, le Diable est à l'ouvrage, servant le « divin marché », Hayek et Friedmann sont ses prophètes et ils ont mis en œuvre la fable des abeilles (19) ... La cupidité et l'avidité à l'origine du ruissellement...

« Nous vivons des temps difficiles

« Nous vivons des temps difficiles...

« À quoi bon l'amour et la paix sur terre

« Si ce n'est que pour soi ?

« Où est la vérité dans les mots écrits

« Si personne ne les lit ? » (4)

L'altérité, c'est fait. L'incitation à envoyer le plus rapidement possible vos textes pour qu'il reste un témoignage de vos ateliers dans la prochaine revue aussi : personne ne lira les mots qui ne seront pas écrits...

Revenons à l'hystérie, symbole de la nosographie post-moderne. Elle n'existe plus, pas plus que la clinique phénoménologique de Henri Ey (8). Hélas, les hystériques n'en ont pas été avisés...

Et cette disparition¹, comme dirait Georges Pérec, est signifiante. De ce que Confucius appelait la rectification des noms. Il ajoutait « *quand les noms ne sont pas corrects, le langage est sans objet*² ». Que devient la sémiologie quand l'hystérique n'est plus qu'un histrion, autant dire un clown, ou qu'il se noie dans le fourre-tout de la bipolarité, avatar de la psychose maniaco-dépressive, voire des troubles neurologiques

1 « Il alla à l'hôpital. On l'installa dans un dortoir où il y avait vingt-six lits dont vingt-cinq garnis d'individus plus ou moins moribonds. On lui administra un tranquillisant puissant (Largactil, Procalmadiol, Atarax) ... »

2 Qui m'a servi de titre pour un article traitant de Jean-Marie Le Pen [5]

fonctionnels, avatar de la conversion (ici conversion à une *lingua linea*) au nom de la déstigmatisation ? Dédicabolistisation ?

Qu'on se rappelle comment les régimes totalitaires utilisent la rectification du langage. Je vous renvoie ici à *LTI*, de Victor Klemperer (12), et à *La Langue Confinée* (11) de Frédéric Joly.

Et vous invite à méditer sur ce slogan, MAGA. Est-il autre chose qu'une resucée acronymée de *Deutschland Über Alles* ?

À 13 heures donc, Jean-Marc m'interpelle et commence à sortir la brosse à reluire, « *c'est pour la synthèse* ». Manifestement, il pense que je suis doué pour parler avec conviction de ce que je ne connais pas. Aujourd'hui, donc, de ce que je n'ai pas entendu. Voilà pour l'évocation de l'excellent groupe d'improvisation qui a animé la soirée de gala...

Mais de quelle synthèse me charge-t-on ? Celle de mes 37 ans de Groupement ? De mes 12 ans de présidence, succédant au fondateur Jean Bertrand ? De mes maintenant 3 synthèses, deux congrès organisés et 3 interventions en plénière ?

Aucun intérêt.

Nous sortons, avec la Covid 19, d'une longue période d'ultracrepidianisme où abondent, dans les médias et les réseaux sociaux, ceux qui parlent avec aplomb de ce qu'ils ne connaissent pas. La soi-disant équivocité de la parole...

Hier matin, l'agent orange américain a nommé à la tête de la Santé un type qui a un ver dans la tête et a défendu les potions magiques marseillaises, combattu la vaccination et propagé le pire du conspirationnisme.

Un nom.

Là du père et de l'oncle, autorités reconnues, assassinées d'ailleurs de ce fait, aujourd'hui cautions et paratonnerres.

Comme cette époque du patriarcat-roi paraît aujourd'hui lointaine au psychéanthrope...

« *Quelle leçon de l'Histoire avons-nous retenue*

« *Quand elle se répète ?* » (4)

Cette chanson se termine par ces mots, « *Paradise burning* ». Le paradis brûle... Une sorte de préambule au cauchemar de la société horizontale décrite par Jean-Pierre Lebrun (14). Rappelons le cœur de sa thèse : avec le déclin de la religion chrétienne et le développement de la science (« *jusqu'à déplacer le réel, puisque l'homme en arrive à dissocier jouissance et reproduction, ce qui est absolument inédit dans son histoire* »), depuis Luther, ajoutons Érasme puisque nous parlons ici de folie, le Père n'est plus la référence du symbolique. En renversant le patriarcat, dans un but louable d'égalité et de démocratie, nous sommes subrepticement passés

à une organisation collective modelée par la science et l'égalité démocratique, ayant jeté sans le compenser ce qui relève d'un « *principe paternel* » indispensable à la structuration psychique via l'entrée dans le langage. La conséquence ? Un monde sans limites, un chaos collectif et une emprise de la violence.

La crise Covid 19 a montré à quel point le rapport à la science et à l'autorité était malmené : qu'est-il advenu à la médecine fondée sur les données acquises de la science avec la pandémie du SARS-CoV 2 ? Que sont devenus les mots vérité, science, liberté...

Et qu'est devenu le rapport du singulier au collectif, totalement remanié, le « *vivre ensemble* », le rapport à l'autre, aux autres ? Jean-Pierre Lebrun utilise l'image du passage d'une organisation verticale, pyramidale dont le sommet (Dieu, chef, Père) était considéré comme légitime, à une organisation horizontale, en réseau, sans chef. Il n'y a sans aucun doute rien à regretter à la disparition des abus de pouvoir du patriarcat, mais passer d'une société de la discipline (il est défendu de...) à une société de la performance, sans limites, faite d'archipels d'individus, « *îles* » s'ignorant les unes les autres et risquant de s'entredéchirer, n'est pas forcément plus enviable (20). Hier, Jean-Pierre Lebrun nous a de plus mis en garde contre les si-reines mères : il cite Michel Schneider (17), « *D'être moins paternel et masculin, le pouvoir ne se féminise pas pour autant. Il se maternalise* ». Ce qui, selon lui, est source de sujétion et de confusion... Voire de perversion !

Dany-Robert Dufour, comme dans *Baise ton prochain* (7), est à l'unisson et rajoute donc une couche avec Mandeville et ses abeilles (1)9 (pour la petite histoire, le livre de ce dernier a été traduit en 1740 par un certain... Jean Bertrand !) : « *... Une ruche florissante où prospèrent non seulement tous les métiers, mais aussi et surtout tous les vices, la cause de sa prospérité tenant précisément à ce que tous ses habitants sont peu ou prou voleurs. Hantés par la culpabilité, ils décident de devenir honnêtes. Dès lors, les (très nombreuses) activités qui vivent du malheur d'autrui disparaissent, et la ruche dépérit. Le message est clair : pour faire le bonheur de vos concitoyens, soyez malhonnête et débarrassez-vous de tout scrupule...* » Il faut confier le destin du monde aux « *pires d'entre les hommes* », les pervers, encore !, qui « *veulent toujours plus* » et ouvrent ainsi le vaste espace des perversions sociales d'où émerge une nouvelle classe sociale en quête d'une « *richesse infinie* ». L'actualité, non ?

