

NOVEMBRE 2024



BELGIQUE • FRANCE • SUISSE • LUXEMBOURG



REVUE N° 25 - ISSN 2112-6798
Editée par le Groupement
des Hôpitaux de Jour Psychiatriques
- ASBL -

COMMENT
RÉPONDRE
INSTITUTIONNELLEMENT À UNE
SOCIÉTÉ EN
ÉVOLUTIONS
SUCCESIVES



**Groupement des Hôpitaux
de Jour Psychiatriques ASBL**
**153, Boulevard de la Constitution
4020 LIÈGE
BELGIQUE**
URL: <https://www.ghjpsy.org>

REVUE DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES

N° 25
NOVEMBRE 2024

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 : ghjpsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Docteur Jean-Yves COZIC
CHU de Brest
Hôpital de Bohars
Route de Ploudalmézeau
29820 Bohars - France
Téléphone : 33 (0) 2 98 01 51 09
Courriel : jean-yves.cozic@chu-brest.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

Docteur P. ALARY	Urcuit
Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur J.-Y. COZIC	Brest
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Professeur Y. KHAZAA	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

THEME DU 50^{ÈME} COLLOQUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Professeur Ludovic GICQUEL 3

ALLOCUTION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

Professeur Ludovic GICQUEL 5

ALLOCUTION DE BIENVENUE

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX 6

L'HÔPITAL DE JOUR EN PÉRIODE PÉRINATALE : UNE FENÊTRE THÉRAPEUTIQUE PRIVILÉGIÉE ET INNOVANTE POUR RÉPONDRE À UNE CRISE DÉVELOPMENTALE

Gisèle APTER, Lisa VITTE, Emmanuel DEVOUCHÉ
et toute l'équipe des OURSONS 8

UN AUTRE REGARD SUR LES CRISES SOCIÉTALES ACTUELLES: IMPLICATIONS POUR LES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Monsieur Bernard HUNZIKER 13

AFFRONTER LES CRISES AVEC LA BOUSSOLE DES VALEURS INSTITUTIONNELLES

Eftychia VALASSOPOULOU 21

CRISE ENVIRONNEMENTALE : LA VIE INSTITUTIONNELLE COMME ESPACE DE TRAITEMENT ET DE MISE EN FORME DE SES EFFETS

Lisa BLEYNIE-AZIZ, Jonathan COSSY 26

L'HÔPITAL DE JOUR : TRANSITION D'UN SINGULIER PLURIEL À UN SINGULIER COLLECTIF...

Wissam CHAKIR, Marine GELAESEN, Jean-Marc TRIFFAUX 32

DES CRISES SANITAIRE ET INSTITUTIONNELLE À L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE... UN MODÈLE IMBRIQUÉ POUR UNE NOUVELLE ÉQUIPE

Olivier ARTIELLE, Sylvain DAL, Camille DEJAEGER, Gaëtane DERMOND,
Charlotte LEFEBVRE, Sophie VANDENNIEUWBROECK,
Karima ZAABOURI 41

« PERSONNE NE ME COMPREND ! » LE CONCEPT DE PRÉVENTION ET DE GESTION DE CRISE PAR L'ÉQUIPE MOBILE PLURIDISCIPLINAIRE

Mathilde HOLVOET, Olga SIDIROPOULOU 47

CRISES OU OPPORTUNITÉS ? LES CONTRAINTES DE LA RÉALITÉ COMME MOTEUR D'INNOVATION

Julien VAGNIERES, Vanille HANNON, Stéphane DESPONDS,
Nathalie PARRY, Dr Jonathan DRAI 52

ANATOMIE D'UNE CRISE. ANALYSE DES RESSOURCES ET LIMITES INSTITUTIONNELLES AU DÉPART D'UN CAS CLINIQUE

Charles LANVIN, Fabrizio TROVARELLI, Olivier THIRAN,
Dr José CHRISTIANSEN-GÖZZER 58



BELGIQUE • FRANCE • SUISSE • LUXEMBOURG

© 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
- Novembre 2024 - Liège
BELGIQUE

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

Rédacteur en chef de la Revue 2024
Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

Rédacteurs en chef adjoints de la Revue 2024
Mr. J.-P. LECLERCQ, Thieulain
Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2024
Mme H. GREIMERS, Liège
Mme S. NOIRFALISE, Liège

Secrétariat pour ce numéro de la Revue
Mme S. NOIRFALISE

Mise en page
BRADFER Bérénice

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.

DE CRISE EN CRISE, COMMENT SE RÉINVENTER À L'HEURE DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ? UNE EXPÉRIENCE D'ARTICULATION ENTRE PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE ET RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Fadia DJEBLI, Arnaud FOSSAERT, Isabelle MARCANT,
Virginie COURROUBLE 66

FONCTION OUTREACHING ET HÔPITAL DE JOUR : QUELLES INTERACTIONS POSSIBLES ?

Vincent GILLIAUX, Mathilde MERIAUX, Geoffrey PROCE,
Mathilde DUJACQUIER, Guillaume DESCAMPS, Isabelle SCHONNE 73

HÔPITAL PÉDOPSYCHIATRIQUE DE JOUR AU BORD DE LA CRISE, LEÇONS DE SOLIDARITÉ ET DE CRÉATIVITÉ DANS UN CONTEXTE DE CRISES MULTIPLES.

Pr Sophie SYMANN, Katy ALBINOVANUS, Serdar ALTINER 79

L'ART-THÉRAPIE : UNE ALTERNATIVE À LA DESTRUCTION PENDANT LA CRISE ?

Naomi MIDDELmann, Sara URBINATI, Eléonore PONCE, Cecilia SALAUN,
Olga SIDIROPOULOU 86

QUELS FILS D'ARIANE POUR SE RETROUVER, SE RENCONTRER ?

Claire SOLHEID, Amandine BOES, Charline JASPERS, Haitham MOURAD 92

SYNTHÈSE DU COLLOQUE

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX 99

ARGUMENT DU COLLOQUE 2024 - VEVEY

101

MONOGRAPHIES DES COLLOQUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES - 1973-1997

103

REVUES DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES ET DES THÉRAPIES INSTITUTIONNELLES - 1998-2024

104

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

105

ADHÉSION

108

THEME DU 50^{ÈME} COLLOQUE DES HOPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

Aborder la crise : quels caps, quels rythmes et quelles perspectives pour les hôpitaux de jour ?

Comment
Répondre
Institutionnellement à une
Société en
Evolutions
Successives

La crise sanitaire est venue s'ajouter à, révéler voire amplifier d'autres crises déjà à l'œuvre ou affleurantes, dont celle relative aux fonctionnements des hôpitaux, et particulièrement ceux en charge des soins psychiatriques, avec comme conséquences une dégradation significative voire majeure tant de la santé mentale de ceux qui jusqu'alors traversaient leur existence sans trop d'encombre que des troubles psychiatriques des patients et de leurs familles déjà pris en charge.

L'inconnu de la crise sanitaire puis sociétale est venu s'ajouter aux connus de l'état de nos hôpitaux, des équipes, de leurs patients et de leurs familles. Nous avons dû, tels des adolescents tourmentés aux prises avec leur devenir, voguer mi-confiant mi-inquiet vers une destination, des rivages à la distance et à l'hospitalité incertaine.

Au cours de la phase épidémique s'est ajouté l'indisponibilité physique voire psychique des soignants aux prises avec la contagion et qui, touchés tant dans leur sphère professionnelle que privée, ont tenté et souvent réussi à maintenir le cadre et le sens des soins nécessaires à leurs patients à la fragilité exacerbée.

La crise est-elle passée ? Mais de quelle crise parle-t-on ? De celle pré-existante ? De la crise lié au COVID ? De celle que nous connaissons à présent ? Autant la crise dite sanitaire au sens de la contagion épidémique voit son potentiel menaçant s'éloigner avec les mesures prises et les vaccinations, autant la crise psychique à laquelle les équipes des Hôpitaux de jour (HDJ) notamment sont confrontées et qui est liée aux multiples effets de la précédente ne semble pas faiblir voire s'amplifie, à fortiori chez les enfants et les adolescents.

La situation est en cela inédite, singulière qu'elle confronte celles et ceux aux prises avec un mal-être psychique voire une souffrance psychique, préexistante ou pas, pouvant être sévère, à un vécu, au demeurant potentiellement amplificateur, de décalage sociétal au sens où cette souffrance ne trouverait plus dans la société actuelle de résonance auprès du plus grand nombre. Nous sommes passés à autre chose. Cruel message envoyé que de réduire la crise liée au COVID-19 à ses seules incidences somatiques et ainsi être sourd aux doléances psychiques qui en découlent et qui tel un poison lent ne cesse de produire des effets. Le temps des affres du corps ne semble donc pas synchrone de celui du psychisme.

Et les équipes des HDJ dans tout ça ?

Nul doute qu'elles ont su s'adapter, dans l'urgence tout d'abord puis dans une temporalité incertaine et sous l'égide de consignes fluctuantes pour fonctionner au mieux voire en innovant. Nul doute que la dynamique de groupe, essentielle aux soins, a été mise à rude épreuve et que la question du sens des soins a dû maintes fois se poser. Et nul doute non plus qu'elles font à présent face à la situation actuelle de la même manière qu'avant la pandémie qui de fait n'a pas simplement constitué une parenthèse mais bien un agent mutatif.

Bien sûr que les fondamentaux du soin ont repris, bien sûr que les équipes ont repris leurs repères mais tant au plan des souffrances en présence que des dispositifs transitoires expérimentés, cette crise au potentiel destructeur a pu induire des expérimentations constructives et porteuses d'avenir.

Parce qu'une crise peut en effet en cacher ou en révéler une autre, tant en amont de la pandémie qu'en aval, des dispositifs de soins intensifs à temporalité contrainte ont pu compléter la gamme des possibles et agrémenter des parcours de soins gagnant ainsi en continuité et en progressivité des ressources thérapeutiques à engager.

Ce colloque se propose de nous offrir l'opportunité de nous pencher sur la manière dont nos structures de soins de jour fonctionnaient en amont de la pandémie et alors qu'elles s'interrogeaient comme le rappelait JM Triffaux lors du précédent colloque sur « Que garder de l'hôpital de jour d'hier pour construire celui de demain », comment elles ont pu traverser les bouleversements induits par la crise sanitaire, comment elles ont pu s'y adapter et quels enseignements elles ont pu en tirer voire quelles expériences, potentiellement innovantes et créatives, ont pu émerger de cette catharsis sociétale et ce de la psychiatrie périnatale, à la psychiatrie infanto-juvénile, en passant par la psychiatrie adulte jusqu'à la psychiatrie du sujet âgé.

Professeur Ludovic Gicquel

ALLOCATION D'OUVERTURE DU COLLOQUE

- Professeur Ludovic GICQUEL -

Madame la Présidente de l'Université, Chère Virginie,
Monsieur le Directeur du CHL,
Cher Jean-Marc
Chers confrères, chères consœurs,

Madame, Monsieur,

Bienvenue à Poitiers pour ce 50^{ème} colloque des hôpitaux de jour psychiatriques ! Pour la confidence, le premier colloque a eu lieu l'année de ma naissance ! Qui plus est en octobre !

Comment ne pas y voir un signe, parole de narcissique !

Nous sommes très heureux et honorés de vous accueillir aussi nombreux ici au sein des locaux de la faculté de droit de l'université de Poitiers, en compagnie de sa présidente, pour ce colloque qui réunit des professionnels et des équipes provenant de Belgique, de Suisse, de France, du Poitou et d'ailleurs.

Le thème qui a été retenu pour ce colloque au moment de celui qui s'est tenu à Liège et qui a été brillamment organisé par Jean-Marc Triffaux et ses équipes, concerne la crise. Aborder la crise. Thème qui pourrait porter à inquiétude et pessimisme mais qui porte surtout, et vous en apporterez la preuve, des perspectives d'avenir et nos capacités à innover.

Durant ces deux jours, grâce à nos conférenciers, le Pr Gisèle Apté, Jean Van Hemelrijck (y a-t-il une orthophoniste dans la salle ?) et Bernard Hunziker, et grâce aux 19 ateliers (4 suisses, 6 français et 9 belges) qui vont se tenir, nous allons nous aventurer et naviguer dans le champ de la périnatalité – petite enfance, dans celui de l'enfance, de l'adolescence mais aussi bien entendu aborder les rivages de l'âge adulte !

Vous allez écouter, discuter, échanger entre vous, partager vos expériences à l'occasion de ce colloque, véritable creuset des possibles, et je l'espère repartir avec un shoot d'espoir, une bonne dose d'optimisme et bien des ingrédients vous permettant d'alimenter au besoin votre créativité au service des patients et de leurs familles. Vous êtes essentiels et pour prendre soin des autres, n'oubliez pas de prendre soin de vous ! J'espère que ce colloque y contribuera.

Je souhaiterais conclure mon propos par de très grands et sincères remerciements à l'équipe du comité local d'organisation qui a rendu tout cela possible et qui veille encore au moment où je vous parle sur le bon déroulé de ce colloque, à savoir Gilles Rocher, Stéphanie Pereira-Leteis, Ugo Challot, Julie Debord, et Philippe Cogny. C'est bien l'alchimie de leurs compétences et de leur créativité qui, en écho à celle quotidiennement à l'œuvre au sein des HDJ, qui a permis de co-construire ce colloque.

Merci aussi beaucoup aux membres du CA et du CS du GHJPsy pour leur confiance et leur soutien et un remerciement tout particulier à Stéphanie Noirfalise pour son professionnalisme, sa réactivité et sa courtoisie et je me fais en cela le porte-parole du comité local.

Un mot pour excuser l'absence du président d'honneur du Groupement, le Pr Jean Bertrand, qui m'a adressé un très gentil mot soulignant à quel point, bien que ne pouvant être parmi nous, il n'en serait pas moins avec nous tous en pensées.

Enfin, last but not least, il me faut ici témoigner de ma profonde gratitude au Président du GHJPsy, le Pr Jean-Marc Triffaux.

Avec Jean-Marc, ce fut la rencontre de la sympathie, de la cordialité, de la préoccupation partagée tant pour nos patients et leurs familles que pour les équipes, de l'humour belge et de la modestie française,... Vous l'avez compris une belle rencontre dont je me réjouis et qui j'espère sera partagée entre vous durant ces deux jours.

Chers moussaillons, chers mousses et chers marins, puisqu'il s'agit d'aborder la crise, à l'abordage ! Et pas de quartier !

Merci à vous,

L'AUTEUR :

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)
ludovic.gicquel@ch-poitiers.fr

ALLOCUTION DE BIENVENUE

- Professeur Jean-Marc TRIFFAUX -

Madame la Vice-Présidente de l'Université,
Monsieur le Directeur Général,
Chères Collègues, chers Collègues,
Chères Amies, chers Amis,

En arrivant à Poitiers, je me suis rendu au commissariat de Police.

J'y ai découvert, dans le hall d'entrée, un personnage insolite, posant effrontément nu...

En me rapprochant de ce jeune homme, j'ai immédiatement reconnu un célèbre petit garçon pissoir.

Il s'agissait du légendaire *Manneken Pis*, personnage insolite et emblématique de la Ville de Bruxelles. L'histoire raconte que, « armé » de sa petite « trûtchete »¹, il réussit à encourager ses troupes qui repoussèrent victorieusement les envahisseurs.

Une autre légende raconte également, qu'en satisfaisant un besoin naturel, il évita l'incendie de la Ville de Bruxelles...