Dany-Robert Dufour est pessimiste, « *notre monde est devenu immonde, saturé de pollutions et d'immondices* », associant au propos de Jean-Pierre Lebrun l'effondrement des tiers.

Narcisse a supplanté Œdipe... Et surgit l'ombre menaçante des pervers narcissiques de Racamier ?.. (16)

Et le temps dans tout cela ? Pendant la plénière, on pense à Francis Chateauraynaud (6). Nous sommes désormais « aux bords de l'irréversible », il s'agit d'abord de faire état de toutes les pistes de recherche qui permettent aujourd'hui de mieux prendre en compte le passage d'un temps ouvert et continu à un temps fermé et discontinu – potentiellement annonciateur de bouleversements majeurs aussi bien dans les systèmes écologiques que dans les systèmes sociaux.

Maintenant lancé, je peux évoquer les deux ateliers auxquels j'ai assisté.

J'ai vécu le premier, ironie de l'Histoire, comme un écho à la plénière. Malgré les biais reconnus par les deux animatrices, il y était question d'une évaluation fine et pertinente du parcours de soins de patients suivis au sein de leur hôpital de jour. Un superbe protocole, un travail réussi et fort bien présenté débouchant sur d'intéressantes conclusions que je vous invite à lire dans la prochaine revue. Nouvelle incitation aux auteurs...

Au passage, j'espère que vous serez venus en aide à Christian pour le libérer de ses revues excédentaires...

En entendant nos deux collègues, j'ai repensé au propos de Dany-Robert Dufour sur notre société livrée pieds et poings liés au marché.

Alors, qu'est-ce que l'évaluation ?

Est-ce, comme le proclame chez nous le Haut Conseil de la santé publique³, un de plus..., « ... *apprécier et comparer l'efficacité des stratégies, avec pour objectif l'aide à la décision et l'amélioration de la qualité des soins* » ?

Pour ces deux professionnelles, évaluer son travail va de soi, c'est une évidence. Or, quand j'ai commencé ma carrière, la télé était encore en noir et blanc il est vrai, l'évaluation n'intervenait que dans les travaux de recherche. Certes, nous recueillions des chiffres, file active, DMS (Durée Moyenne de Séjour), répartition par pathologies par exemple. Pour rendre compte de notre activité.

Dans les années 90 sont apparues les évaluations. Et les acronymes, avatar « zapping » de la novlangue, symboles de la réduction de la pensée subjective. Fruits de la vague néolibérale qui a suivi mai 68 évoqué hier par nos orateurs.

« 68 »... Pour nous, « *Peace and love, Sous les pavés la plage, Il est interdit d'interdire* » ...

En fait, nous avons grand ouvert la porte où se sont engouffrés Pinochet, Videla, Thatcher, Reagan et, avec eux, les Chicago's boys de Friedmann et Hayek.

Si l'économie était une science, cela se saurait. Aussi, le slogan de Milton Friedmann, c'était « *Science is Measurement* ». La science est dans la mesure, ici

l'évaluation. Ainsi, il nous a fallu tout évaluer, petit à petit, jusqu'à la satisfaction des patients. Pardon, des usagers. Eux, nous, tout est aujourd'hui marchandise, on nous l'a rappelé hier. L'évaluation clinique seule, encore pire non tracée, ne vaut plus rien. Plus de palabres, des écrits, des actes. Des traces... Vestiges qu'un homme ou un animal laisse à l'endroit où il a passé si l'on en croit le Littré...

La parole a perdu tout crédit. Et si le langage structurait notre pensée, j'ose à peine dire notre inconscient...

Rappelons de quoi nous parlons avec cette petite vignette clinique issue de l'atelier de l'hôpital de jour Saint Jean de Dieu à Leuze, en Hainaut. (Vidéo satirique)

Ainsi, l'évaluation est en réalité un outil néolibéral qui a pour seul objet de servir le marché.

Ce matin, l'évaluation de Nadia et Muriel avait ceci de paradigmatique : si, dans un cadre institutionnel, au cours d'une après-midi de synthèse clinique pluriprofessionnelle, nous faisons le point sur nos patients, nous aurions possiblement abouti aux mêmes conclusions.

Mais si nous présentions, aujourd'hui, ces conclusions par la magie du seul verbe, nous serions à coup sûr rapidement renvoyés dans nos cordes : où est votre évaluation ? Le censeur normand auquel j'ai longtemps été confronté ajouterait « *combien de camemberts ?* ».

Et, dans la foulée, « *une après-midi de parlottes ! Vous savez combien ça coûte ?* ». Une perte de temps, sans doute !

Churchill, avec son ironie flegmatique bien connue, l'a dit bien avant nous, « *Le vrai génie réside dans l'aptitude à évaluer l'incertain, le hasardeux, les informations conflictuelles* » ...

En effet, il y a quelques années, les Américains avaient montré deux choses : les résultats chiffrés des questionnaires de satisfaction étaient toujours peu ou prou les mêmes mais, surtout, si l'on inverse le sens des cases à cocher, on change le résultat !

D'évidence, une croix dans une case, ce que j'appelle la crucimanie - je vois une croix, j'y crois ! -, est-elle autre chose qu'une croix dans une case...⁴

« *Fait assez curieux, la bureaucratie assure sa domination non pas en exigeant des données fiables ou contrôlées, mais se satisfait de ce que chaque case soit remplie. L'expérience a montré que répondre n'importe quoi à ces inquisitions n'a aucune conséquence. C'est une découverte étonnante qui peut vous simplifier la vie. On peut même dire que le recueil de données est une entreprise aléatoire. L'acribie n'est pas la qualité première des fournisseurs de chiffres officiels.* » (9)

3 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/chercher>

4 <https://bit.ly/49paQbl>

Alors, peut-on inciter à la subversion au sens lacanien du terme (13) et à la mise en place de ce que j'appelle le sandwich qualité : une évaluation clinique à l'ancienne, à l'intérieur de chiffres bien choisis et de graphiques parlants...

Dans la même veine, une discussion est intervenue sur la durée de séjour. 3 mois ? 6 mois ? 1 an ? 5 ans ?

Avatar ultime de l'évaluation, la standardisation. Des pratiques, de la pensée quand on nous autorise encore à penser. Car voilà où se niche la désobjectivation dont parlait Jean-Pierre Lebrun : dans « l'objectivation » de la clinique et la standardisation des pratiques.

Qui peut croire que la clinique et l'évolution d'une pathologie soient identiques pour chaque usager qui compose un groupe homogène de patients ?

Nous voilà ainsi replongés au cœur du thème central de ce colloque, le temps.

La Clinique Saint Jean, à Bruxelles, nous a renvoyé à la notion de temps vécu chère à Eugène Minkowski. Au passage, je vous encourage à lire ou à relire *Le Temps vécu* (15). La plénière a rappelé que cette notion du temps est liée, chez l'Homme à la conscience de sa mortalité. Tout au moins sa mesure. On le savait depuis la Genèse : le temps de l'être biologique sexué est compté, il a un début et une fin.

« La pendule au salon, qui dit oui qui dit non

« Qui dit je vous attends... » (2)

Les débats du XIX^{ème} siècle, qui trouvent leur origine dans la question de Saint Augustin, « **Quid est tempus ?** », Qu'est-ce que le temps ?, débouchent sur la confrontation du temps biblique, évoqué par Dany-Robert Dufour, et du temps géologique. Les disciplines scientifiques se sont construites des cadres chronologiques robustes et adaptés chacune à leur objet, depuis l'étude du climat jusqu'à celle de la vie des insectes. Temps dégradé des écosystèmes, temps détraqué des sociétés dans leur quotidien, temps frénétique de l'économie, temps faussement régulier des machines et des systèmes techniques, temps crépusculaire du politique de notre monde post-*Enlightenment*: toutes ces temporalités font face à une seule et même crise qui est celle, possiblement, de leur anéantissement. Comme l'illustre de manière dramatique l'effet de sidération que provoque aujourd'hui l'accélération du changement climatique. Or, on constate que malgré des outils scientifiques, techniques et politiques considérablement développés depuis un large demi-siècle, nos capacités à piloter les temporalités restent tout aussi défaillantes, sinon davantage encore, qu'aux époques antérieures au prométhéisme industriel (18).

Le temps n'est donc pas quelque chose de déterminé, Vladimir Jankélévitch, qui en avait fait son miel, nous le

rappelle : c'est un je-ne-sais-quoi et ce je-ne-sais-quoi n'est pas rien mais presque-rien... (10)

Aujourd'hui, on mesure le temps avec une infinie précision et, si nous regardons en même temps nos montres, connectées, elles sont toutes très précisément à la même heure... Uniformité...

Pourtant, le temps subjectif, le temps vécu, est-il uniforme dans ces temps de fuite vers la standardisation et la performance ? Est-il, en ce moment, le même pour moi, pour chacun de nous, pour nous tous ? Pour celui ou celle qui espère qu'il ne ratera pas la navette ? Pour Jean-Marc, qui doit assurer le timing ? Pour Corinne, qui doit nous parler d'avenir ? Pour Philippe, pour son équipe, qui voient poindre le terme de tant de mois de travail ? Pour ceux qui ne voient pas le temps passer et qui trouvent que ce colloque a filé bien vite ?

Pour l'institution ? Pour les Tutelles ? Que sais-je encore !

Est-il constamment le même pour un même individu ?

Le temps logique du schizophrène, inscrit dans la chronicité, est-il le même que celui du burn out ? Du fibromyalgique ? Du maniaque ?

Le même que celui de ceux qui vont passer avec eux un certain temps, appelé par convention soin ?

Minkowski rappelle que la pathologie organise le temps et l'espace autrement que comme nous les concevons d'habitude.

Et nous, à la fin de ce colloque ? Notre temps commun ne se dilate pas puisque nous sommes dans le même lieu au même moment. Nous nous croyons, ensemble, dans le présent. Mais à peine en avons-nous conscience, une fraction de seconde, c'est déjà le passé alors que beaucoup, parmi nous, se projettent dans l'avenir... Pour reprendre la formule d'Einstein, le temps est une illusion...

Alors 3 mois, 6 mois, 1 an, 5 ans, ce n'est, en réalité, que l'unité temporelle du financeur !

Et là, pour faire à nouveau référence à Jean-Pierre Lebrun, il y a de l'autorité et de la verticalité : Haute Autorité de Santé et Agence Régionale de Santé chez nous, en pères sévères et fouettards (certification : « *Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de Santé décide la certification de l'établissement* »...). Tutelles chez nos voisins, tous maniant carotte et bâton du financement !

Celles-là même qui ont annoncé à une équipe, par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, ils n'en sont pas encore au SMS, qu'elle avait 3 mois pour décamper avec ses autistes. Comment ne pas lâcher pour ses patients ?

Nous étions quelques-uns, jeudi, chez Chaplin. Sont-ce là Les Temps Modernes ? Des lieux déshumanisés

parce que désobjectivés où le vagabond, le migrant, l'autiste n'a plus sa place ? Il est vrai que l'Homme est le seul animal qui puisse être inhumain...

À la fin du film, on entend « Ne donnez pas votre vie à ces êtres inhumains, ces hommes-machines avec des cerveaux-machines et des cœurs-machines. Vous n'êtes pas des machines ! Vous n'êtes pas des esclaves ! Vous êtes des hommes, des hommes avec tout l'amour du monde dans le cœur. Vous n'avez pas de haine, seuls ceux qui manquent d'amour et les inhumains haïssent. Soldats ! Ne vous battez pas pour l'esclavage, mais pour la liberté ! ».

Et si on remplaçait soldat par soignant ? Et machine par marchandise ou marché...

Je vais, pour finir, eh oui, le temps passe, faire appel à ce que m'a inspiré le second atelier dont le thème était *Polyphonies, résonnances des voies de l'art et de la thérapie*.

Mazen Almesber nous a rappelé cette formidable invention du capitalisme, formulée en un oxymore, le processus de destruction créatrice de Schumpeter : la croissance est un processus permanent de création, de destruction et de restructuration des activités économiques. En effet, « le nouveau ne sort pas de l'ancien, mais à côté de l'ancien, lui fait concurrence jusqu'à lui nuire ». C'est « La donnée fondamentale du capitalisme [Innovation et progrès technique] et toute entreprise doit, bon gré mal gré, s'y adapter ».

La création, tout un art...

Alors, si l'on ne considère pas que la loi du marché nous amène seulement des progrès, mais que nos pères sévères tutélaires, inscrits dans la financiarisation généralisée, sont des repousse-cliniques, que, dans notre quotidien, la destruction est plus fréquente que la création, peut-on s'autoriser cette subversion du vagabond concernant les pratiques standardisées en recouvrant nos pratiques

cliniques et institutionnelles du vernis qualitatif et gestionnaire qu'ils attendent de nous, ce qui nous permettra de les poursuivre...