Lors de la seconde guerre mondiale, en mai-juin 1940, la ville de Poitiers accueillit le gouvernement belge en exil pendant quatre semaines. En remerciement de ce chaleureux accueil, à une époque où la Belgique se trouvait dans une situation similaire à celle que traverse actuellement l'Ukraine, le gouvernement belge offrit à Poitiers une copie conforme de *Manneken Pis*. Celle-ci se trouve depuis 1950 dans le hall d'entrée de l'hôtel de police en guise de symbole de l'amitié belgo-pictavienne.

Avant d'ouvrir nos travaux, je tiens tout d'abord à remercier très chaleureusement Ludovic Gicquel et toute son équipe organisatrice de ce 50^{ème} Colloque.

Merci de nous avoir invité dans votre superbe ville où l'art, l'histoire, la tradition, la culture, le développement des sciences et des technologies rivalisent de beauté et de créativité depuis des siècles.

Si le Groupement des Hôpitaux de Jour avait historiquement l'habitude d'organiser ses Colloques en Lotharingie, se retrouver aujourd'hui dans le Centre-Ouest de la France est un véritable honneur et témoigne du rayonnement de notre association.



Vous êtes plus de 220 participants à nous avoir rejoints. Votre présence en grand nombre démontre que les crises successives auxquelles nous continuons à faire face n'ont pas eu raison des forces résilientes de notre Groupement et de votre engagement.

Merci également aux instances universitaires, aux instances hospitalières et aux personnalités politiques d'avoir pris de leur temps pour être présentes parmi nous. Vous contribuez, par vos fonctions respectives et votre disponibilité, à soutenir nos institutions.

En tant que Président, c'est donc avec un plaisir renouvelé que j'ai l'honneur d'ouvrir les travaux qui nous attendent.

Mais comme j'ai l'habitude de le dire, un Président seul ne peut rien faire.

Si Jean OURY a fait du collectif soignant le plaidoyer du travailler ensemble, vive cette intelligence collective qui reste l'ADN des hôpitaux de jour !

¹. Trûtchete : expression en wallon liégeois désignant le membre viril

Malgré les leurre de la révolution numérique qui nous impacte toutes et tous, l'humain n'a encore rien inventé de mieux que la réciprocité du désir et du plaisir à se rencontrer physiquement.

Je remercie également Gisèle Apter, Jean Van Hemelrijck et Bernard Hunziker, nos trois conférenciers de cette après-midi qui ne manqueront pas d'alimenter nos réflexions.

Je tiens encore à saluer cordialement toutes les équipes qui se sont mises au travail en présentant demain un atelier.

Je vous transmets une dernière information importante : l'édition numérique de la Revue du Colloque de Liège (2022) est désormais disponible depuis ce matin sur le site du Groupement www.ghjpsy.org.

Elle a fait peau neuve. Elle est humoristiquement agrémentée des dessins de Pierre KROLL. J'espère que vous éprouverez autant de plaisir à la découvrir que celui que nous avons eu à la créer.

Enfin, en ce qui concerne la prochaine Revue qui pourra être réalisée à l'issue de nos travaux, vous trouverez aisément sur notre site et auprès des modérateurs de vos ateliers toutes les explications qui vous permettront de laisser une trace écrite de vos interventions.

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

L'AUTEUR :

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX

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

L'HÔPITAL DE JOUR EN PÉRIODE PÉRINATALE : UNE FENÊTRE THÉRAPEUTIQUE PRIVILÉGIÉE ET INNOVANTE POUR RÉPONDRE À UNE CRISE DÉVELOPPEMENTALE

- Gisèle APTER¹, Lisa VITTE¹, Emmanuel DEVOCHE^{1,2} et toute l'équipe des OURSONS¹ -

Décrire un hôpital de jour (HDJ) consacré à la prise en charge des patientes et de leur enfant en période périnatale ne peut se faire que si l'on saisit l'importance de la période périnatale : les pathologies et les enjeux spécifiques à cette période permettent de comprendre et de décrire les caractéristiques des soins intensifs de jour des tout petits et de leur(s) parent(s) dans la période périnatale.

Nous rappellerons ici brièvement les enjeux de cette période, le projet global du centre de ressources et de soins (Centre de Ressources et d'Excellence Normand en Psychiatrie Périnatale et Infantile CRENPP) au sein duquel se situe l'HDJ Les OURSONS puis, les modalités de soins intensifs pour chacun des protagonistes, bébé et mère voire au-delà, père et fratrie.

L'exemple de l'HDJ Les OURSONS dans le service Universitaire de Pédo-psychiatrie périnatale et infantile du Groupe Hospitalier du Havre (GHH)/Université de Rouen Normandie est un exemple de modalités de soins de jour, dans cette période particulière. Il ne saurait prétendre être un modèle à reproduire, mais plutôt une contribution à la réflexion. C'est que le développement des savoir-faire est souvent lié à des circonstances particulières avec une dimension de sérendipité. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire d'inscrire notre description dans l'histoire des soins d'un territoire particulier.

L'ENJEU DE LA PÉRIODE PÉRINATALE

La périnatalité présente cette particularité qu'elle s'intéresse tant à la santé psychique de la future mère qu'à celle de son (futur) bébé. Par conséquent, il importe d'intégrer les prises en charge du bébé et de ses parents dans une « préoccupation familiale primaire ». Il s'agit de pouvoir penser de manière multiple, ce qui n'est pas toujours l'habitude en médecine, en particulier celle de l'adulte.

En médecine de l'enfant, la pédiatrie prend en compte les possibilités parentales et se préoccupe de la compréhension des parents afin que cette alliance thérapeutique soit favorable au bon déroulement des soins à l'enfant. Lorsque les pathologies sont chroniques

et que les parents sont mis à contribution dans des soins corporels, la prise en charge de l'enfant inclut le ou les parent(s), souvent comme soignant(s) auxiliaire(s).

En psychiatrie périnatale, il s'agit d'une toute autre dimension puisque la prise en soins est à la fois, en même temps, celle du parent et de l'enfant. La psychiatrie périnatale se doit de rompre avec l'idée d'une médecine du patient unique. D'un côté, une définition venue de la psychiatrie de l'adulte du monde anglo-saxon (1), de l'autre une psychiatrie du bébé issue du monde de la pédo-psychiatrie qui s'intéresse tant au développement précoce qu'aux interactions (2). De même que la médecine périnatale est celle du bébé intégrant la grossesse donc la vie fœtale, la psychiatrie périnatale ne peut être uniquement celle de la femme, enceinte puis accouchée.

Et pour complexifier un peu plus ce parcours de soins, la prévention se mêle de manière inextricable aux soins, pendant la grossesse (santé de la mère et du fœtus) et dans la période des 1000 premiers jours. Le développement précoce du fœtus, du nouveau-né puis du bébé se déroule dans une période où un grand nombre de facteurs de vulnérabilité et de ressources auront un effet, et ce de manière durable, tout au long de sa vie (3).

On comprend donc que la psychiatrie périnatale donne lieu à un intérêt croissant. En fonction des définitions plus ou moins restreintes de son champ, les manuels et les recommandations varient et évoluent. Tout récemment, début 2024, l'Ecosse a présenté de nouvelles recommandations de prises en charges durant la période périnatale qui propose pour la première fois de véritables soins conjoints. Il s'agit de reconnaître les besoins de soins en direction tant du bébé que du parent et des interactions, en ne limitant pas les indications aux maladies les plus graves et les plus chroniques des mères, au-delà des troubles psychotiques et de l'humeur. Pour notre part, nous nous inscrivons depuis de nombreuses années dans cette perspective (4).

LES SERVICES DU GH : PANDA ET OURSONS

Le projet du Service depuis ses débuts en 2018-2019 vise à concevoir un parcours de soin plénier, novateur, coordonné, intégré et gradué, et conjoints de la (future) mère et de son (ses) enfants (5). Le parcours répond aux besoins de soins gradués depuis le niveau 1 des professionnels de première ligne jusqu'au niveau de recours 3 régional supra-spécialisé en passant par les soins de spécialité de niveau 2, les HDJ. L'idée des trois niveaux est à la fois calquée sur une dimension de santé publique et sur celle de la dénomination des maternités catégorisées en niveau 1 (grossesse physiologique sans complication pas de plateau technique pour le bébé), niveau 2a et 2b (services de néonatalogie), niveau 3 (présence d'une réanimation néonatale et d'une unité dite « kangourou » le plus souvent, où les mères peuvent être accompagnantes voire hospitalisées avec leur bébé dans la période néonatale immédiate). Ceci s'avère souvent le cas si le bébé a besoin de soins somatiques du fait de troubles maternels durant la vie fœtale et/ou de naissance prématurée.

Créée en 2020-2021, l'unité mère bébé de notre Service dite PANDA s'est inscrite dans une démarche originale poussant jusqu'au bout l'idée de soins intégrés de manière complète, gynéco-obstétrique pour la mère, pédiatrique pour le bébé et psychiatrique périnatale pour l'ensemble de la dyade individuellement et séparément (6).

C'est une unité de soins intensifs temps plein qui vise à tenir compte, non seulement de la nature des troubles psychopathologiques, mais également des conditions environnementales (familiales et sociales). Il s'agit de durées de séjour limitées du fait même de sa structuration, une unité « nichée » en néonatalogie. La durée de séjour temps plein ne peut dépasser les 28 jours du postpartum — selon les règles administratives de la néonatalogie, le séjour devient pédiatrique au-delà de 28 jours pour le bébé et la mère est alors accompagnante et ne peut plus être une patiente à part entière.

Les indications de prises en charge intensives se font de manière privilégiée en période péri-conceptionnelle et pré-natale mais aussi en période postnatale immédiate (premier trimestre de l'enfant). Elles se divisent essentiellement en deux grands groupes :

- ◆ la pathologie gravido-puerpérale liée à la période péri-conceptionnelle, à la grossesse et aux remaniements psychologiques et environnementaux qui en découlent
- ◆ les situations de troubles psychopathologiques ou psychiatriques, de traumas, de carences précoces ou de dysfonctionnements majeurs

dans l'établissement de la relation parents/enfant risquant d'entraîner des troubles graves de la santé maternelle (pouvant aller jusqu'au suicide) et du développement émotionnel et psychomoteur du tout jeune enfant.

L'HDJ LES OURSONS : LE NIVEAU 2B

Les troubles et pathologies énumérés ci-dessus ne sont généralement pas résolus même après un séjour en hospitalisation conjointe. Il y a donc le plus souvent nécessité de proposer des soins d'aval une fois les éléments les plus bruyants apaisés et la potentialité de soins conjoints après un retour au domicile bien analysée.

La finalité du projet est de prendre en soin des femmes avec leur nouveau-né ou leur très jeune enfant en période périnatale afin :

1. d'éviter des séparations délétères à cette période de la vie tant pour le développement précoce du nouveau-né que pour le développement de la parentalité et la mise en place des interactions précoces.
2. de proposer les soins les plus adaptés et intensifs pour faire face aux décompensations psychiatriques pendant cette période, qu'elles soient en lien avec une pathologie antérieure à la grossesse ou apparaissent de *novo* du fait de la parturition.
3. de faire un état des lieux des besoins du nouveau-né et de son parent (et de la famille) dans le cadre de pathologies antérieures décompensées et/ou non prises en charge ou de pathologies d'apparitions survenues de *novo* au cours de la période périnatale.
4. d'évaluer les besoins en parcours de soin de l'ensemble des protagonistes, mère et bébé, mais aussi père/conjoint/personne désignée comme ressource et fratrie si présents à la sortie de l'hospitalisation.

Il s'agit de proposer le démarrage d'un parcours de soins pendant et pour les 1000 premiers jours, c'est-à-dire dès la conception : hospitalisation complète brève en période périnatale, y compris pendant la grossesse, puis soins intensifs de jour et/ou soins à domicile suivis d'un espacement progressif de l'intensité des soins. Un suivi mensuel puis trimestriel sera ensuite instauré jusqu'aux deux ans de l'enfant.

L'accès aux soins en cette période de la vie est facilité, du fait de la prise en charge somatique intégrée aux soins psychiatriques et de l'impulsion liée à la nouvelle naissance. La possibilité de proposer un soin intensif et une observation/évaluation complète permet potentiellement de mettre en œuvre un projet de

parcours de soins plus favorable tant pour la mère que pour l'enfant, du fait de la présence d'un nouveau-né dont le développement rapide nécessite attention et surveillance.

QUELS SOINS AUX OURSONS ?

Avant tout, il faut souligner que la notion d'HDJ renvoie souvent en psychiatrie à des soins au long cours. En psychiatrie de l'adulte, les patientes qui y sont adressées le plus souvent présentent des pathologies chroniques, qui ont entravé durablement leur fonctionnement quotidien. En pédopsychiatrie, classiquement, en fonction de l'âge des enfants, les HDJ peuvent avoir des durées de quelques années et sont le plus souvent à visée de réintégration rapide de l'enfant dans le monde scolaire, sans le séparer de son environnement familial. Les HDJ pédopsychiatiques sont dans leur immense majorité des structures à temps très partiel pour maintenir autant que faire se peut des insertions scolaires, ou des passages progressifs vers des établissements médico-sociaux éducatifs.

Plus l'enfant est jeune, plus les soins vont avoir une dynamique intense en lien avec le développement. Les durées de séjour en HDJ enfants sont en moyenne plus courtes que celles de la psychiatrie de l'adulte.

Et comme ici, il s'agit de la période postnatale immédiate, les soins seront de très courte durée. Cette modalité résulte d'un constat : les besoins sont intenses dans les semaines qui suivent une naissance mais les objectifs poursuivis sur le plan thérapeutique sont rapidement perceptibles ou tristement rapidement inatteignables : il est essentiel de rappeler que le bébé ne pouvant attendre, s'il n'est pas possible pour son environnement de répondre à ses besoins dans un délai très court, en générale inférieur à quelques semaines, il est peu probable que cet environnement seul sera en mesure d'y répondre plus tard. Les conséquences négatives des négligences et des manquements de ces premiers besoins auront déjà des effets durablement néfastes. Soulignons-le, il est tout à fait impossible de demander à des parents présentant des troubles sévères et encore très actifs, de répondre aux besoins multiples d'un nouveau-né ou d'un nourrisson : alors qu'ils peinent déjà à faire face à un enfant en bonne santé, comment imaginer leur demander de répondre à des besoins accrus d'un tout petit présentant déjà des troubles. C'est que les enfants de ces patientes sont souvent dès la naissance à risque de troubles du développement, du neurodéveloppement comme du développement émotionnel (7). Sans oublier que ces troubles développementaux peuvent être liés à des atteintes fœtales en lien avec leur pathologie comme la prise de toxique.

Il faut ajouter ici qu'au-delà des comportements délétères des patientes atteintes de troubles d'abus

de substances (alcool notamment), de plus en plus de données montrent le développement cérébral fœtal se trouve modifié lors de grossesses de femmes ayant elles-mêmes subi des traumas multiples et répétés dans l'enfance (8). Ces atteintes sont encore difficiles à interpréter, mais existent alors même que la grossesse a pu se dérouler sans élément pathologique et sans violence durant la période gravidique. Tragiquement, il y a donc des risques supplémentaires, pour un bébé d'être dysrégulé. Et pour sa mère confrontée au retour terrible d'épreuves considérées comme surmontées, apparaît le besoin de ressources supplémentaires pour faire face aux conséquences de sa propre maltraitance passée.