« Peut-être que Tien An Men

« Est plus près que ce qu'on croit

« Que nos petits combats

« Valent aussi la peine

« Mais on ne les voit pas... » (3)

Notre métier, c'est d'abord de prendre le temps, le temps et rien d'autre. « Le tien, le mien, celui qu'on veut nôtre ! » (1) Pour écouter la souffrance de l'autre, en faire, ensemble, un objet de soin. Créer pour cela, un espace thérapeutique où circule la parole de sujets pour une durée à déterminer pour chaque patient. Afin de faire émerger quelque chose qu'on appellera évolution, soin. Entre Sujets...

Notre temps n'est pas celui des horloges. C'est celui du Kairos...

Mais il est tard, M'sieurs-dames, il faut que j'rentre, chez moi, pour paraphraser Jacques Brel.

Avant cela, je vous invite à un petit exercice qui nous permettra, je l'espère, de nous rappeler que l'écoute est un art difficile, qui prend du temps, celui du patient, celui du soignant, volontiers compté, mais passage obligé.

Et il nous ouvrira aux rives futures du colloque puisque vient le moment où nous allons lever l'ancre.

Voici la formule magique, proposée par Hugo Libert, en Double-talk⁵...

1 Watcha watcha watcha watcha so watcha § §

So watcha § § § § killajah watcha

2 Watcha watcha hoo ya! hoo ya! § §

Hey! Hey! § § § § beemakillajah⁶

⁵ <https://bit.ly/4fNjvGE>

⁶ Légende

§ = un silence d'une pulsation

Watcha = une pulsation

So = une pulsation

Hoo ya! : chacun une pulsation, faire monter la voix du hoo vers le ya ! :

Hey! : une pulsation

Lire 1 et 2 tels un canon...

Cet exercice a été créé par Nancy Telfer et on peut en voir un exemple sur <https://bit.ly/4g7xCq9>

DISCOGRAPHIE

1. Aznavour Ch. Le Temps. Sur : Le Temps [enregistrement sonore]. Barclay ; 1964.
2. Brel J. Les Vieux [enregistrement sonore]. Barclay ; 1963.
3. Calogero. Tien An Men. Sur : Calogero [enregistrement sonore]. Mercury ; 2003.
4. Green day. Troubled Times. Sur : Revolution Radio [enregistrement sonore]. Reprise Records ; 2016.

BIBLIOGRAPHIE

5. Alary P. Puisque je passais par-là - De la psychiatrie de secteur à la réhabilitation polaire. L'Harmattan ; 2018, 177-192.
6. Chateauraynaud F, Debaz J. Aux bords de l'irréversible. Sociologie pragmatique des transformations. Pétra : Pragmatismes ; 2017, 648 p.
7. Dufour D-R. Baise ton prochain, Une histoire du capitalisme. Actes Sud ; 2019, 192 p.
8. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson ; 2012, 216 p.
9. Granger B. Excel m'a tuer, L'hôpital fracassé. Odile Jacob ; 2022, 120 p.
10. Jankelevitch V. Le Je-ne-sais-quoi et le Presque-rien - Tome 1 : La Manière et l'occasion. Le Seuil ; 1961, 147 p.
11. Joly F. La langue confisquée, Lire Victor Klemperer aujourd'hui. Premier Parallèle ; 2019, 281 p.
12. Klemperer V. LTI, la langue du III^{ème} Reich. Espaces libres ; 2023, 512 p.
13. Lacan J. Subversion du Sujet, dialectique du désir. Le Seuil ; 1966, 799-825.
14. Lebrun J-P. Un immonde sans limite (25 ans après Un monde sans limite). Érès ; 2020, 288 p.
15. Minkowski E. Le Temps vécu. PUF ; 2013, 432 p.
16. Racamier P-C. Les Perversions narcissiques. Payot et Rivages ; 1990, 124 p.
17. Schneider M. Big Mother : Psychopathologie de la vie politique. Poche Odile Jacob ; 2005, 379 p.
18. Theys J, Cornu P. Temps de la nature, temps de la société, temps scientifique à l'heure du changement global. Pour une approche interdisciplinaire de la crise de la temporalité. Natures Sciences Sociétés. 2019 ; **27**(4) : 381-389.

WEBOGRAPHIE

19. Mandeville B [En ligne]. La Fable des Abeilles. Disponible : <https://bit.ly/3OFOBUN>
20. Revue de psychologie analytique [En ligne]. Revue des livres et des revues. Disponible : <https://bit.ly/4in6l4X>.

L'AUTEUR :

Docteur Patrick Alary

Psychiatre

Président d'honneur du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles
64990 Urcuit (France)
patrick.alary@orange.fr

LE MOT DE LA FIN...

- Professeur Ludovic GICQUEL -

Avant de passer la passation de flambeau à nos collègues de Bourges, quelques mots de synthèse et de remerciements à l'équipe de la Fondation de Nant.

Ce très réussi 51^{ème} colloque de Vevey nous a permis d'écouter 3 excellentes conférences, à savoir celles de Mazen Almesber pour la Suisse, de Jean-Pierre Lebrun pour la Belgique et de Dany-Robert Dufour pour la France. Ces 3 conférences étaient à la fois complémentaires et accordées autour de l'argument du colloque sur la question de l'Hôpital de Jour avec fin, de l'Hôpital de Jour sans fin. Des échanges nourris ont suivi entre les orateurs et les participants au cours desquels des questions diverses et précises ont pu bénéficier de réponses structurées et enrichissantes.

Là où la crainte de la fin des Hôpitaux de Jour voire de celle du Monde ont pu être abordées, arguments à l'appui, bien des contre-arguments ont pu être avancés comme autant de sources d'espoir voire d'espérance dans un avenir où l'homme, du sujet à l'individu, conscient du risque de faire partie du vaste plan social autodestructeur déjà engagé et découlant de son appétence sans limite pour le productivisme et pour l'assouvissement de tous ses désirs, pourra réagir en distinguant l'essentiel de l'accessoire, au risque d'en devenir un, d'accessoire, au risque d'être la victime à court terme de son obsolescence programmée.

Le progrès, cet ami qui vous veut du bien, conjugué à l'accélération du temps nous conduit à un risque de dépossession de nos vies, en cela qu'elles sont de plus en plus pensées et organisées à l'insu de notre plein gré et avec notre consentement aveugle. « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme », nous disait Rabelais, mais pour éviter qu'il n'y ait plus âmes qui vivent, tâchons de distinguer le besoin du désir et le sens à l'agir.

Mentionnons la magnifique soirée de gala, pleine de convivialité, d'esprit et d'humour, en écho à l'intermède proposé entre les conférences et la discussion générale, où, après avoir réglé son compte à la faim, c'est celui de la soif qui a pu être solutionné en équipes et à huis-clos...

Ce samedi, ce ne sont pas moins de 23 ateliers qui ont été proposés aux participants dans un écrin de toute beauté, la Fondation de Nant. Saluons la vitalité des équipes au travers de la diversité et de la qualité des présentations et nous avons hâte de pouvoir bénéficier de la teneur de tous ces ateliers, en sus des conférences, grâce à la prochaine revue que nous attendons déjà avec impatience !

À tout bientôt !

L'AUTEUR :

Prof. Ludovic GICQUEL

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie, de l'Enfant et de l'Adolescent.
CAPS composante URm RPpsy-15297.
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit
CESAM - 370 avenue Jacques Cœur, 86000 POITIERS (France)
ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

ARGUMENT DU COLLOQUE 2025 - BOURGES

Quand la culture s'invite dans les hôpitaux de jour

- Tembely Aminata -

Lors du colloque des hôpitaux de jour en psychiatrie sur la culture, nous mettrons en avant l'importance de la prise en compte des **C**royances, des **U**s et coutumes, des **L**angues, des **T**raditions, de l'**U**tilisation des ressources, des **R**elations interculturelles, de l'**E**xpression artistique et de la **S**piritualité dans la prise en charge des patients.

LA CULTURE COMME LEVIER THÉRAPEUTIQUE EN HÔPITAL DE JOUR

L'intégration de la culture au sein des structures hospitalières de jour crée un environnement thérapeutique inclusif et diversifié, favorisant ainsi le rétablissement et la résilience des patients. Cette approche permet d'accueillir l'altérité en tenant compte de la dimension culturelle du patient dans son accompagnement. En admettant la diversité culturelle dans nos hôpitaux de jour, nous nous engageons à respecter les différentes cultures, croyances, valeurs et traditions de chaque individu, ce qui favorise une alliance thérapeutique et le respect de leur identité et de leurs représentations.

La culture exerce une influence significative sur la perception de la santé mentale, l'expression des émotions et la gestion des difficultés psychologiques. En comprenant la culture des patients, les professionnels de santé peuvent adapter leur approche thérapeutique pour répondre à leurs besoins spécifiques. La culture joue un rôle crucial en tant que déterminant social de la santé, influençant l'accès aux soins, la compréhension des symptômes et la participation au traitement. En intégrant la dimension culturelle dans la prise en charge, on favorise des soins plus adaptés et efficaces, tout en luttant contre les préjugés, les stigmatisations et les discriminations liées à la santé mentale.

En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait son rapport de synthèse¹ mettant en évidence le rôle bénéfique des arts dans la santé et le bien-être. En effet, une approche culturelle peut contribuer à réduire les obstacles à la prise en charge et à favoriser l'inclusion sociale des patients. Les médiateurs culturels tels que la musique, la danse et l'art-thérapie aident les patients à s'exprimer émotionnellement, à communiquer, à développer leur créativité et à renforcer leur bien-être.

Il est argumenté que l'art-thérapie, incluant la danse et la musique, est une approche thérapeutique utilisant la créativité artistique pour favoriser le bien-être émotionnel, mental et physique des individus. La médiation artistique, par le biais de la danse et de la musique, offre un espace d'expression non-verbale permettant aux patients de communiquer et d'explorer leurs émotions de manière unique et profonde.

¹ Organisation mondiale de la santé, Health Evidence Network Synthesis Report 67. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review.

La danse permet aux individus d'exprimer des sentiments et des expériences difficiles à verbaliser. En explorant des mouvements corporels, les patients peuvent libérer des tensions, renforcer leur estime de soi et améliorer leur connexion avec leur corps et leurs émotions. De même, la musique offre un moyen de communication et d'exploration émotionnelle. En écoutant, en jouant ou en créant de la musique, les patients peuvent exprimer des sentiments profonds, revisiter des souvenirs et expérimenter un soulagement du stress et de l'anxiété.

En combinant la danse et la musique en art-thérapie, les patients bénéficient d'une approche holistique engageant à la fois le corps et l'esprit. Cette approche favorise la créativité, l'expression de soi et la transformation personnelle, offrant un espace sûr pour explorer et guérir. Les cas cliniques où littérature, arts plastiques, musique et danse permettent résilience ou sublimation abondent, mais pas seulement.

L'art-thérapie stimule la créativité en favorisant la sublimation des espaces meurtris dans la psyché, offrant ainsi un moyen thérapeutique à travers la beauté, la provocation et parfois la violence, remettant en question les idées préconçues et les stéréotypes. L'intégration de la culture et de l'art dans les objectifs institutionnels est essentielle pour enrichir l'univers psychique de manière différente.

De nombreuses modalités culturelles et artistiques interviennent au quotidien des patients et des professionnels dans les hôpitaux de jours. À la fois inscrits dans la conception même de la psychiatrie, l'art et la culture se réinventent aujourd'hui tant dans les observations, que dans les approches thérapeutiques. Quelle histoire entre culture et soins? Quelles pratiques expérimentées pouvons-nous partager ? Qu'attendons-nous aujourd'hui de l'art et la culture dans les hôpitaux de jour ? Quelles difficultés mais aussi perspectives novatrices culturelles et artistiques sont en jeu pour demain dans les hôpitaux de jour ?

Permettant une compréhension de soi et du monde dans un concept de réciprocité et d'humanisme, art et culture sont principes révélateurs, libérateurs et thérapeutiques.

Racontons comment nos hôpitaux de jours s'en saisissent.

L'AUTEUR :

Docteur Tembely Aminata
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent Médecin cheffe de pôle Centre Hospitalier George Sand
77 Rue Louis Mallet, 18000 Bourges (France)
aminata.tembely@ch-george-sand.fr

MONOGRAPHIES DES COLLOQUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES 1973-1997

- I 1973 : **Liège**, sans thème
- II 1974 : **Namur**, sans thème
- III 1975 : **Lille**, sans thème
- IV 1976 : **Amiens**, sans thème
- V 1977 : **Lille**, Le temps de l'Hôpital de jour
- VI 1978 : **Amiens**, sans thème
- VII 1979 : **Liège**, Actes et acteurs thérapeutiques
- VIII 1980 : **Nancy**, Finalité des Hôpitaux de jour
- IX 1981 : **Reims**, Spécificité des Hôpitaux de jour
- X 1982 : **Valenciennes**, La séparation
- XI 1983 : **Lausanne**, Les Hôpitaux de jour et leurs modalités de travail avec les familles
- XII 1984 : **Bruxelles**, La tolérance et la déviance en Hôpital de jour
- XIII 1985 : **Amiens**, Le temps de l'Ailleurs...
- XIV 1986 : **Saint Lô**, Temps vivant, temps mort dans l'hôpital de jour
- XV 1987 : **Verviers**, Cadre et articulation des processus thérapeutiques
- XVI 1988 : **Reims**, L'hôpital de jour, et après ?
- XVII 1989 : **Nancy**, Images et représentations de l'Hôpital de jour
- XVIII 1990 : **Lausanne**, Admission en Hôpital de jour : la notion de contrat
- XIX 1991 : **Lille**, Peut-on rendre compte du travail en Hôpital de jour
- XX 1992 : **Liège**, Désir de soigner et dépendances
- XXI 1993 : **Amiens**, Espaces thérapeutiques en Hôpital de jour et processus au long cours
- XXII 1994 : **Genève**, Le patient, sa famille et l'équipe thérapeutique : à la recherche d'une alliance thérapeutique
- XXIII 1995 : **Reims**, L'engagement du patient dans le traitement en Hôpital de jour
- XXIV 1996 : **Bruxelles**, De la répétition au changement : trajectoires des Hôpitaux de jour
- XXV 1997 : **Saint Lô**, L'envers de l'Hôpital de jour... Des coulisses à la scène

REVUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES 1998-2025

Déjà parues

- n° 1 : **Entre idéal thérapeutique et réalité(s) économique(s) : quel avenir pour les hôpitaux de jour ?**, Martigny 1998, ed. 1999
- n° 2 : **Violences et hôpital de jour**, Nancy 1999, ed. 2000
- n° 3 : **Place, magie et réalité du médicament à l'hôpital de jour pour enfants, adolescents et adultes**, Namur 2000, ed. 2001
- n° 4 : **Comprendre et (re)construire à partir de l'hôpital de jour**, Brest 2001, ed. 2002
- n° 5 : **Évolution des structures de soins : rivalité ou partenariat ?**, Montreux 2002, ed. 2003
- n° 6 : **Actualités des psychothérapies institutionnelles pour l'hôpital de jour ?**, Lille 2003, ed. 2004
- n° 7 : **Quels projets aujourd'hui pour l'hôpital de jour... de demain ?**, Liège 2004, ed. 2005
- n° 8 : **Sorties, à quelles adresses ?**, Grenoble 2005, ed. 2006
- n° 9 : **diversite-hyperspecificite@hôpital de jour psy.lu**, Luxembourg 2006, ed. 2007
- n° 10 : **Entre bouée et corset : devenirs de l'étayage à l'hôpital de jour**, Champéry 2007, ed. 2008
- n° 11 : **Dépendances - d'une autonomie à l'autre, le risque de l'altérité**, Bruxelles 2008, ed. 2009
- n° 12 : **Du sexe à l'hôpital de jour : place du pulsionnel dans la vie institutionnelle**, Nancy 2009, ed. 2010
- n° 13 : **Émotions, résonance émotionnelle et hôpital de jour**, Verviers 2010, ed. 2011
- n° 14 : **Dessine-moi un mouton... Cadre, permanence et temporalité à l'hôpital de jour**, Saint Lô 2011, ed. 2012
- n° 15 : **Le modèle dans tous ses états**, Lausanne 2012, ed. 2013
- n° 16 : **Le travail avec les familles en hôpital de jour**, Brest 2013, ed. 2014
- n° 17 : **Au-delà du symptôme... la porte du soin en hôpital de jour**, Namur 2014, ed. 2015
- n° 18 : **Soins de jour en psychiatrie : multiples dénominations pour une tension entre programme, adaptabilité et créativité**, Caen 2015, ed. 2016
- n° 19 : **Amener le patient à bon port ? L'équipe soignante : entre singularités et synergies**, Genève 2016, ed. 2017
- n° 20 : **« Quand un thérapeute regarde par la fenêtre d'un autre » : Nouvelles politiques en santé mentale et intégration des modèles thérapeutiques**, Bruxelles 2017, ed. 2018
- n° 21 : **Se donner les moyens de soigner en hôpital de jour... Le patient au cœur du dispositif, à quels prix ?**, Toulouse 2018, ed. 2019
- n° 22 : **Retisser identité et sens. Temps et lieu : de la crise en hôpital de jour**, Neuchâtel 2019, ed. 2020
- n° 23 : **Ceci n'est pas une revue... L'usager Citoyen en Hôpital de Jour, Partenaire ou rival ?**, Liège 2021, ed. 2022
- n° 24 : **Dessinez-nous l'Hôpital de jour de Demain... : le travail thérapeutique en équipe soignante 50 ans plus tard...**, Liège 2022, ed. 2023
- n° 25 : **Aborder la crise : quels caps, quels rythmes et quelles perspectives pour les hôpitaux de jour?**, Poitiers 2023, ed. 2024
- n° 26 : **Larguez les amarres! Hôpitaux de jour avec ou sans fin?** Vevey 2024, ed. 2025
- Hors-Série - Octobre 2022 - Numéro du cinquantenaire : Écoutons les professionnels.**
- Peut-être nous apprendront-ils ce qu'ils cueillirent en 50 ans...**

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La **Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles** est éditée à l'occasion de chaque Colloque des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Elle publie les actes du Colloque de l'année précédente et des textes concernant l'activité des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

COMITÉ DE LECTURE

Les propositions de texte sont soumises à un comité de lecture composé de membres du comité scientifique du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Il est le garant de la qualité des publications et peut refuser certains textes, en particulier lorsque les règles éditoriales n'ont pas été respectées.

Il prend contact, s'il y a lieu via l'intermédiaire du secrétariat général, avec les auteurs, pour les modifications qui lui paraissent opportunes.

Les décisions du comité de lecture sont sans appel.

CONDITIONS DE PUBLICATION

Les manuscrits sont rédigés en langue française et doivent respecter les conditions énumérées au point « présentation du manuscrit ».

Tous les auteurs doivent avoir lu et approuvé le contenu du manuscrit soumis. Les auteurs doivent aussi s'assurer de la bonne orthographe, de la grammaire et de la syntaxe (éviter des phrases de plus de 3 lignes sans ponctuation) du manuscrit soumis.

Les articles de la Revue 2026 seront soumis à l'adresse mail suivante : stella.c-rabocelli@ch-george-sand.fr

DELAIS ET ETAPES DE PUBLICATION

Dès réception, les manuscrits seront relus par l'un des membres du comité de lecture. Un avis sera remis anonymement à l'auteur principal de l'article via l'intermédiaire du secrétariat général.

Une deuxième relecture sera effectuée par le Rédacteur en Chef ou l'un de ses adjoints. Un deuxième avis sera transmis à l'auteur principal de l'article.

Si des changements sont demandés, l'article, une fois modifié, sera relu avant toute acceptation définitive.

Après chaque Colloque :

- les textes doivent être adressés **au plus tard le 30 novembre** suivant le Colloque à l'adresse mail de l'organisateur local du colloque.

PRÉSENTATION DU MANUSCRIT

Les manuscrits doivent être dactylographiés en Times New Roman corps 11, interligne double. Les pages doivent être numérotées en bas de page.