Il y a ainsi au sein de l'HDJ des OURSONS une impérative nécessité :

- ◆ de comprendre et connaître la psychopathologie maternelle et parentale
- ◆ d'observer et objectiver en quoi les interactions sont sensibles aux besoins de l'enfant : les pleurs, les mouvements, les rythmes du nouveau-né reçoivent-ils des réponses adaptées en temps utile ?

Pour cela, il importe de donner aux parents la possibilité de décoder ces besoins. Il est à noter que très souvent, les patients, du fait même de leurs troubles et de leur histoire n'ont pas cette capacité. Ils peuvent éventuellement connaître quelques règles de puériculture, mais cela reste totalement insuffisant. Pour faire face aux besoins d'un tout-petit, faut-il encore pouvoir « jouer » avec les identifications indispensables à la mise en place de la parentalité (9).

Devenir parent exige des ressources émotionnelles et psychiques importantes qui n'existent pas du fait de l'histoire des familles, des troubles présentés voir des éléments surajoutés médicaux et psychiatriques, des traumas vécus et des aléas de la grossesse. Les soins conjoints ne sont pas proposés pour un seul membre de la dyade mais pour celle-ci définie comme un « système » (10). Pour que le système fonctionne, les deux partenaires doivent être soutenus pour eux-mêmes mais aussi dans leurs échanges. Or, le bébé et son partenaire ne sont pas égaux. Les soins conjoints impliquent de tenir compte de ce déséquilibre majeur. Il faut donc offrir à l'enfant la possibilité d'interagir, nourrir à la fois son besoin de découvrir le monde et celui d'être tenu, contenu, porté, consolé ; il lui faut un parent suffisamment bon (11). Ce « suffisamment » a longtemps été l'apanage des pédopsychiatres. S'il a permis de nombreuses avancées en termes de compréhension et d'offre de soins contenus, il doit désormais être bien mieux défini car il a souffert ou plutôt le bébé a souffert de ce que le « suffisamment » était de moins en moins celui des besoins du bébé et de plus en plus celui des possibilités du parent.

Considérer que « le parent fait suffisamment vu qu'il ne peut faire plus », est un point de vue souvent défendu par des adultes, qui se projettent sur les besoins du parent adulte souffrant. Le « suffisamment » du bébé est bien moins connu et insuffisamment pris en compte : ses capacités de développement précoce, ses compétences potentielles mises en avant par les psychologues du développement notamment (12) ne cessent de nous étonner et nous appellent à un autre regard. C'est le travail des OURSONS et des unités qui se préoccupent de la période périnatale.

Ainsi, l'équipe de notre HDJ comprend, éducateur de jeunes enfants, infirmière, psychomotricienne et même kinésithérapeute pour les soins de néonatalogie. S'y ajoutent les « habitués » de la psychiatrie périnatale et de l'enfant, assistante sociale, cadre de santé, psychologue et médecin formé à la psychiatre de la période procréative de l'adulte, de la parentalité, de la pédopsychiatrie et du développement précoce.

Les situations les plus favorables sont celles pour lesquelles le système dyadique peut rapidement voir l'éclosion d'un espace intersubjectif de qualité entre parent et enfant ; un espace où le tout-petit peut, progressivement acquérir un rythme, anticiper les gestes parentaux, s'apaiser car les réponses aux tensions qu'il peut ressentir sont adaptées, contingentes et synchrones. Et s'il s'avère peu disponible du fait de ses troubles, le parent permet en cet environnement à d'autres d'y répondre afin de pouvoir lui-même retrouver les ressources pour faire face à ces besoins énormes qui sont ceux du nouveau-né humain, si dépendant, si complexe et potentiellement prêt à interagir dès la naissance.

Les soins seront individuels et dyadiques, pour une famille unique. Peuvent s'y ajouter parfois un soin en « groupe » parental ou deux ou trois dyades peuvent échanger, partager et « apprendre » à décoder au travers de ce qu'elles perçoivent des émotions des autres enfants et parents ce qu'elles peinent à voir pour les leurs.

Ces soins sont immédiats, dès la sortie de maternité ou de PANDA. Pas d'attente, la semaine suivant la sortie, une, deux, trois demi-journées sont déjà en place. Le temps presse. En quelques semaines, les rythmes et patterns interactifs sont mémorisés par le tout petit, dès la naissance, il est prêt à communiquer et anticipe que les personnes qui lui proposent une interaction réitéreront (13).

Comment peut-on imaginer attendre des mois voire des années qu'un parent soit disponible pour répondre à ce besoin d'humanisation et d'échange ?

Le rôle de PANDA comme des OURSONS est de soutenir la qualité des interactions lorsque celles-ci sont « presque suffisamment » bonnes (14). Lorsque malheureusement, les échanges sont exclusivement centrés sur les troubles parentaux et que le jeu des identifications à l'enfant et à ses besoins est trop décalé, l'unité doit jouer son rôle :

- ◆ protéger l'enfant de ces « absences », de ces négligences à ses besoins,
- ◆ protéger la patiente qui ne peut exercer sa fonction maternelle, du fait de ses propres troubles.

Il convient de l'affirmer haut et clair : demander à l'enfant d'attendre que le parent aille mieux au-delà de quelques heures voire quelques jours est maltraitant. Demander à un parent de grimper l'Everest de la parentalité alors qu'il peine encore à faire quelques pas douloureux hors de sa propre souffrance est tout autant maltraitant (15).

L'équipe et les soins se doivent d'être suffisamment « bons » pour tous les protagonistes et de protéger ceux qui n'ont pas de voix pour le faire eux-mêmes. Encore faut-il pour cela pouvoir présenter des connaissances et des qualités de compréhension au sein d'un environnement social et sociétal qui l'accepte. Nous n'y sommes pas encore. En attendant, nous continuons, de lutter pour parents et bébés, comme des Sisyphe, presque suffisamment heureux.

BIBLIOGRAPHIE

1. The International Marcé Society for Perinatal Mental Health [En ligne]. The History of International Marcé Society for Perinatal Mental Health. Disponible : <https://marcesociety.com/about/history/>
2. World association for Infant Mental Health [En ligne]. Disponible : https://waimh.org/page/about_waimh
3. Halfon N, Larson K, Lu M et al. Lifecourse Health Development: Past, Present and Future. *Matern Child Health J.* 2014 ; **18** : 344–365.
4. Apter G, Vitte L, Devouche E. Quand les vulnérabilités parentales pèsent sur la qualité de la relation. *La santé en action.* 2024 ; (466) : 17-21.
5. Adhikary S, Gillespie K, Kimball H, et al. A systematic review of research examining mothers, infants, family and staff in psychiatric mother-baby units. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 2024. <https://doi.org/10.1111/acps.13727>
6. Vitte L, Hauguel C, Benoit V, et al. Panda Unit, a Mother-Baby Unit Nested in a Neonatal Care Service. *Front Psychiatry.* 2022 ; **13**. doi : 10.3389/fpsyg.2022.889557.
7. Vitte L, Hauguel C, Henry A, et al. Characteristics of mothers and birth outcomes in a psychiatric mother-baby inpatient unit. *General hospital psychiatry.* 2024 ; **87** : 153–154.
8. Moog NK, Entringer S, Rasmussen JM, et al. Intergenerational Effect of Maternal Exposure to Childhood Maltreatment on Newborn Brain Anatomy. *Biological psychiatry.* 2018 ; **83**(2) : 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.07.009>
9. Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. *Les scénarios narcissiques de la parentalité.* Paris : PUF ; 1999.
10. Weinberg K, Tronick E. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J. Clin. Psychiatry.* 1998 ; **59** : 53-61.
11. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *Int J Psychoanal.* 1953 ; **34**(2) : 89–97.
12. Devouche E, Provasi J. Le Développement du bébé : de la vie fœtale à la marche. *Sensoriel – Psycho-moteur – Cognitif – Affectif – Social.* Elsevier Masson ; 2019 : 328.
13. Nagy E, Molnar P. Homo imitans or homo provocans? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behavior and Development.* 2004 ; **27**(1) : 54-63.
14. Saussol A, Apter G, Devouche E, et al. Parentalités adolescentes : quels accompagnements possibles par le soignant au sein d'un hôpital de jour parents-bébé ? *Soins. Pédiatrie, puériculture.* 2024 ; **45**(340) : 18–24.
15. Apter G, Palacio-Espasa F. Parentalité coupable ou hypercoupable ? Telle est la question ! *Enfances & Psy.* 2012 ; **4**(57) : 36-46.

LES AUTEURS :

Gisèle APTER¹, Lisa VITTE¹, Emmanuel DEVOUCHE^{1,2} et toute l'équipe des OURSONS¹

¹Service Universitaire de Psychiatrie Périnatale et Infantile du Groupe Hospitalier du Havre, Université Rouen Normandie

²Université Paris Cité

76083 Le Havre (France)
gisèle.apter@ch-havre.fr

UN AUTRE REGARD SUR LES CRISES SOCIÉTALES ACTUELLES: IMPLICATIONS POUR LES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES

- *Bernard HUNZIKER* -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Dans notre société occidentale, les crises sont la plupart du temps perçues comme des ruptures anxiogènes de l'équilibre des individus ou des institutions. Elles constituent pourtant des opportunités pour accélérer de nécessaires adaptations évolutives positives.

Accélérateurs d'évolution, leur résolution nécessite d'intégrer l'analyse de l'environnement culturel et sociétal dans lesquelles elles surviennent. Cela apparaît clairement dans la présentation et la résolution de deux crises vécues : premièrement de soignants confrontés à deux cultures différentes, puis de la nécessaire évolution d'une unité dont le contexte avait beaucoup changé.

Dans le cadre de nos institutions soignantes, divers facteurs peuvent provoquer des crises et devenir des opportunités d'évolution positive. Un certain nombre de ces facteurs sont identifiés et commentés en dernière partie de l'article.

MOTS CLÉS: Crise - Danger et opportunité - Rupture d'équilibre - Opportunités évolutives - Matrice culturelle - Environnement de l'institution.

A DIFFERENT PERSPECTIVE ON CURRENT SOCIETAL CRISES: IMPLICATIONS FOR PSYCHIATRIC DAY HOSPITALS

In our western culture, crises are most often perceived as anxiety-provoking disruptions of people's or institution's equilibrium. However they represent an opportunity to accelerate necessary and positive changes.

Resolving a crisis requires to integrate an analysis of the social and cultural environments in which it has occurred. This is illustrated here with the example of two real-life crises and their resolution. The first one is set in the context of caregivers being confronted with two different cultures. The second one emerged within a unit needing to implement necessary adjustments due to considerable changes in its global context.

In mental health institutions, many factors can trigger crises but also become opportunities to accelerate positive change. Some of these factors are identified and reflected upon in the final part of this article.

KEY WORDS: Crisis - Danger and opportunity - Disruption of equilibrium - Evolutionary opportunities - Cultural matrix - Institutional environment.

Depuis un certain nombre d'années, les sociétés contemporaines font face à une succession de crises. Aux crises financières, sanitaire et climatique s'ajoutent aussi la problématique migratoire liée aux déséquilibres Nord-Sud, l'hyperindividualisme occidental et la montée inquiétante des idéologies. L'ensemble de ces bouleversements produit des effets délétères sur la santé mentale de nos concitoyens et nous assistons à une augmentation des troubles psychiques par ailleurs en mutation inquiétante.

Dans ce contexte de « basculement du monde » et de perte des repères, il m'apparaît que le monde occidental est mal armé pour affronter ces crises. Ces dernières sont souvent perçues comme des « problématiques particulières », des moments singuliers de simples ruptures temporaires du rythme de la

croissance pensée avec bien peu de remise en cause d'une vision linéaire de l'évolution du monde.

Pour répondre à cette perception morcelée, nos parlements accordent notamment des droits spécifiques à de nombreuses catégories de citoyens plutôt que de s'ajuster à une vision paradigmatic de l'évolution de nos sociétés. Ce faisant, ils nourrissent l'individualisme et le communautarisme ambiant. Surtout, le discours politique majoritaire apparaît en déconnexion avec les enjeux du réel tels que pressentis par la population. L'important décalage entre le narratif politique et les nouvelles réalités perçues intuitivement tant par les patients que par leurs soignants provoquent chez beaucoup des sentiments d'étrangeté, voire des perturbations dissociatives.

Mon constat m'amènera, dans une première partie, à proposer une réflexion de nature à cerner les changements sociaux et paradigmatiques actuels sous d'autres angles. Le but sera d'abandonner notre cadre habituel de pensée pour aborder différemment les enjeux présents et faire émerger de nouvelles pistes de compréhension.

Dans une seconde partie, je proposerai d'élargir la grille de lecture de la construction psychique individuelle en y intégrant une référence à la matrice culturelle dans laquelle elle se développe. Pour faire percevoir les influences de notre matrice culturelle sur notre construction psychique j'exposerai la gestion fructueuse de deux crises générées par la confrontation à des cultures différentes, celle de changement de place et de rôle d'une unité dans une chaîne de soins en évolution et celle de migrants. A mon avis, la confrontation des soignants à ces crises sont deux exemples de l'enrichissement dont peut bénéficier une vision universelle des souffrances et pathologies grâce au contact avec d'autres cultures, en ces occurrences, celle de « patients migrants » ou de « conflits intergénérationnels » ...

Ma dernière partie listera une série de considérations sur les plans individuel, institutionnel et sociétal, considérations en lien avec des crises vécues ou dépassées par la psychiatrie et les hôpitaux de jour. Elles m'amèneront à proposer des pistes de réponse aux crises qui guettent notre travail au quotidien dans nos Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

S'ENRICHIR D'AUTRES PERSPECTIVES

La Chine et sa culture millénaire très différente de la culture occidentale nous offre des représentations particulièrement riches pour aborder mon sujet sous un autre angle. Pour autant qu'il soit traduisible, le terme de « crise » est souvent représenté dans cette culture par l'idéogramme ci-dessous :



« Wei » peut être traduit par danger, catastrophe et « Ji » par opportunité, chance. En mandarin, dans sa représentation, le terme « crise » contient donc déjà une valeur positive alors que dans la culture occidentale la crise est presque systématiquement perçue négativement et vécue comme seule perte d'équilibre. Dans notre culture, quelques rares experts évoquent parfois et souvent dans l'après-coup les avancées majeures qu'ont permises les crises ou les guerres.

Une seconde référence chinoise est celle du Yi King (1). Les premières versions du livre des mutations datent de plus de 3000 ans et se présentaient d'abord comme méthode divinatoire. Elles évoluèrent sur un mode philosophique exposant, sur base de six traits, la vision d'un monde en mutation constante et fait d'une suite ininterrompue de changements. Dans cette conception, la seule possibilité de l'Homme est de se situer face aux enjeux du moment et de s'ajuster en tenant compte de sa marge de manœuvre.

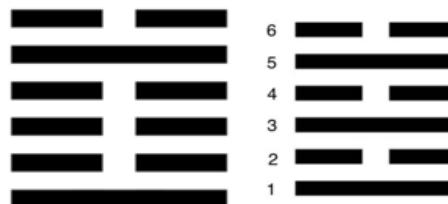
La représentation du monde y est simplement construite sur base de six traits qui peuvent être :

- ♦ discontinus (yin) et représentant les aspects réceptifs et passifs ;
- ♦ continu (yang) et représentant les aspects actifs et entreprenants.

Si le « yin » et le « yang » sont toujours nécessaires, ils ne sont affectés d'aucun jugement de valeur.

Dans leur évolution, ces hexagrammes peuvent être jeunes ou vieux. Jeunes, ils resteront ce qu'ils sont. Vieux, ils se transformeront ensuite en leur contraire. Le Yi King nous propose donc une vision du monde dans laquelle ce qui est créé garde sa valeur un certain temps et doit ultérieurement s'inverser.

Rien n'est fixe, tout se transforme, ne serait-ce que suite à un seul changement qui affecte tout l'ensemble. Il en est ainsi si nous examinons les deux hexagrammes ci-dessous. Seul le quatrième trait a changé et pourtant tout l'aspect et l'équilibre de l'ensemble est modifié.



Ci-contre : deux hexagrammes dont un seul trait change, le 3^{ème} depuis le bas. Tout l'hexagramme présente un autre équilibre

Appliquée à notre monde contemporain, cette représentation chinoise du monde m'amène à penser que le « yang » de la croissance éternelle est probablement arrivé à son terme et que le « yin » de la crise actuelle, s'il crée un danger, est aussi une opportunité d'émergence d'un nouvel équilibre.

Nés dans la matrice culturelle occidentale, il est compliqué pour nous d'aborder chaque simple modification d'une situation complexe comme une opportunité de changement. La crise, souvent accompagnée d'angoisse, a plutôt tendance à réduire notre espace psychique, à nous pousser à nous replier sur nos certitudes, sur nos anciennes valeurs, celles « qui ont fait leurs preuves » dirait un Occidental. Un

chinois lui répondrait : « dans un autre contexte, dans un autre équilibre ».

Dans le cadre de notre travail de soignant, de thérapeute ou de bâtisseur d'institution, cette réponse nous invite à un rôle transformateur. Elle nous invite à rechercher dans toute situation la nouveauté émergente pour en faire un outil évolutif s'appuyant sur les jeunes Yin ou Yang.

Ce thème des crises évolutives a été brillamment illustré dans la littérature par Isaac Asimov (2). Cet auteur crée dans sa trilogie de science-fiction « Fondation » l'univers d'une civilisation à son apogée. Cette civilisation est fragile et, bien que ce ne soit pas encore perceptible, va bientôt s'effondrer et provoquer un long chaos. Le héros parviendra à mathématiser l'évolution de la civilisation et à créer des stratégies de nature à provoquer des changements sociaux. Ceux-ci déboucheront rapidement sur la naissance d'une nouvelle civilisation adaptée aux temps nouveaux. A mon sens, ce récit – mal adapté par Apple TV qui en fait une simple aventure individuelle - illustre à merveille la possibilité de saisir dans notre environnement les opportunités successives qui se présentent régulièrement à nous et à nos institutions pour évoluer.

Sur un autre plan, les économistes ont bien décrit la créativité et les progrès scientifiques apparus dans des moments complexes et difficiles tels les guerres ou les épidémies. Ce fut encore le cas récemment quand la crise de la COVID-19 a fortement accéléré la mise au point et la fabrication de vaccins à ARN messager. Sans cette crise sanitaire, ce type de vaccins qui s'avère aussi utile dans nombre de traitements aurait vraisemblablement mis beaucoup plus de temps à franchir certains barrages réglementaires

Enfin, je tiens à souligner la richesse et la rigueur du livre « La crise, stratégies d'intervention thérapeutiques en psychiatrie » (3). Cet ouvrage illustre les principes et le dispositif nécessaire pour recevoir des patients en crise et utiliser celle-ci pour favoriser des changements maturatifs rapides. Cette conceptualisation ne considère pas la décompensation comme un problème nécessitant d'abord une « mise à l'abri » et une tentative de réduction des symptômes avant une possible tentative de changement une fois la crise passée. Pour cet auteur, la crise est le moteur d'un changement bien plus compliqué à mettre en œuvre « hors crise ».

GESTION FRUCTUEUSE DE DEUX CRISES

Il m'est souvent arrivé dans ma carrière professionnelle d'assister à l'émergence de créations institutionnelles en période de crise. Les deux exemples qui suivent souhaitent mettre en évidence combien les crises souvent perçues comme dangers peuvent aussi devenir des opportunités créatives.

D'UN CENTRE DE SOINS À UN CENTRE DE CRISE

Une unité baptisée « centre de soins » - soins non identifiés « pédopsychiatriques » - avait été créée dans un hôpital pédiatrique pour y accueillir des enfants et adolescents présentant des pathologies complexes ajoutant aux pathologies pédiatriques des problèmes pédopsychiatriques et développementaux. Cette unité bénéficiant d'une équipe solide, ouverte et bien formée dispensait des prises en charge de type hôpital de jour avec une grande souplesse. La qualité de son travail étant bien reconnue dans un large périmètre, elle fut vite débordée suite à l'engorgement des structures de soins psychologiques pour enfants qui, en aval, auraient pu prendre le relais pour gérer les prises en charge à la sortie des enfants. Cette situation participa à l'explosion d'une crise interne dans l'équipe, crise conséquente d'une chaîne de soins dans son environnement inadaptée aux besoins. Cette crise motiva la transformation très rapide de cette unité de soins en centre de crise avec des méthodes spécifiques plus adaptées aux besoins des patients du réseau. Il fut alors décidé d'une durée de prise en charge limitée à 3 mois permettant d'utiliser la dynamique de crise comme un accélérateur de changement.

ÉVOLUTION D'UNE CONSULTATION POUR MIGRANTS

Une évolution institutionnelle positive fut provoquée par une crise survenue dans une consultation pédiatrique recevant des patients issus de populations vulnérables dont des migrants ne maîtrisant pas la langue usuelle de la région. Dès le début des années 2000, l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne commença à recevoir dans sa consultation pédiatrique, assumée par des médecins en formation, nombre d'enfants et d'adolescents ayant migré. La majorité des situations problématiques provenait des Balkans, d'Erythrée et du Sri Lanka. Le grand décalage culturel était encore amplifié par les problèmes de langue et rendaient les consultations très difficiles et peu efficientes. A cette époque, les familles reçues sans interprète étaient incapables de transmettre les informations anamnestiques nécessaires au diagnostic. Elles ne pouvaient pas non plus poser les questions qui les préoccupaient et, encore moins, comprendre les enjeux des traitements ce qui réduisait fortement la compliance. Occasionnellement, les médecins tentaient une traduction en faisant appel à un collaborateur de l'hôpital maîtrisant la langue d'une famille migrante. Il s'agissait généralement de personnel de ménage ou de cuisine. L'absence de connaissances médicales de ces « interprètes » et l'incompréhension du contexte culturel et social par le médecin n'améliorait que peu la qualité des consultations. Rarement, un professionnel de la médiation culturelle était invité. Dans ce cas, d'autres difficultés apparaissaient comme

un mauvais respect de l'horaire et du contexte médical ainsi que des problèmes de paiement de la prestation. Cela avait pour effets d'allonger et de multiplier les consultations, de surcharger le personnel médical et d'allonger les délais d'attente déjà très longs. Il arrivait parfois que le sentiment d'impuissance des collaborateurs et leur frustration de ne pas délivrer des soins de qualité les amènent à des mouvements d'humeur, voire à de l'agressivité.

La direction administrative de son côté s'émouvait d'autant plus du coût des interprètes professionnels - auxquels il était parfois fait appel - qu'elle était confrontée à des consultations manquées. La direction médicale et moi-même étions inquiets de la faible qualité des soins et des risques potentiels d'accidents médicaux graves. La conjonction de l'insatisfaction des soignants et des deux directions précitées a donné naissance à une situation de crise mêlant risque d'abandon de recours à des interprètes professionnels et difficultés majeures de recrutement de médecins intéressés par ce type de médecine exercée dans ces conditions. Il est évident que la grande tension résultant de ces facteurs croisés a accéléré la résolution du problème. Sans cette crise aiguë, la solution aurait certainement pris beaucoup plus de temps à émerger.

Une solution satisfaisante consista en l'embauche salariée et stable d'interprètes médiateurs culturels triés sur le volet. Ceux-ci prestaient des demi-journées à horaires hebdomadaires fixes ce qui générait un coût par patient moindre. Parallèlement, il fut décidé de convoquer, durant les demi-journées de présence des interprètes-médiateurs culturels, les familles pratiquant la même langue. Quitte à user d'overbooking, des demi-jours étaient successivement réservés à des consultations bosniaque, tamoul ou tigrina.

Cette décision précipitée par la crise eut nombre d'effets bénéfiques. La qualité de traduction proposée par ces médiateurs culturels a nettement augmenté la qualité des soins grâce à l'amélioration progressive de leur connaissance du milieu médical dans lequel ils baignaient. La présence régulière des interprètes dans le bureau des médecins et infirmiers a permis le débriefing des situations complexes et des échanges informels nourrissant la collaboration.

In fine, ces divers éléments ont permis au personnel soignant une plus grande empathie envers ces familles et une meilleure compréhension des questions complexes qu'elles se posaient dans le cadre de la demande de soins pour leur enfant.

Enfin, il m'importe de mentionner que, pour parvenir à cette solution, les soignants durent dialoguer avec les administrateurs en charge des aspects financiers. Cela nécessita qu'ils perfectionnent leur connaissance du système financier de l'hôpital et produisent un discours compréhensible par des administratifs. La gestion de la

crise avait donc aussi permis d'améliorer la cohésion de l'ensemble institutionnel.

IMPLICATIONS POUR NOTRE TRAVAIL

DE LA DIFFICULTÉ DE CHANGER HORS DES ÉPISODES DE CRISE

Au niveau individuel, nombreux sont ceux qui souhaitent changer et s'améliorer. Cela n'empêche pas les résistances au changement très bien décrites au niveau clinique.

Il en est de même au niveau institutionnel. Organiser des changements se heurte à diverses résistances, objectives et subjectives.

Sur le plan objectif, tout changement exige d'y consacrer du temps alors que ce dernier est déjà compté, souvent insuffisant, et de plus compressé par des logiques managériales inadaptées. Cela demande également une bonne connaissance du contexte institutionnel (législations, mécanismes de financement, organigramme hiérarchique et procédures décisionnelles ...) afin de réfléchir à des propositions adaptées.

Sur le plan subjectif, réfléchir à de potentiels changements oblige chaque acteur à dévoiler ses actions et l'expose de facto à la critique. Accepter d'entrer dans une spirale de changement confronte aussi au risque de perdre certains acquis. Enfin, au niveau inconscient, l'angoisse de l'inconnu peut faire courir un risque narcissique lié à une incapacité d'assumer des tâches différentes, à la perte d'un statut d'expert.

Ces divers éléments expliquent pourquoi les changements en période de suffisante homéostasie sont rares et souvent moindres.

EFFETS D'UN CONTEXTE SOCIÉTAL INSÉCURISANT

La culture et l'ambiance sociale peuvent constituer un cadre contenant stable et sécurisant pour permettre à chaque personne de se centrer sur les enjeux individuels de sa vie. A contrario, un environnement culturel en crise et donc instable et insécurisant oblige chacun à devoir se mobiliser constamment sur des questions existentielles telles le sexe, le genre, le rapport à la mort, le sens de la vie et du travail, questions particulièrement anxiogènes et sur lesquelles chaque individu n'a que très peu de prise. Ces questions angoissantes et les mécanismes de défense qu'elles suscitent réduisent les capacités à penser pour faire face aux problèmes rencontrés.

Or, nous assistons actuellement à une mutation sociétale faite de perte de nombre de nos repères fondamentaux.

Même nos repères identitaires sont profondément affectés comme nous le voyons avec certaines idéologies actuelles qui remettent en question jusqu'aux définitions des mots « homme » ou « femme ». Selon certains, ces concepts ne devraient pas être fondés sur la biologie mais ne seraient qu'une construction sociale à « déconstruire » pour correspondre au « ressenti » individuel de chacun, comme si cette vérité intérieure se construisait indépendamment de l'environnement culturel.

Dans ce contexte de perte des repères, le risque de dilution de l'identité, voire d'effondrement (4), guette l'ensemble des individus, particulièrement les plus fragiles, nos patients, tout comme les adolescents en construction dans un environnement qui ne leur offre que bien moins de limites structurantes.

ASSOPLISSEMENT OU RIGIDIFICATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Le contexte de crise sociétale et les angoisses qu'il génère potentialisent les mécanismes de défense des individus, en font émerger de plus archaïques et compliquent dès lors l'abord de leur crises intrapsychiques. Dans ce contexte, il me semble indispensable dans le travail avec nos patients de différencier les causes de l'angoisse résultant de facteurs internes liés à leur structuration psychique individuelle de celles des facteurs de leur environnement singulier ou de celles provoquées par le contexte sociétal déstabilisant. A défaut, nous prendrions le risque d'attribuer l'ensemble des causalités multiples et complexes aux seules causes psychiques internes.

Carl Gustave Jung (5) écrivait dans « Psychologie de l'inconscient » : « La névrose est, à chaque époque, intimement liée aux problèmes du temps. Elle représente, en somme, un essai malencontreux de l'individu pour résoudre en son sein un problème général ». Le concept « d'inconscient collectif » était probablement, à l'époque de Jung, une tentative assez réussie de décrire le phénomène que j'évoque. Je remplacerais ce concept très internalisé pour Jung par la notion de culturel. J'attribue à cette notion l'ensemble de tout ce qui est transmis à l'enfant dès son plus jeune âge par l'environnement à travers les soins primaires, les liens, la langue et le sens des mots propres à chaque culture.

Appliqué à une crise institutionnelle, mon propos invite à mener différents niveaux d'analyse. Un premier niveau d'analyse concernerait l'institution et son histoire. Un second niveau s'attacherait à l'environnement proche dans laquelle l'institution se meut. Un troisième niveau réfléchirait l'influence de l'évolution sociétale et de la mutation des pathologies sur l'institution.

SPÉCIFICITÉ DES HÔPITAUX DE JOUR

Dans la première moitié du XXème siècle, les Hôpitaux de Jour ont été créés lorsqu'il est devenu évident que des patients avaient besoin de soins intermédiaires entre le soin aigu à l'hôpital et les consultations ambulatoires.

Depuis lors, nombre d'autres dispositifs ont été créés tant dans le champ du soin que dans le champ social. Dans le champ thérapeutique, existent maintenant les équipes mobiles qui interviennent dans le milieu des patients, les ateliers thérapeutiques, des systèmes d'hospitalisation à domicile. Des dispositifs sociaux élargissent également l'offre comme les ateliers protégés, les clubs de rencontre pour patients, etc.

La création de ces divers dispositifs est un défi qui oblige les Hôpitaux de Jour Psychiatriques à se redéfinir et à se repositionner dans un environnement en mutation rapide et constante. Il importe que nous clarifions notre place dans les trajets de soins proposés à nos patients, que nous différencions ce qui ressort de la psychiatrie, de la santé mentale ou du social. Il importe que nous réfléchissions à la plus-value de nos interventions afin de répondre aux interpellations de nos mandants, l'État, les assurances et les associations de patients. Plutôt que d'être perçu comme un facteur négatif, cette obligation constitue une opportunité pour nous pousser à clarifier le sens de nos pratiques et à les décrire dans un langage accessible aux politiques, aux assurances et, bien évidemment, aux patients et à leur entourage.

LOGIQUES FINANCIÈRES

L'importante augmentation des coûts de santé à laquelle participe l'augmentation des troubles psychiques confronte nos institutions à des pressions visant à diminuer nos coûts d'intervention. Des coupes budgétaires risquent de mettre à mal les soins prodigués à nos patients.