Les manuscrits doivent comporter **maximum 25 000 caractères**, tableaux et espaces inclus (les résumés et la bibliographie ne sont pas comptabilisés).

Les manuscrits comporteront :

- le titre en français
- le ou les nom(s) et prénom(s) du ou des auteur(s)
- leur(s) affiliation(s)
- le résumé en français
- les mots-clés en français
- le titre en anglais
- le résumé en anglais - summary
- les mots-clés en anglais
- une introduction
- le corps du texte
- une conclusion
- la bibliographie

Titre

Il doit reprendre les thèmes principaux abordés dans le manuscrit et être composé de 25 mots maximums.

Il ne peut pas comprendre d'abréviations ou d'acronymes.

Nom(s) et prénom(s) des auteur(s)

Le(s) nom(s) du (des) auteur(s) doit(vent) apparaître en majuscules, précédé du (des) prénom(s), en minuscules.

Affiliations

L' (les) affiliation(s) principale(s) du (des) auteur(s) (c'est-à-dire, la (les) institution(s) de référence(s) du (des) auteur(s) doit(vent) être référencée(s) comme suit :

Exemple : John Smith^{1,2}

¹Hôpital de Jour « NOM », Liège (Belgique)

²Hôpital de Jour « NOM », Genève (Suisse)

L'auteur principal du manuscrit devra fournir l'adresse postale de son institution ainsi que son adresse électronique.

Les résumés

Ils doivent comporter **entre 200 et 250 mots**.

Les mots-clés

Ils doivent comporter **entre 4 et 6 mots**.

Introduction, corps du texte et conclusion

Nous invitons les auteurs à éviter des propos dithyrambiques et à proposer des informations claires et concises.

Références bibliographiques

Toutes les références citées dans le texte devront être présentées sous le format Vancouver (https://www.bium.ch/wp-content/uploads/2019/04/Vancouver_guide_BiUM_2019_0426.pdf).

Dans le texte :

Elles seront numérotées selon l'ordre de leur apparition dans le texte.

Exemple :

« Comme l'explique Neuburger (1) ... ».

En fin de texte :

Pour un article de périodique :

- Noms et initiales des prénoms des trois premiers auteurs suivis de «et al.» (si nécessaire)
- Titre de l'article (dans la langue originale)
- Nom du périodique
- Année, volume (numéro), pages de l'article.

DOI (si article électronique)

NB : titre du périodique en abrégé (suivant la nomenclature internationale) et volume en gras.

→ Auteur(s). Titre de l'article. Titre abrégé de la revue. Année ; **Volume** (Numéro) : pages. DOI : numéro doi

Exemple :

Myerson PJ, Myerson O, Spencer RP et al. Anatomic patterns of Ga - 67 distribution in localized and diffuse peritoneal inflammation : case report. J Nucl Med. 1978 ; **18**(1) : 977-980. DOI : 10.1080/00223980.2023.2206604

Pour un livre écrit et publié en entier par le(s) même(s) auteur(s) :

- Nom et initiales du (des) prénom(s) du (des) auteur(s)
- Titre du livre et s'il y a lieu, numéro de l'édition
- Ville de publication
- Nom de la maison d'édition
- Année de publication
- Pages de la citation.

→ Auteur(s). Titre du livre : sous-titre. Numéro de l'édition éd. Ville : Maison d'édition ; Année, pages.

Exemple :

Roskam J. Introduction à la médecine interne. 2e éd. Paris : Masson ; 1957, 536-537.

Pour un livre édité par d'autres que l'auteur (ou les auteurs) du chapitre ou de la contribution citée :

- Nom et initiales des prénoms du ou des auteurs du chapitre
- Dans : titre du chapitre
- Nom et initiales des prénoms du ou des auteur(s) directeur(s), suivis de «Directeur(s)»
- Titre du livre
- Numéro d'édition (à partir de la deuxième édition) suivi de « éd. »
- Ville d'édition
- Nom de la maison d'édition
- Année de publication
- Pages du chapitre (ou de la citation).

→ Auteur(s). Titre du chapitre. Dans : Auteur(s) directeur(s), directeur(s). Titre du livre. Numéro de l'édition éd. Ville : Maison d'édition ; Année. Première et dernière page du chapitre.

Exemple :

Jeresaty RM. Le prolapsus valvulaire mitral. Dans : Acar J, directeur. Cardiopathies valvulaires acquises. 2 éd. Paris : Flammarion ; 1985. 288-305.

Pour des références Internet :

Inclusion de références telles que l'adresse internet d'une Association médicale, ou des adresses de sites ou pages qui proposent une information médicale ou scientifique fiable et de haute qualité.

→ Auteur(s). Titre du site web [En ligne]. [cité le jour mois année]. Disponible : URL

Exemple :

World Health Organization [En ligne]. Human rights and Health [cité le 29 mars 2018]. Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

Illustrations et tableaux

Leur nombre doit être limité à 7 maximum (figures et tableaux confondus).

Les figures ou tableaux doivent être soumis dans des fichiers Word séparés et distincts (1 tableau ou 1 figure/document Word).

Chaque fichier Word sera nommé par un numéro en fonction de l'ordre d'apparition dans le texte (figure 1, tableau 1, figure 2 ...).

De plus, chaque figure ou chaque tableau devra comporter un intitulé. Cet intitulé reprendra le numéro du tableau ou de la figure ainsi que son intitulé.

Exemple :

Figure 1. La constellation transférentielle.

Sous la figure ou le tableau, une note explicative peut être adjointe.

Dans le corps du texte, les auteurs devront mentionner où la figure ou tableau doit s'insérer.

Exemple : [Insérer Tableau X ici], [Insérer Figure X ici].

Pour les figures ou tableaux issus d'un autre ouvrage, les auteurs devront s'assurer d'avoir obtenu **l'accord écrit** des auteurs dudit tableau ou de ladite figure. Une fois cet accord obtenu, les auteurs devront mentionner sous la figure ou le tableau : « tiré de : AUTEUR, DATE ».

Abréviations

Les abréviations doivent être indiquées, entre parenthèses, dès leur premier emploi.

Exemple :

Hôpital de Jour (HJ)

Le nombre d'abréviations différentes doit être limité à 5.

Unités de mesures, symboles et noms commerciaux

Le système métrique est à utiliser aussi souvent que possible (unités internationales).

Pour les médicaments, lors de leur première citation dans le texte, il faut toujours associer la dénomination commune internationale (DCI) et, si nécessaire, le nom de la spécialité entre parenthèse (avec la première lettre en capitale) suivi du symbole TM ou ®.

Par la suite, seule la DCI sera utilisée.

Notes de bas de page

Elles doivent être limitées et correspondre à un appel précis dans le texte.

Elles seront désignées uniquement par des lettres, sans se répéter d'une page à l'autre.