Contrecarrer ces dangers nécessite peut-être de comprendre les logiques managériales. Connaître ses partenaires, parfois perçus comme des freins à notre travail, participe au succès. Encore faut-il, être suffisamment sûr de soi, ne pas avoir peur d'y perdre son âme et oser aborder ce monde avec curiosité et sans à priori.

Soignants, il nous faut reconnaître que le « bien faire » ne suffit plus. En nous confrontant à l'inconnu de logiques étrangères, nous prenons alors conscience que certaines de nos convictions ne sont pas toujours aussi solides que nous le pensions. De nouveaux éclairages nous obligent ainsi à repenser nos pratiques pour les défendre devant nos partenaires financeurs. Les logiques financières peuvent ainsi constituer une opportunité de changement, une invitation à nous risquer à la transformation, à soigner mieux et plus de patients.

LOGIQUE JURIDIQUE ET SUR-RÉGLEMENTATION

Le monde contemporain est habité du fantasme selon lequel une inflation législative et de textes réglementaires va résoudre la complexité et améliorer la productivité.

Pire, il circule aussi dans certaines institutions l'idée que des réglementations tatillonnes vont permettre de les protéger, reportant ainsi sur les collaborateurs le poids des risques. Cette exigence sécuritaire conduit souvent à imposer des pratiques inefficaces, voire impossibles à appliquer.

Face à cette sur-réglementation maîtrisante et inopérante les professionnels peuvent adopter une attitude défensive. Plutôt que de se concentrer avec cohérence sur la qualité des interventions visant au bien du patient, ils peuvent alors se replier sur la qualité du dossier, la justification constante de leurs actes.

Plutôt que d'adopter cette posture défensive, ne vaut-il pas mieux saisir l'opportunité de s'investir dans le champ du droit et de s'intéresser aux textes fondamentaux définissant les droits d'accès à la santé dans les conventions des droits de l'Homme et les textes de l'OMS ?

Cette confrontation pourrait nous amener à nous apercevoir que nous ne respectons pas certains principes fondamentaux de ces conventions ou textes. Nous pourrions aussi découvrir que certaines directives institutionnelles ne sont pas conformes à certains des principes supérieurs édictés par ces instances internationales et validées par nos parlements.

Il s'agirait certes de découvertes risquées mais riches d'un nécessaire potentiel évolutif. La stagnation n'est à mon sens que régression dans un monde changeant.

TRANSPARENCE ET DROITS DU PATIENT

A l'instar de la Glasnost initiée par Mikhaïl Gorbatchev en URSS dans les années 80, le monde se berce d'illusion en pensant que la transparence totale est la panacée.

Certes la transparence déclinée actuellement dans les législations relatives aux droits du patient, notamment à l'information, est utile et limite les abus de pouvoir. Le respect des droits du patient a aussi pour effet de faire appel à sa participation plus active dans les décisions le concernant et ainsi d'augmenter son adhésion au traitement.

Il nous faut cependant reconnaître que ces législations combinées à l'information recherchée par certains patients sur internet compliquent fortement le travail des soignants auparavant reconnus compétents et responsables par leurs patients. Les soignants

doivent ainsi tenir compte dans leurs communications des multiples informations recueillies par leurs patients, informations vraies ou fausses, informations décontextualisées, informations parfois mal comprises. Les soignants sont encore confrontés au nouveau concept de « pair-praticien », concept selon lequel celui qui a souffert sait mieux que le scientifique qui n'a pas vécu la maladie mais est en position contestée de pouvoir. Les soignants sont maintenant confrontés à devoir sans cesse se justifier, à voir remis en cause l'ensemble de leurs choix comme ceux de leurs institutions, voir à se défendre d'attaques qui peuvent conduire à une judiciarisation.

Cette évolution du contexte sociétal, comme tout changement, oblige à naviguer entre risques et opportunités. Si elle complexifie leur travail et fait descendre les professionnels de leur piédestal, la « co-construction » du traitement avec leurs patients est aussi une opportunité pour les soignants dans la mesure où ce partenariat les amène à partager savoirs et décisions, à partager le poids des lourdes responsabilités pesant auparavant sur leurs seules épaules. Bien évidemment, cela les confronte à la recherche d'un nouvel équilibre.

PSYCHOLOGISATION DE LA SOCIÉTÉ

Mai 68 a constitué un vaste courant de libération des individus. Ce courant entretient des liens étroits avec l'ultralibéralisme valorisant la possibilité d'entreprendre et les choix individuels en réduisant à l'excès les normes sociales et les interventions de l'État. Dans la société contemporaine, les choix individuels sont devenus la seule boussole dans de nombreux domaines : choix de vie et de mort, choix de genre, choix de métier, choix de soins également.

Nourrissant l'individualisme au détriment du collectif, ce courant prônant essentiellement la liberté de choix des individus expose à nombre de nouveaux problèmes complexes.

Liberté totale et entière de l'individu dans de très nombreux domaines signifie également qu'il est seul responsable des décisions qui impactent sa vie et porte seul tout le poids des difficultés qui en résultent. Cela accentue le risque de dépressions quand ce poids devient trop lourd pour l'individu laissé seul face à ces questions en l'absence de l'étayage social et culturel qui l'aidait auparavant à le porter (6).

L'individualisation de tous les problèmes mène aussi à une psychologisation qui exonère l'organisation sociale de toute responsabilité. Le milieu Psy devient ainsi responsable de résoudre l'ensemble des problèmes des patients, y compris les problèmes générés par un défaut d'étayage social.

Face à cette psychologisation, il importe que les soignants tentent de clarifier ce qui relève effectivement

de la liberté de choix du patient en le différenciant du contexte la limitant. Traduit de l'anglais « capability », le concept de « capabilité » (7) invite à définir pour chaque individu ses buts et les moyens dont il dispose réellement pour les atteindre. Ce concept protège des ravages d'une idée de toute puissance qui laisserait penser à chacun que tout est possible en tout temps.

ENGAGEMENT DU SOIGNANT

L'engagement personnel du soignant dans un processus de soins s'appuyant sur la relation a souvent fait débat et agité le milieu psy. Certains ont fait appel à la position de neutralité qui était espérée bienveillante. D'autres ont adopté un engagement actif en faveur de patients pris dans de grandes complexités externes. Ces derniers pensent que rester neutre face à des patients pris dans l'étau d'une secte ou d'une relation avec un pervers narcissique ne peut les aider. Rester neutre face à un patient qui a été torturé ne revient-il pas à éviter de prendre parti entre le bourreau et la victime et, de ce fait, à empêcher un travail de reconstruction psychique ? A contrario, devenir son avocat, le plaindre ou intervenir trop activement n'est-ce pas le maintenir dans un rôle de victime impuissante et empêcher un travail thérapeutique ?

Ce double questionnement invite les soignants à rechercher activement dans la singularité de chaque situation quelle est la juste et saine distance à adopter. Dans telle situation finement analysée, il sera adéquat de s'abstenir d'agir ? Dans une autre tout aussi finement analysée, des actes seront indispensables pour soutenir le patient face à l'adversité et l'aider à en sortir en s'appuyant sur une relation de confiance en son thérapeute.

L'engagement thérapeutique pose également question quand il s'exerce dans un cadre institutionnel.

Les institutions se doivent de codifier le travail, déterminer les actes considérés comme productifs ou inutiles et les évaluer. Elles ont cependant de plus en plus tendance à réduire les marges de manœuvre des collaborateurs et d'augmenter la part de simple exécution d'actes prédefinis. Les soignants sont pourtant souvent confrontés à des situations plus complexes que ne le prévoient les directives managériales. Ils se retrouvent alors tiraillés entre ces directives contraignantes et leur souhait de réaliser un travail adapté et utile, un travail sensé. Ce tiraillement est d'autant plus grave qu'il est permis de se demander comment un soignant qui ne trouve pas sens à son travail pourrait aider son patient à trouver sens à la souffrance qu'il traverse !

De tels tiraillements provoquent burn-out, bore-out et abandon des métiers soignants par nombre de professionnels. Ces abandons alimentent un cercle vicieux dans la mesure où la charge de travail repose

sur un nombre de moins en moins grand d'épaules et épouse les bonnes volontés. Face à ce constat, il importe que les cadres valorisent la mise en évidence du sens du travail quotidien des soignants et dégagent à cet effet l'ensemble des marges disponibles. Il importe aussi que ces responsables sensibilisent les instances administratives et politiques aux énormes coûts et aux mauvais résultats générés par ce type de management. Dans les équipes, un chantier important et quotidien consiste à identifier, d'une part, les zones de liberté où peuvent s'exercer des choix cliniques et, d'autre part, les zones sans liberté. Il faut alors apprendre à faire avec les contraintes identifiées en évitant les positions de repli dépressif ou de révolte systématiques et profiter pleinement des espaces de liberté créatrice.

CONCLUSION

Face à la complexité du monde et à ses incessantes mutations, il est indispensable d'adopter une approche qui, au maximum, embrasse la diversité des enjeux de chaque situation. Il importe également d'avoir le courage d'abandonner ses aprioris et ceux de son environnement, d'abandonner ses convictions sécurisantes pour se risquer à mettre en doute ce qui nous semblait évident, solide et immuable.

Dans un premier temps, la confrontation à d'autres perspectives culturelles peut ébranler nos certitudes les plus fortes et nous inquiéter. Ces perspectives différentes peuvent aussi nous ouvrir l'esprit et nous permettre un nouvel abord du monde de nature à dégager nos marges de liberté et à réduire nos frustrations.

Nos systèmes de soins ont déjà affronté et dépassé avec succès nombre de crises en intégrant de nouveaux savoirs ou pratiques, en en modifiant d'autres. De nécessaires évolutions auraient parfois pu être plus rapides si elles ne s'étaient pas heurtées au poids des résistances au changement et à la peur d'un avenir incertain. Il n'empêche qu'elles finirent par s'imposer comme s'est imposée l'évolution d'une institution psychiatrique essentiellement hospitalière sous la pression, brutale avant d'être intégrée, du mouvement anti-psychiatrique. Cette évolution a été décrite dans la littérature scientifique (8) et au cinéma par une réalisation magnifique (9).

Sur un autre plan, les conflits frontaux entre les théories psychanalytique, systémique et comportementaliste ont évolué et ces théories sont maintenant souvent appréhendées avec la richesse de leurs complémentarités (10).

Enfin, autre exemple de l'intérêt de l'ouverture, les découvertes récentes des neurosciences commencent à s'intégrer dans certaines conceptions des soins psychiques, sans pour autant renier les acquis antérieurs. Les neurosciences confirmé même

certaines théories antérieures comme la découverte du fonctionnement des neurones miroirs, confortant ainsi les intuitions relatives à l'importance de l'empathie.

Ces quelques exemples veulent témoigner de l'importance de regarder les enjeux du présent avec des yeux neufs pour oser des adaptations, des transformations, abandons ou même des révolutions conceptuelles ou mentales. Le temps et le monde présent nous l'imposent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wilhem R. Yi King, le livre des transformations. Paris : Librairie de Médicis ; 1979, 804.
2. Asimov I. Cycle Fondation. Paris : Hachette/Galimard ; 1957, 256.
3. De Coulon N. La crise, stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Lausanne : Antipodes ; 2021, 309.
4. Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. Paris : Gallimard ; 2000, 284.
5. Jung CG. Psychologie de l'inconscient. Paris : LGF, coll. « Le livre de poche » ; 1966, 218.
6. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi. Paris : Odile Jacob ; 1998, 416.
7. Amartya S. L'idée de justice. Paris : Le Seuil ; 2010, 558.
8. Cooper D. Psychiatrie et antipsychiatrie. Paris : Seuil ; 1970, 191.
9. Giordana MT. Nos meilleures années. Film Rai Radiotelevisione Italiana, 2003.
10. Hunziker B. Synthèse du colloque de Brest. Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles. 2014 ; (16) : 131-132.

L'AUTEUR :

Bernard Hunziker

Psychologue spécialisé en psychothérapie indépendant

Ancien responsable des psychologues du SUPEA – Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne (CH)
Route des Cerisiers 15, 1802 Corseaux (Suisse)
bernard.hunziker@bluewin.ch

AFFRONTER LES CRISES AVEC LA BOUSSOLE DES VALEURS INSTITUTIONNELLES

- *Eftychia VALASSOPOULOU* -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Les crises imposent des bouleversements qui éprouvent le processus d'adaptabilité de toute structure. Dans le système hospitalier, il est nécessaire de se référer aux valeurs institutionnelles comme guide lors de ces changements. Et s'ils étaient une occasion pour réinventer un rythme de soins différent, voire repenser la direction à donner aux soins à l'hôpital de jour psychiatrique ? Nous allons exposer les valeurs du centre hospitalier régional de la Citadelle et la direction qu'elles nous ont indiquée au travers de trois crises : sanitaire, pénurie du personnel infirmier et financière.

Le Coronavirus nous a d'abord éloignés l'un de l'autre avant de nous rapprocher. Cette évolution dans la position de chacun a amélioré la relation soignant/soigné. Les décisions et l'information sont davantage partagées, la relation « s'est horizontalisée » en accord avec les valeurs institutionnelles de créativité collaborative et d'acteur positif.

La pénurie de personnel infirmier a elle aussi imposé une nouvelle vision de notre fonction d'accompagnant. L'optimisation du temps de travail ne pouvait se réaliser qu'en partenariat avec les patients. Ils fournissent un nouveau cap aux soins personnalisés en collaborant d'avantage à leur projet médical.

Enfin les ressources financières atrophieront ont imposé un élan de créativité pour maintenir la qualité des soins. Cette adaptabilité est illustrée via les présentations de l'atelier cuisine et du jeu de société YUKI orientés par les valeurs de créativité collaborative, d'acteur positif et de respect.

En conclusion, ces crises successives (et celles à venir ?) ont permis au système « hôpital de jour » de se réajuster et de se renforcer en harmonisant les liens qui unissaient, unissent et uniront encore pendant longtemps tous les membres qui le constituent autour des valeurs que défend notre hôpital.

MOTS CLÉS: Hôpital de jour psychiatrique - COVID - Crise - Adaptation - Valeur - Institutionnelle

CONFRONTING CRISES WITH THE COMPASS OF INSTITUTIONAL VALUES

Crises impose upheavals that test the process of adaptability of any structure. In the hospital system, it is necessary to refer to institutional values as a guide during these changes. What if they were an opportunity to reinvent a different rhythm of care, or even rethink the direction to be given to care in the psychiatric day hospital? We are going to expose the values of the Citadelle Regional Hospital Center and the direction they have provided us through three crises: health, shortage of nursing staff and financial.

The Coronavirus first distanced us from each other before bringing us closer. This change in the position of each person has improved the caregiver/patient relationship. Decisions and information are shared more, the relationship «has been horizontalized» in accordance with the values of the institution.

The shortage of nursing staff has also imposed a new vision of our role as a caregiver. The optimization of working time could only be achieved in partnership with patients. They provide a new direction for personalized care by collaborating more in their medical project.

Finally, atrophied financial resources have imposed a surge of creativity to maintain the quality of care. This adaptability is illustrated through the presentations of the cooking workshop and the YUKI board game oriented by the values of collaborative creativity, positive actor and respect.

In conclusion, these successive crises (and those to come?) have allowed the «day hospital» system to readjust and strengthen itself by harmonizing the links that united, unite and will continue to unite for a long time all the members who make it up around the values that our hospital defends.