En l'absence de ces éléments, les articles ne seront pas publiés

ANONYMISATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ISSUES DES PATIENTS

Toutes données à caractère personnel de patients hospitalisés ou ambulatoires sont **proscrites** dans le manuscrit (noms, prénoms, date de naissance, etc.).

Pour les patients qui apparaissent sur une photographie, il est nécessaire d'obtenir le consentement écrit des patients afin de se conformer aux règles de protection de la vie privée. S'il s'agit d'enfants, l'accord écrit doit émaner des parents ou du tuteur légal.

Dans la mesure du possible, merci de veiller à flouter les visages.

Les consentements écrits doivent pouvoir être fournis à tout moment à la demande du rédacteur en chef.

OBLIGATIONS LÉGALES

Les manuscrits originaux ne doivent pas avoir fait l'objet de publication antérieure, ni être en cours de publication dans une autre revue.

Les opinions exprimées dans l'article n'engagent que leurs auteurs.

Tout article est protégé par le droit d'auteur.

En soumettant son article au comité de lecture de la Revue, l'auteur principal qui soumet l'article autorise *de facto* sa publication dans la Revue aux noms de tous les co-auteurs dudit article.

Il peut, avant la publication, retirer à tout moment son manuscrit s'il n'en souhaite plus la publication. Dès lors que l'article est publié, l'auteur est réputé avoir transféré ses droits à l'éditeur.

POST ACCEPTATION DES MANUSCRITS

Une fois l'article accepté, le corps éditorial se réserve le droit d'apporter des corrections (grammaticales, orthographiques ou syntaxiques) au contenu de l'article **avant la publication**.

A ce stade, le « fond » du manuscrit ne pourra plus être modifié.

POST PUBLICATION

Le rédacteur en chef se réserve le droit de rétracter un article s'il le juge nécessaire. Une note explicative sera envoyée aux auteurs.

TIRÉS À PART

Actuellement, il n'est pas édité de tirés à part.



**Groupement des Hôpitaux
de Jour Psychiatriques ASBL**

**153, Boulevard de la Constitution
B - 4020 LIÈGE**

ADHÉSION

**Si vous souhaitez devenir membre du Groupement
des Hôpitaux de Jour Psychiatriques, vous devez
désormais vous rendre sur le site du Groupement :**
<https://www.ghipsy.org/membres/adhesion>

ADHÉSION AU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

QUELS AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Être membre du Groupement vous donne droit à :

- ♦ Accéder rapidement aux informations privilégiées liées à nos activités,
- ♦ Accéder gratuitement aux revues archivées du Groupement,
- ♦ Avoir une voix à l'Assemblée Générale statutaire,
- ♦ Être prioritaire à l'inscription au colloque annuel dont le nombre de participants est limité,
- ♦ Un tarif réduit à l'inscription :
 - une cotisation individuelle = tarif réduit pour une personne,
 - une cotisation institutionnelle = tarif réduit pour 4 professionnels de l'institution.

COMMENT DEVENIR MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Si vous souhaitez devenir membre du Groupement des Hôpitaux de jour Psychiatriques,

- ♦ Demandez et recevez le soutien de deux parrains membres du Conseil Scientifique
- ♦ Complétez le formulaire en ligne
- ♦ Cliquez sur envoyer.

Votre demande sera reçue par le secrétariat général du Groupement. Elle sera proposée par ce dernier au prochain Conseil d'Administration qui se tient chaque année au mois de mai et au mois d'octobre. Lorsque le Conseil d'Administration a validé votre demande, la cotisation pourra alors être versée.

COMMENT RESTER MEMBRE DU GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ?

Vous êtes devenu membre effectif du Groupement lorsque votre demande d'adhésion a été acceptée au Conseil d'Administration et que vous avez payé votre cotisation annuelle.

Vous restez membre du Groupement en payant annuellement votre cotisation. Toute personne ou institution pour laquelle une cotisation n'aurait pas été perçue ne sera plus reconnue comme membre. Une nouvelle demande d'adhésion devra alors être introduite.

Président

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jm.triffaux@hjulacle.be

Secrétariat général

Madame Stéphanie NOIRFALISE
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : ghipsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Professeur Ludovic GICQUEL
Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Hospitalier Spécialisé Henri Laborit
CESAM - Avenue Jacques Coeur, 370
86000 Poitiers - France
Téléphone : +33 (0) 5 49 44 57 57
Courriel : ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

Vice-Présidente suisse

Madame Muriel REBOH-SERERO
Institut Maieutique
Rue Sainte-Beuve, 4
1005 Lausanne - Suisse
Téléphone : 41 (0) 21 323 17 00
Courriel : muriel.reboh-serero@maieutique.ch

Vice-Président belge

Docteur Jean-Benoît DESERT
Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
Bd de la Constitution, 153
4020 Liège - Belgique
Téléphone : 32 (0) 4 342 65 96
Courriel : jb.desert@hjulacle.be

Comité scientifique

Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Docteur V. LUSTYGIER	Bruxelles
Docteur Ch. MONNEY	Lausanne
Madame M. REBOH-SERERO	Lausanne
Professeur Ph. REY-BELLET	Corsier-sur-Vevey
Docteur I. SCHONNE	Mons
Professeur J.-M. TRIFFAUX	Liège
Monsieur J.-P. LECLERCQ	Thieulain
Madame S. NOIRFALISE	Liège
Madame Olga SIDIROPOULOU	Lausanne
Monsieur J. LEMOINE	Bruxelles
Professeur L. GICQUEL	Poitiers
Docteur C. VAILLANT	Bourges
Docteur A. VERNET	Bourges
Monsieur J. VAGNIERES	Vevey

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles

ISSN 2112-6798

est éditée par
Le Groupement des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques ASBL
- Octobre 2025 - Liège
BELGIQUE

© La Revue des Hôpitaux de Jour
Psychiatriques
et des Thérapies Institutionnelles
ISSN 2112-6798

Rédacteur en chef de la Revue 2025

Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

**Rédacteurs en chef adjoints de la Revue
2025**

Mr. J.-P. LECLERCQ, Thieulain

Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2025

Prof. P. REY-BELLET, Vevey

Mme H. GREIMERS, Liège

Mme S. NOIRFALISE, Liège

Secrétariat pour ce numéro de la Revue

Mme S. NOIRFALISE

Mise en page

BRADFER Bérengère

Les numéros antérieurs "papier" peuvent être commandés au secrétariat général du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques sous réserve de leur disponibilité.

Tous droits de reproduction strictement réservés.

Toute reproduction d'article à des fins de vente, de location, de publicité ou de promotion est réservée au Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Toute reproduction d'article dans un autre support (papier, internet, etc.) est interdite sans l'autorisation préalable de la rédaction de la Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles.

Les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