KEY WORDS: Psychiatric day hospital - COVID - Crisis - Adaptation - Value - Institutional

INTRODUCTION

L'année 2019 a été la première à annoncer des changements dans la réorganisation de la société avec la découverte du SARS-COV2. D'abord lointain, en Asie, loin de nous et de notre culture. Nous le pensions si distant qu'il ne nous concernerait probablement jamais. Un confinement en Europe était inimaginable. Et pourtant...

Ce sentiment nous a, de nouveau, effleuré lors de l'invasion des troupes russes en Ukraine le soir du 23 février 2022. Un conflit armé aux portes de l'Europe était inconcevable. Et pourtant...

Dans ce sillon et dans la conjoncture de ces deux premières crises, l'inflation a fait flamber le prix de l'énergie entraînant de nombreuses situations financières intenables. En Belgique, hésiter entre payer sa facture de gaz, se nourrir dignement ou se soigner était invraisemblable. Et pourtant...

Ces différentes perturbations furent autant d'occasions de nous adapter, de manière individuelle mais également au niveau de notre service. Pour faire face nous nous sommes référés aux valeurs défendues par notre hôpital régional. Nous proposons ici une description des atouts qui nous ont servi de boussole ainsi que les modifications concrètes de notre prise en charge proposée à nos usagers embarqués bien malgré eux dans ce processus évolutif.

LES VALEURS INSTITUTIONNELLES, GOUVERNAIL DANS LES TEMPS DE CRISE

La période actuelle a imposé plusieurs bouleversements. La crise sanitaire avec, dans son sillon, celle entraînée par la pénurie de personnel soignant ou encore la crise financière furent autant de raisons de nous adapter. Dans certains cas, l'opportunité de la crise offre des avantages au système entier (1). L'hôpital, comme tout organisme, peut adopter plusieurs postures dans cette situation. Les adaptations présentées ici illustrent comment nous avons transformé les crises en atouts.

Il est souvent un point commun dans ces temps de tourmente : la perte de repères. Or s'il est bien un point d'ancrage majeur, ce sont les valeurs qui ont constitué le système à sa base. Les valeurs institutionnelles ont été l'ossature autour de laquelle les différents services se sont constitués. Elles permettent de maintenir le cap dans l'évolution et dans les relations qu'entretiennent les différents acteurs qui constituent le système hospitalier (2). Ces valeurs (3) sont communes à celles défendues par l'hôpital de jour psychiatrique. Nous les décrivons brièvement ci-dessous¹.

En premier, nous retrouvons la *Créativité collaborative*. Cette valeur fait appel à l'imagination et à l'innovation face à de nouveaux défis, à de nouvelles situations, dans l'esprit de collaboration nécessaire, afin de faire évoluer les collègues, le service et l'institution dans sa globalité. Cette notion a évidemment été au cœur des nouvelles approches qu'a dû traverser notre service.

En second, nous mentionnons la capacité d'être *Acteur positif* c'est à dire des partenaires optimistes et investis dans les missions de l'hôpital. Cette valeur responsabilise chaque partenaire et lui donne un rôle actif. Elle le rend partie prenante de son évolution et de sa réussite. Le caractère positif met en lumière la démarche de proactivité et la motivation de chacun au quotidien, afin d'aboutir à des démarches constructives. Ici encore le duo soignant/soigné a dû faire preuve de créativité pour se réinventer face aux différentes crises.

Ensuite nous soulignons le *Respect 360°*. Nous tentons de considérer chacun et notre environnement de travail avec bienveillance. La notion de respect est une valeur fondamentale. Elle assure également un environnement de travail épanouissant. La référence à « 360° » lui donne un caractère plus puissant : cette valeur est applicable pour tous, et pour toute chose. Elle appelle à considérer toutes les personnes avec bienveillance, ce que l'équipe de l'hôpital de jour a tenté de faire depuis sa création.

Enfin, nous proposons de viser l'*Excellence* ! Nous tentons d'améliorer continuellement la qualité des services au patient dans une dynamique partagée. L'excellence fait référence à notre volonté permanente d'exigence et de performance dans la prise en charge des soins au patient ainsi que dans notre travail. Au quotidien, nous veillons à développer nos compétences, nos approches et nous améliorons continuellement nos pratiques. Nous recherchons l'excellence dans l'efficience.

Au travers de ces différentes valeurs, nous pouvons observer une ligne directrice qui reste évidemment centrée sur notre partenaire de travail : le patient. Nous nous engageons ensemble à parcourir et dessiner son trajet de soins selon certains repères définis préalablement. C'est bien cet ancrage à nos valeurs et repères qui nous a permis de franchir les impacts des différentes crises et de pouvoir en ressortir grandis.

¹ Chaque référence aux valeurs institutionnelles est reprise en italique dans le texte.

CRISE SANITAIRE : COMMENT LA COVID NOUS A ÉLOIGNÉS PUIS RAPPROCHÉS

LA PRÉPANDÉMIE

Depuis son ouverture le 4 avril 2017, l'hôpital de jour psychiatrique de la Citadelle a connu beaucoup d'étapes dans son processus d'évolution : accroissement du nombre de lits et concomitamment de l'équipe pluridisciplinaire, ouverture à de nouveaux métiers au sein de l'hôpital de jour (ergothérapeute, éducateur, etc.). L'équipe et les patients se découvraient mutuellement.

Les soins proposés l'étaient par l'équipe. Elle était ouverte et à l'écoute des modifications souhaitées par les patients mais leur latitude était restreinte. Les soins se déroulaient selon un rythme préétabli et peu flexible. Cela semblait peu ou prou impacter la qualité du travail au vu du taux de rétention et de satisfaction mentionné par les patients eux-mêmes. Persistait tout de même l'envie de se rapprocher des attentes des patients fréquentant l'hôpital de jour. Nous étions loin d'imager que cela allait être rendu possible par un virus.

LES SOINS À DISTANCE

Durant le confinement le service a dû, à l'instar de beaucoup d'autres, muer pour maintenir une pratique malgré une distance physique jusque-là inimaginable en hôpital de jour. Les activités pensées par les soignants pour les soignés étaient proposées via téléphone. Cependant, ici, était introduite une première notion de choix : plusieurs ateliers étaient proposés par voie postale et chacun décidait de l'exercice qu'il allait travailler. Nous pouvions voir là, les prémisses de l'évolution à venir.

LA REPRISE DE L'HOSPITALISATION EN « PRÉSENTIEL »

En 2022, les vagues successives de la crise sanitaire ont enfin laissé la place à des conditions de reprises de soins traditionnels. Rapidement, chaque partie a pu tirer des conclusions de cet éloignement suivi d'un rapprochement. Chacun s'est instruit des idées de l'autre afin de reconstruire les bases d'un travail thérapeutique plus classique.

Le confinement a nourri énormément de réflexions dans le chef de l'équipe pluridisciplinaire. Et si la reprise de contacts en présentiel était le moment de repenser notre positionnement à tous ? Si le temps était venu de partager le gouvernail des décisions du trajet de soins voire de la vision de la prise en charge ? Ainsi, certaines décisions sont devenues davantage concertées. Si le

projet médical reste le fil conducteur, son articulation et sa mise en œuvre sont partagées. La finalité de l'hospitalisation s'en trouve affinée.

VOUS AVEZ DIT « RÉTABLISSEMENT » ?

Depuis cette crise, nous abordons davantage une vision de rétablissement. Cette notion peut avant tout se comprendre et se décrire comme une expérience. Celle-ci tente de suivre une vision optimale des ressources personnelles et environnementales. Une des finalités étant de viser un état de bien-être et d'équilibre. Ce dernier se vivra dans les conditions de vie que la personne aura elle-même définies (4).

La nuance est importante. La personne répertorie ses ressources personnelles résiduelles. Elle se centre sur ce qui est maintenu plutôt que sur ce qui dysfonctionne, les capacités plutôt que les symptômes. Nonobstant, si l'objectif reste la réduction de la souffrance psychologique, celle-ci n'est plus le seul et unique but à atteindre.

Chacun opte donc pour une vision différente dans la manière de dispenser les soins et leur continuité. Par exemple, l'information est rendue beaucoup plus accessible (5). Pour ce faire, l'équipe organise fréquemment différents ateliers visant le renforcement du sentiment d'empowerment (6) : certains fourniront des informations sur une meilleure connaissance de la psychopathologie, d'autres sur une meilleure connaissance du réseau de soins disponible dans le bassin régional. Chacun obtient la possibilité de définir son propre parcours de rétablissement post-hospitalier et nous l'accompagnons dans ce sens en accord avec son projet médical. Le pouvoir de décision est maintenant partagé. Le coronavirus nous a ainsi éloignés mais bien plus rapprochés. Pour y parvenir, nous nous sommes tous inspirés des deux valeurs : *acteurs positifs* lors des choix opérés dans le parcours post-hospitalier par les patients et *créativité collaborative* lors de l'élaboration concrète de celui-ci.

PERSONNEL SOIGNANT : OPTIMISER LE TEMPS AU VU DE LA PÉNURIE D'AGENT

INSUFFISANCE DE PERSONNEL INFIRMIER

Que ce soit dans le domaine de la psychiatrie ou dans d'autres domaines de la médecine, le manque de personnel tend à se faire sentir de plus en plus au fil des années (7). Les causes en sont multiples et les institutions hospitalières y sont généralement confrontées tôt ou tard. L'hospitalisation de jour en psychiatrie n'échappe pas à ce bilan. Ce déficit nous a permis de repousser nos limites d'adaptation et d'imagination. Nous avons

tenté d'optimiser le temps à notre disposition plutôt que d'en viser une augmentation irréaliste.

A l'instar des valeurs précédemment évoquées, l'équipe s'est basée sur le partenariat renforcé avec chaque participant. Auparavant, l'équipe proposait un projet de soins réfléchi pour sa majeure partie par les soignants sur la base des observations de l'équipe. Les contacts étaient aussi garantis par le référent. Ces tâches, effectuées pour chaque patient, pouvaient représenter une part de temps de travail assez importante.

LA MODIFICATION DU RÔLE DE RÉFÉRENT VERS CELUI D'ACCOMPAGNANT

En introduisant une nuance dans le rôle du référent, le gain de temps et le rendement de celui-ci ont pu être rapidement observés. A l'heure actuelle, le projet de soins post-hospitalier est coconstruit. Il est édifié par la dyade soignant/accompagnant. Les difficultés et ressources sont listées par le patient et le soignant apporte sa connaissance du réseau afin de combler au mieux les attentes énoncées. Cette trajectoire est toujours discutée en réunion d'équipe mais comme l'équilibre entre les attentes du patient et la proposition des soignants s'est accru, la décision est actée plus rapidement. Cela majore également l'efficience du parcours post-hospitalier, une fois encore grâce au sentiment de « capacité d'agir » engrangé. Le patient étant plus impliqué et renseigné, il prend souvent et spontanément les différents contacts en toute autonomie. L'accompagnant reste cependant attentif aux freins psychopathologiques de certains. Cette évolution a été permise grâce aux valeurs institutionnelles de respect du choix du patient et des membres de l'équipe et d'excellence qui guide chacune de nos décisions communes.

AUTANT AVEC MOINS DE RESSOURCES FINANCIÈRES ?

LA CUISINE THÉRAPEUTIQUE ET SON POTAGER REDÉCOUVERT

La situation géopolitique mondiale a également été ébranlée en février 2022. La flambée des prix de l'énergie entraînant - en partie - une inflation importante a été un autre défi qu'a dû relever chaque citoyen belge tout comme le système hospitalier dans son ensemble. Ici encore, les motivations à s'ajuster n'ont pas manqué. Dans un système aussi imposant que l'Hôpital chacun doit pouvoir apporter sa contribution.

Bien avant la crise sanitaire, la Citadelle allouait un certain budget pour le bon fonctionnement du service. Celui-ci pouvait couvrir des petits achats dont ceux

nécessaires au fonctionnement de l'atelier cuisine thérapeutique. Cet atelier est une pierre angulaire dans la prise en charge proposée. Il constitue un espace de détente, de rencontre et de partage. Auparavant, un menu était élaboré dans un atelier spécifique et la liste de courses était rédigée à ce moment. Une projection budgétaire était réalisée dans la foulée. Ensuite, nous nous rendions tous au (super)marché pour préparer les recettes. Ce budget nous a été supprimé ce qui nous a obligé à repenser le fonctionnement de cet atelier.

Les restrictions budgétaires nous ont obligés à la créativité collaborative. Nous avons ainsi inclus un partenaire supplémentaire en la personne d'un bénévole qui partage tous les lundis sa passion pour le jardin et la nature dans un sens large. Il a la responsabilité d'un potager accolé à notre hôpital. Nous pouvons nous y servir raisonnablement en légumes frais. Nous fonctionnons donc dans le sens inverse : nous partons de ce qui est disponible pour confectionner notre menu du vendredi. Les légumes (gratuits) sont de saison et parfois redécouverts. La part belle de l'assiette leur est davantage laissée au détriment des protéines. Une assiette assainie, des moments de partage et de rencontre : les objectifs thérapeutiques de l'atelier cuisine thérapeutique restent donc inchangés.

YUKI OU L'ART DE CRÉER COLLECTIVEMENT

Comme précédemment évoqué la diminution des réserves financières a imposé des modifications dans la manière d'acquérir des outils thérapeutiques. L'aspect ludique, si important pour renforcer la cohésion de groupe, n'a pas été épargné par les économies.

Depuis la création de l'hôpital de jour, une ludothèque a été constituée au départ de l'enveloppe financière allouée mais ces jeux de société s'abîment relativement rapidement. L'équipe soignant/soigné a donc dû innover pour les remplacer. Ce sont là les prémisses de YUKI, le jeu de société créé de toute pièce par tous les participants (y compris son nom étrange).

Plusieurs ateliers ont été mis en place : brainstorming concernant les idées, envies, suggestions puis quelques-uns sur la faisabilité, l'orientation et le but du jeu. Enfin, d'autres sur l'organisation, la distribution des tâches et la réalisation finale de l'outil. Cet aspect collaboratif a permis de créer un dispositif ludique encore utilisé actuellement. Il se compose de plusieurs activités qui visent l'expression corporelle (mimes), verbale (faire deviner des expressions) ou encore artistique (dessin). De plus, il est renouvelable quasi à l'infini : lorsqu'une partie du jeu est manquante ou désuète (questions, pions, etc.) une autre vient rapidement la remplacer grâce à un atelier dédié. Les adaptations pour ces deux ateliers ont été rendues possibles en nous

appuyant sur les valeurs de créativité collaborative lors de la conceptualisation commune du menu ou du jeu, d'acteurs positifs lors de leur réalisation et de respect des idées de chaque participant.

CONCLUSION

Chaque évolution de notre service a donc été réfléchie et guidée en fonction de ce qui « fait sens » pour notre hôpital. La cohérence qui en ressort entraîne des soins plus individualisés et centrés sur le patient. Ce processus actif démontre les capacités de chacun à s'ajuster aux besoins et conditions mouvantes. Cela a profondément renforcé les liens qui unissent les soignants et les soignés.

Les rôles ont aussi été impactés. La créativité guidée par les valeurs institutionnelles couplée au dynamisme de ses membres a solidifié le système hôpital de jour psychiatrique. Ce bilan positif constitue un rempart solide pour affronter les doutes et incertitudes du monde dans lequel nous sommes tous appelés à évoluer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bourai S, Schweitzer JM. La crise révèle des capacités de résilience des organisations : le cas de 10 entreprises. Arch Mal Prof Environ. 2022 ; **83** (4) : 349-350. doi.org/10.1016/j.admp.2022.07.145
2. Bousser M. Les facteurs d'adaptabilité des personnels de santé contributifs à la résilience hospitalière et les leviers managériaux mobilisés. Projectics / Proyéctica / Projectique. 2022 ; **HS** : 33-55. doi.org/10.3917/proj.hs03.0033
3. Hôpital de la Citadelle. Rapport annuel. (En ligne). (Cité le 04/05/2023). Disponible : <https://www.citadelle.be/CitadelleWebsite/media/Documents/Rapports%20annuels/Rapport-annuel-2017.pdf>
4. Mead S, Copeland ME. What recovery means to us : consumers' perspectives. Community Ment Health J. 2000 ; **36** (3) : 315-28. doi.org/10.1023/A:1001917516869
5. Quiles C. Santé et éducation thérapeutique en psychiatrie : une place à renforcer ? Ann Med Psychol. 2022 ; **180** (7) : 671-673. doi.org/10.1016/j.amp.2022.07.020
6. Vasseur-Bacle S, Roelandt, J, Noel C. Empowerment en santé mentale : Recommandations et perspectives. Eur Psychiatry. 2015 ; **30** (S2) : S89-S90. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.386
7. European Commission. Employment and Social Developments in Europe addressing labour shortages and skills gaps in the EU - Annual review. (En ligne). (Cité le 10/10/2023). Disponible : <https://op.europa.eu/webpub/empl/esde-2023/>

L'AUTRICE

Eftychia VALASSOPOULOU

Chef du service de psychiatrie de l'hôpital de la citadelle.
Boulevard du 12^{ème} de ligne, 1, 4000 Liège (Belgique)
eftychia.valassopoulou@citadelle.be

CRISE ENVIRONNEMENTALE : la vie institutionnelle comme espace de traitement et de mise en forme de ses effets

- Lisa BLEYNIE-AZIZ, Jonathan COSSY -

RÉSUMÉ - SUMMARY

La crise environnementale, dont l'ombre menaçante s'élargit, ne nous a pas percuté comme celle de la COVID-19. Elle nous traverse plutôt depuis quelques années, les consciences s'éveillant à des rythmes différents, avec des allers-retours entre lucidité, angoisse et déni. Pourtant, notre vie institutionnelle s'en trouve affectée et transformée. Dans cet article, nous décrivons un processus qui, partant d'inquiétudes dans notre équipe concernant la crise environnementale, nous a conduit à la formalisation d'une charte environnementale institutionnelle qui continue d'orienter nos pratiques au quotidien. Nous reprendrons les différentes étapes qui ont permis la mise en forme, à l'initiative d'une hiérarchie à l'écoute, de ce mouvement amorcé spontanément dans l'équipe. Ce processus a impliqué l'ensemble du groupe institutionnel, patients et soignants. La vie institutionnelle se révèle dans cette situation, comme dans le cas de la COVID, une ressource inestimable pour traiter psychiquement cette crise appelée à durer.

MOTS CLÉS: Crise environnementale - Psychothérapie institutionnelle - Crise - Désir du soignant -Hiérarchie subjectale

ENVIRONMENTAL CRISIS:

institutional life as a space for processing and shaping its effects

The environmental crisis, whose looming shadow is widening, did not hit us like the COVID-19 crisis did. Instead, it has been permeating our lives for a few years now, with awareness awakening at different paces, accompanied by oscillations between lucidity, anxiety, and denial. Nevertheless, our institutional life is affected and transformed by it. In this article, we describe a process that, stemming from concerns within our team regarding the environmental crisis, led us to formalize an institutional environmental charter that continues to guide our practices. We will outline the various steps that allowed for the shaping, initiated by a receptive hierarchy, of this movement that spontaneously began within the team. This process involved the entire institutional group, including patients and caregivers. Institutional life reveals itself in this situation, much like in the case of COVID, as an invaluable resource for psychologically addressing this crisis, which is expected to endure.

KEY WORDS: Environmental crisis - Institutional psychotherapy - Crisis - Caregiver's desire - Subjectal hierarchy

INTRODUCTION

Toute définition du terme crise inclut une dimension temporelle, celle du transitoire, du provisoire, d'un moment circonscrit dans le temps, avec un avant, un pendant et un après. Ainsi, à l'instar du reste du monde, notre institution a été frappée de plein fouet par la crise de la COVID-19 et a dû fermer ses portes en mars 2020, puis réouvrir progressivement avec un aménagement des soins et de la vie institutionnelle sur plusieurs mois. Nous avons dû y faire face dans l'urgence.

La crise environnementale actuelle est bien plus difficile à cerner en termes de temporalité. Elle n'a pas de début précis, elle est appelée à durer, et ses effets se feront a priori ressentir progressivement de façon plus intense.

En tant qu'institution de soin, localisée à Lausanne en Suisse, cette crise mondiale ne nous met en rien dans l'urgence pour le moment. Elle ne nous contraint pas. La société fonctionne de façon habituelle autour de nous et rien ne vient entraver notre vie institutionnelle.

Alors, en quoi cette crise pourrait-elle donc concerner notre travail quotidien, notre clinique ? En réalité, cette question n'est venue pour nous que dans un après-coup. Nous ne nous sommes pas dit un matin que nous devions prendre en compte les enjeux environnementaux dans nos soins et notre vie institutionnelle. Par ailleurs, nous n'avons pas observé de réactions anxieuses massives et généralisées liées à ces questions dans notre clinique, ce qui auraient pu alors nous mettre au travail.

Le processus que nous nous proposons de retracer ici a pour particularité d'avoir émergé à partir de la préoccupation, voire de l'anxiété, de quelques membres de l'équipe, par rapport aux questions climatiques et environnementales. Ce mouvement a débuté en 2018 pour aboutir notamment à la création d'une charte environnementale en 2019, quelques mois seulement avant la COVID-19. Nous décrirons la façon dont l'institution s'est saisie de manifestations psychiques dans l'équipe pour les transformer et les intégrer dans notre pratique clinique et dans la vie institutionnelle.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT MAÏEUTIQUE

L'Institut Maïeutique comprend un hôpital de jour ainsi que des hébergements thérapeutiques. Il s'agit d'une fondation reconnue par la Santé Publique en Suisse, avec un statut semi-privé, ce qui octroie une certaine liberté dans la composition et la gestion de l'équipe. Cela a toute son importance pour comprendre le processus dont il est question dans cet article. En effet, la possibilité de saisir les opportunités et de faire preuve de créativité dépend en grande partie de la marge de manœuvre possible dans l'institution.

Notre équipe pluridisciplinaire est composée de psychologues, d'infirmiers et d'éducateurs. En dehors de certaines tâches spécifiques à ces professions, chaque membre de l'équipe partage un grand nombre tâches similaires : animation d'activités à médiation, entretiens individuels, fonction de référent de patient, participation aux repas thérapeutiques, etc.

Nous accueillons au quotidien entre 40 et 50 patients, dont un peu moins de 20 en hébergement, majoritairement entre 18 et 30 ans et souffrant de troubles psychiques divers : troubles du registre psychotique, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité ainsi que des troubles du spectre autistique. Notre mission principale est le soin psychique, mais nous avons également un mandat de réinsertion, ce qui implique de travailler sur l'autonomie avec notre patientèle. Tous les patients qui habitent au sein d'un de nos hébergements fréquentent également l'hôpital de jour. Les patients sont pris en charge en hôpital de jour un minimum de 4 jours pleins par semaine, excepté lors des phases de réinsertion ou de transition, lorsqu'ils sont par exemple en stage.

Chaque patient bénéficie d'un programme personnalisé. Les journées au sein de l'hôpital de jour sont constituées pour chacun d'une alternance entre les différents groupes à médiations thérapeutiques (par exemple photographie, danse, théâtre, entraînement cognitif, photolangage, etc...), des entretiens, des

moments informels et interstitiels.

L'Institut Maïeutique se situe au cœur de la ville de Lausanne. Les locaux sont répartis au sein d'un quartier commerçant et la plupart des personnes fréquentant l'Institut sont amenées à s'y déplacer et à y fréquenter les différents commerces. Dès sa création, l'Institut Maïeutique a eu le souci de s'intégrer à la vie de la cité. En effet, la porosité entre la vie institutionnelle et la vie extérieure est une dimension qui est intentionnellement cultivée, tout en portant une attention particulière à maintenir un cadre contenant.

EFFETS PSYCHIQUES DE LA CRISE ENVIRONNEMENTALE

Depuis l'accélération des manifestations du dérèglement climatique, la littérature spécialisée concernant leurs effets sur la santé psychique s'est étoffée.¹

Les différentes recherches mettent en relief des gradations dans ces manifestations psychiques, allant de la simple préoccupation à une angoisse intense et parfois invalidante. Elles constatent également une variation selon la génération à laquelle on appartient (1). Pour illustrer ces différences, nous présentons l'expérience des auteurs de cet article, qui semble typique des descriptions retrouvées dans la littérature.

« Moi, Lisa, 50 ans, je fais partie de la génération X (naissance entre 1960 et 1979). J'ai avancé dans l'existence avec une vision occidentalocentrale d'un monde en progrès constant, réduisant la nature à un lieu où puiser des ressources et à de beaux paysages. J'étais informée des phénomènes de pollution sans pourtant prendre la mesure de l'ampleur des enjeux environnementaux. La prise de conscience, qui s'est faite via documentaires et livres, a été brutale et déstabilisante au point de générer angoisse et dépression, avec une crainte intense d'effondrement du monde. Pour moi, une vie réussie était une vie dans laquelle je pouvais assurer à ma famille et moi-même une forme de confort et la possibilité de profiter de toutes les opportunités offertes par notre société de consommation. J'ai eu honte de m'être à ce point fourvoyée, et je me sens encore coupable de participer, par mon mode de vie, à la destruction de l'environnement. J'ai entamé un travail de remise en question de mon système de valeurs. Autant dire que le processus est toujours en cours, avec des avancées et des reculs. »

« Moi, Jonathan, 34 ans, j'appartiens à la génération Y dite des « Millenials » (naissance entre 1980 et 1994). J'ai été sensibilisé dès l'enfance aux enjeux environnementaux. Je crois avoir acquis très tôt une

1 Citons par exemple l'étude *Climate for Health, Mental Health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. (2017) de l'American Psychological Association, le livre *Les émotions de la terre : Des nouveaux mots pour un nouveau monde* (2020) de Glenn Albrecht ou encore l'ouvrage *L'éco-anxiété* (2020) de Alice Desbiolles.

forme de lucidité sur ces questions. Je priorise la plupart du temps le facteur environnemental dans mes choix de vie et de consommation. Cependant, je ressens souvent des doutes et de l'impuissance face à certains choix. Comment ne pas participer à la création de CO₂, à moins de s'exclure radicalement de la société ? Je suis conscient de mes propres paradoxes. Je me sens régulièrement déstabilisé par les informations qui me parviennent, par les différents rapports du GIEC par exemple ou par les catastrophes naturelles qui se multiplient. Quand je constate l'inaction des gouvernements, ou les comportements des industriels qui vont à l'encontre de la préservation de l'environnement, je me sens impuissant et en colère. Cela me rend souvent fataliste. »

L'étude de Hickman et al. (2), publiée dans *The Lancet Planet Health* en 2021, nous montre que le changement climatique impacte significativement la santé mentale de 59% de la population des jeunes entre 16 et 30 ans (génération Z), dans une dizaine de pays représentatifs de la diversité mondiale. Les générations Y et Z semblent osciller entre angoisse, colère et résignation face au dérèglement climatique (2).

Beaucoup de ces jeunes expriment une grande colère face aux générations précédentes, et en particulier face à ceux qui ont le pouvoir. Ils font face à une dichotomie entre leur sentiment d'urgence et la relative inaction à l'échelle collective. Ils témoignent avoir le sentiment « de porter la charge d'une vie à construire à travers ces bouleversements induits par ces dérèglements environnementaux », avec bien souvent une difficulté à se projeter. Cette incertitude liée à l'avenir peut conduire certains d'entre eux à remettre en question un éventuel projet parental (2).

La génération X et celle des « Boomers » (naissance entre 1940 et 1959) semblent plus attachées à la réussite sociale qui passe par la consommation et le confort. C'est pourquoi la prise en compte des enjeux environnementaux semble induire pour eux un sentiment de perte et davantage de renoncements. Ces générations peuvent donc, face à la menace environnementale, réagir par des défenses allant de l'évitement de cette problématique au déni (1).

Des outils conceptuels ont été forgés pour décrire les manifestations les plus intenses de la souffrance psychique liée à la crise environnementale. Le terme « éco-anxiété » regroupe les différentes émotions que fait vivre la crainte anticipatoire des effets du dérèglement climatique (2). Une de ses caractéristiques est le « sentiment de perte de confiance envers les objets du monde et les perspectives que la vie peut offrir ordinairement » (1). Le terme « solastalgie », réfère plus spécifiquement aux vécus de perte et de deuil liés à l'altération temporaire ou définitive de son lieu de vie (2).

La question psychopathologique semble épingleuse à trancher. Selon Hickman et al. (3), bien que douloureuse et stressante, l'éco-anxiété est rationnelle et n'implique pas une maladie mentale.

Ainsi la souffrance psychique liée à la crise environnementale semble être liée à des processus non pathologiques puisqu'elle est issue d'une forme de lucidité aigue de la situation (1).

D'autre part, dans la clinique des « éco-anxieux », Jean-Baptiste Desveaux (1) souligne « le risque de ne pas être à même d'entendre la spécificité et de recourir à nos connaissances ordinaires, réduisant la crainte évoquée à une situation spécifiquement individuelle ». Pour lui, ces craintes correspondent à des craintes inédites, et pour lesquelles nous ne sommes pas armés. Il souligne l'importance pour penser cette clinique d'être attentif à l'articulation de ce qui relève de l'individu et ce qui relève du sociétal.

ET NOS PATIENTS ?

Dans notre groupe de patients, des questionnements émergent parfois quant à l'incidence des changements climatiques à venir sur leurs projets personnels. Certains identifient la question climatique comme faisant partie intégrante des causalités de leur souffrance psychique. Nous observons également une sensibilisation de plus en plus importante aux éco-gestes des jeunes qui arrivent chez nous. Néanmoins, force est de constater que cette thématique ne semble pas prégnante dans leur vie psychique.

Leur propre problématique psychopathologique et/ou sociale les met-elle à l'abri de ces questions ? Pourrait-on cependant penser que l'angoisse diffuse dans la société, l'omniprésence de ces questions dans les médias et réseaux sociaux, qui participent grandement à la construction de leur vision et compréhension du monde, aurait une incidence sourde, latente, avec amplification de leur souffrance ?

UNE ÉQUIPE TROUBLÉE

A contrario de nos patients, plusieurs membres de notre équipe se sont montrés, ces dernières années, affectés par cette crise environnementale. En 2018, année marquant le début du mouvement que nous relatons, les vécus dans ce groupe de collègues allaient de l'inquiétude, à la résignation, en passant par des affects dépressifs et anxieux. Les plus jeunes d'entre nous étaient sensibilisés depuis l'enfance à la question et avaient orientés en partie leurs choix de vie en fonction de cette donnée. D'autres plus âgés, ont pris conscience plus ou moins brutalement de la situation.

Dans ce groupe, nous avons commencé en 2018 à partager de façon informelle nos inquiétudes et

questionnements, nos informations et réflexions, ce qui a produit un effet de caisse de résonance de nos vécus subjectifs propres. Nous échangions également sur la manière dont on pouvait se mobiliser à titre individuel dans notre quotidien privé.

L'intensité de ces échanges a eu un impact direct sur ce que nous proposions comme activités à médiation ou activités institutionnelles au sein de l'hôpital de jour. L'idée que notre mission comporte une dimension d'éveil citoyen n'est pas nouvelle dans notre approche institutionnelle. Cela se traduit régulièrement par des propositions de débats ou de participation à différents événements comme une marche pour l'égalité des genres, ou pour la déstigmatisation de la schizophrénie, etc.

Par ailleurs, le thème de l'environnement et du rapport à la nature était déjà soutenu par plusieurs collègues et présent dans notre programme d'activités thérapeutiques, avec un groupe « Découverte des arbres », un groupe jardinage, un groupe « Nature et environnement ». Cependant, cette effervescence au sein de notre petit groupe de collègues a accentué cette thématique dans nos propositions en y apportant une dimension de sensibilisation sur la crise environnementale et d'éducation aux gestes écoresponsables. Nous étions, pour certains, habités par un sentiment d'urgence, par la nécessité d'informer, et aussi d'offrir des perspectives, des moyens d'entrer en action. Ainsi nous avons proposé la participation à une marche pour le climat, le visionnement de multiples documentaires, des créations à l'atelier à partir de déchets à recycler, mais aussi la création de produits d'hygiène maison eco-friendly, la visite d'une usine de tri, etc.

Après-coup, nous nous sommes demandé si nous n'avions pas agi nos inquiétudes dans notre pratique quotidienne au contact des patients. Le groupe de patients a-t-il perçu notre mobilisation collective à ce sujet comme une charge d'angoisse s'ajoutant à la leur ? Nous n'avons pas observé, au niveau groupal ou individuel, des réactions allant dans ce sens.

C'est dans ce contexte de prises d'initiatives multiples, la direction nous a proposé de mettre en forme ce mouvement par l'élaboration de projets institutionnels formels.

UNE HIÉRARCHIE QUI PRIVILÉGIE LA RENCONTRE SUBJECTIVE SOIGNANTE

La hiérarchie de l'Institut Maïeutique organise le fonctionnement de l'équipe soignante et des activités à médiations thérapeutiques de telle sorte que les initiatives soient non seulement possibles, mais souhaitables, voire attendues (4). Ainsi, elle s'appuie en partie sur les intérêts des soignants, sur ce qui les

anime, pour l'intégrer au dispositif de soins. Cette prise en compte des collaborateurs comme sujets désirants contribue à la rencontre entre le patient et le soignant. C'est une des caractéristiques de la psychothérapie institutionnelle. Comme le mentionne Pierre Delion (4) : « C'est ainsi qu'un soignant utilisant ses compétences professionnelles en les enrichissant par son désir [...], décuple les occasions de rencontres avec les patients d'une façon exponentielle ». C'est à cette condition que la rencontre subjective peut se faire et qu'elle peut devenir un levier thérapeutique. En effet, la manière dont nous habitons nos activités à médiation a un impact sur leur dimension thérapeutique. Cela suppose pour la direction une écoute attentive de chacun et des différents mouvements dans l'équipe, afin de cueillir ce qui émerge et d'encourager une formalisation. C'est ce que Pierre Delion (4) conceptualise sous le terme « hiérarchie subjective ».

Ainsi, notre directrice, témoin de l'effervescence dans l'équipe, a proposé d'intégrer les réflexions et actions ayant cours autour de l'écologie dans deux projets institutionnels. La formalisation de ces mouvements a permis d'impliquer le groupe institutionnel dans son ensemble : patients et équipe soignante.

MISE EN FORME INSTITUTIONNELLE

Le premier de ces projets a été de faire de la question de la crise environnementale la thématique de la soirée conférence organisée par l'Institut Maïeutique. Cet événement a lieu chaque année et son organisation fait partie intégrante de ce que l'on pourrait nommer une « activité transverse à médiation » dans laquelle chacun est invité à s'engager en fonction de ses compétences et intérêts en dehors de toute référence à une fonction ou à un statut. Cette soirée est également l'occasion d'accueillir au sein de l'Institut Maïeutique les familles des patients ainsi que les membres du réseau de soins. L'accueil est en effet une valeur forte de l'institution (accueillir et être accueilli), et est un des concepts fondamentaux de la psychothérapie institutionnelle (5).

L'invité était le Professeur Daniel Cherix, biologiste au sein d'un département d'écologie et d'évolution et de la faculté de biologie et de médecine de Lausanne, et le titre de son intervention était : « Biodiversité et changement climatique : Quel avenir pour l'homme ? ».

L'organisation de cette conférence a teinté le quotidien institutionnel les mois qui l'ont précédé. Les différents groupes à médiations thérapeutiques, lorsque cela s'avérait pertinent, intégraient la préparation de la conférence à leur contenu. Certains ont ainsi pu confectionner des décorations pour la salle, d'autres ont abordé des thématiques proches des spécialités du Pr. Cherix. Des séances avec le grand groupe ont également été préparées pour présenter l'invité et son travail.

Le Pr. Cherix a abordé des enjeux importants en lien avec la crise environnementale en évoquant aussi bien l'impact de l'homme sur la biodiversité que l'impact du réchauffement climatique sur la société et l'environnement. La conférence s'est terminée sur les possibilités d'actions en tant qu'individu, redonnant ainsi une notion de pouvoir d'agir au groupe.

Le second projet proposé par la directrice tenait en l'élaboration d'une charte environnementale institutionnelle. Ce travail a permis d'amorcer une interrogation quant à nos pratiques quotidiennes, voire une transformation de celles-ci.

A nouveau, l'institution dans son ensemble a été intégrée à la réflexion lors de l'élaboration de la charte. Nous avons ainsi organisé plusieurs matinées avec le groupe. Ces séances ont été l'occasion d'échanges sur les perceptions de chacun quant à la crise en elle-même et aux actions concrètes possibles à mettre en œuvre au sein de l'institution. C'est en partie ce qui a permis de faire de la crise environnementale un objet de pensée pour le groupe. Un espace de jeu a ainsi été créé dans lequel nous avons pu réfléchir aux possibilités d'actions, tant individuelles que collectives, et prendre conscience de ce qui se fait déjà et des transformations possibles. Ainsi, tous les actes du quotidien ont pu être examinés, en impliquant toutes les personnes de l'institution, patients, soignants, mais également cuisiniers et membres du secrétariat par exemple. C'est un mouvement qui a ainsi pu impliquer l'institution dans son ensemble dans un projet commun.

Une crainte nous a traversé lors de la rédaction de cette charte : comment rester dans la sensibilisation et ne pas être dans l'injonction et la culpabilisation ? C'est pourquoi la charte ne se veut pas être un contrat à respecter à tout prix, mais plutôt une invitation, indépendamment de sa fonction et de sa place, à se joindre à l'engagement pris par l'institution, et à poursuivre une réflexion commune. En ce sens, l'institution apporte du tiers. C'est un cadre valable pour tous. L'adhésion groupale à des décisions parfois contraignantes peut aider à maintenir le cap, malgré la frustration ou la lassitude que cela engendre parfois (manque de diversité des légumes en hiver, organisation des trajets en transports publics au lieu de prendre les véhicules de l'institution, etc.).

ECO-CITOYENNETÉ

Ce processus a permis d'asseoir une prise de position politique et citoyenne de l'institution. Il permet également de travailler avec les patients à leur redonner une place de citoyens. Nous avons souhaité faire apparaître cette dimension dans la charte elle-même : « *L'Institut Maïeutique se propose de faire de l'éveil à l'eco-citoyenneté un axe important des soins thérapeutiques dispensés. La sensibilisation aux enjeux*

actuels liés à l'environnement et l'accompagnement au quotidien dans des actions concrètes sont des leviers possibles d'une réinscription subjective de la personne dans la sphère sociale. ».

Pendant, et après l'élaboration et la publication de la charte, l'Institut Maïeutique a été pris dans un mouvement global d'initiatives et de discussions autour de la question environnementale. Puis la COVID-19 est arrivé et le confinement a interrompu cet élan. Qu'en reste-t-il aujourd'hui ? Nous constatons au quotidien que ce processus a laissé des traces et que bon nombre d'actions entreprises durant cette période ont perdurées, ce même pour des patients qui n'ont pas vécu cette phase d'élaboration. La charte est distribuée à chaque nouvel arrivant dans l'institution et elle continue à infuser dans notre quotidien.

CONCLUSION

Nous avons décrit comment nous avons tenté collectivement de transformer des réactions subjectives de l'équipe en levier thérapeutique. Aujourd'hui, en 2023, quelques années après l'émergence de ce processus, celle-ci semble plus apaisée, bien que ses membres restent plus ou moins soucieux, à titre personnel, concernant la menace climatique. La charte environnementale nous offre un cadre de réflexion et d'intervention qui fonctionne autant sur le plan des soins que sur le plan organisationnel. Les enjeux environnementaux imprègnent désormais nos activités thérapeutiques et la vie institutionnelle. Peut-être sommes-nous aussi davantage attentifs à ce qui peut émerger chez les patients concernant cette problématique. Nous gardons à l'esprit l'idée de certains auteurs, selon laquelle la souffrance psychique liée à la crise environnementale présente des spécificités inédites.

Dans l'esprit de notre démarche de soin habituelle, le processus que nous avons décrit nous semblent donner quelques clés à nos patients pour faire face psychiquement à cette crise. Cela leur permet de disposer de représentations pour penser cette situation intrinsèquement anxiogène, et de pistes de mises en action à l'échelle individuelle aussi bien que collective. Les recherches, la littérature spécialisée, les fascicules de santé publique, et nous le savons par notre pratique régulière des crises en santé mentale, indiquent que la voie royale de l'apaisement est la mise en mouvement et la sortie de l'impuissance (2).

L'institution soignante nous semble, sous certaines conditions, être comme un organisme vivant qui métabolise, transforme les crises, qu'elles soient personnelles ou collectives. Et c'est là notre chance de pouvoir participer à un collectif qui fonctionne comme espace de traitement de la crise.

BIBLIOGRAPHIE

1. Desveaux JB. La crainte de l'effondrement climatique. Angoisses écologiques et incidences sur la psyché individuelle. *Le Coq-héron*. 2020 ; **3**(242) : 108-115.
2. Caillaud M, Lauwerier R, Verdier T. *Dans la tête des éco-anxieux, Une génération face au dérèglement climatique*. Paris : Editions Fondation Jean-Jaurès ; 2022.
3. Hickman C et al. Young people's voices on Climate Anxiety, Government betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon. *The Lancet Planetary Health*. 2021 ; **15**(12) : 863-873.
4. Delion P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. *Introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Dunod ; 2011.
5. De Luca-Bernier C. Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron*. 2011 ; **3**(206) : 98-106.

LES AUTEURS :

Lisa BLEYNIE-AZIZ, Jonathan COSSY

Hôpital de Jour « Fondation Institut Maïeutique », Rue Sainte-Beuve 4, 1004 Lausanne (Suisse)
jonathan.cossy@maieutique.ch

L'HÔPITAL DE JOUR : transition d'un singulier pluriel à un singulier collectif...

- Wissam CHAKIR, Marine GELAESEN, Jean-Marc TRIFFAUX -

RÉSUMÉ - SUMMARY

A une époque où le concept de « polycrise » supplante celui de crise, nous partirons du postulat que la succession, voire la simultanéité, des crises auxquelles nous sommes confrontés dans notre pratique clinique contemporaine est étroitement associé à un processus de désinstitutionnalisation sociétale à l'œuvre au cours de ces dernières décennies. Ce processus s'accompagne d'une libération de la dynamique d'individualisation et de la perturbation des processus de construction identitaire menant à la création de « mutants hypermodernes » dont la fragilité se traduit par une souffrance répétitive, voire chronique. Ces derniers, lorsqu'ils frappent à la porte du soin, se caractérisent par leur hyperindividualisme, leur hypernarcissisme et sont généralement en proie à des crises multiples.

Nous vous proposons une brève analyse sociologique des différents facteurs mutagènes responsables avant de redéfinir, dans ce nouveau contexte sociétal, la force des Hôpitaux de Jour en tant que puissants agents thérapeutiques.

MOTS CLÉS: Hôpital de Jour - Polycrise institutionnelle - Société Hypermoderne - Hyperindividualisme - Hypernarcissisme

OUTPATIENT CLINIC:

transition from a singular plural to a singular collective

At a time when the concept of polycrisis is supplanting that of crisis, we will start from the premise that the succession, or even simultaneity, of crises with which we are confronted in our contemporary clinical practice is the result of a process of societal deinstitutionalisation at work over the last few decades. This process is accompanied by a liberation from the dynamics of individualisation and the disruption of identity-building processes, leading to the creation of 'hypermodern mutants' whose fragility is reflected in repetitive, even chronic, suffering. When these patients come to us for treatment, they are characterised by hyperindividualism and hypernarcissism, and are generally in the grip of multiple crises.

We offer you a brief sociological analysis of the various mutagenic factors, before redefining, in this new societal context, the strength of Day Hospitals as powerful therapeutic agents.

KEY WORDS: Outpatient clinic - Institutional polycrisis - Hypermodern society - Hyperindividualism - Hypernarcissism

INTRODUCTION

À l'instar de sociologues tels que Bourdieu ou de Gaulejac, nous adhérons largement au concept de construction de l'individu au travers des interactions sociales. Dès lors nous vous proposons dans cet article de questionner les évolutions sociétales de ces trois derniers siècles afin de mieux comprendre les mutations psychopathologiques et les crises auxquelles nous faisons face dans nos activités cliniques quotidiennes.

C'est au XVIII^{ème} siècle, que l'idéologie individualiste s'est constituée pleinement ; ce système de valeur posait les individus comme étant libres, autonomes et égaux (1).

Avec celui-ci se développaient de nouveaux rapports à soi, aux autres ainsi qu'aux organes sociaux et politiques. Les lois qui régissaient le monde social n'étaient plus issues d'une autorité suprême, elles étaient voulues et développées par les individus semblables en droit (1).

Selon G. Lipovetsky, l'individualisme moderne était « limité » par un ensemble d'institutions sociales représentant de puissants freins d'arrêt au processus d'individualisation, préservant le « nous » communautaire (1).

Pendant deux siècles ces institutions régiront la cohabitation de l'atome individuel et du collectif.

Le XX^{ème} siècle sera teinté par l'hypermodernité et son individualisme désinstitutionnalisé ; un hyperindividualisme pourvoyeur d'individus hypernarcissiques en proie aux polycrises(1).

INSTITUTIONS SOCIALES MODERNES, PROCESSUS D'INDIVIDUALISATION ET IDENTITÉ

Le sociologue français E. Durkheim, nous rappelle que l'idéologie individualiste moderne, n'est ni égoïste ni individuelle. Elle prône le « nous » et « l'Ensemble », ce qui participe à en faire une doctrine consubstantielle à la démocratie (1,2).

Selon G. Lipovetsky un ensemble d'institutions sociales ont pendant près de deux siècles, contenu l'expansion du processus d'individualisation permettant le maintien de l'atome individuel en position d'entité relative et le maintien d'une certaine cohésion sociale (1,3). Parmi celles-ci, nous citerons la persistance d'une forte emprise religieuse sur la morale malgré l'édification d'un état laïc ; l'absence d'égalité citoyenne entre les genres, menant à des perspectives individuelles inégalitaires ; un système éducatif autoritaire et coercitif privilégiant l'obéissance au père et l'incultation de bonnes manières, au bonheur et satisfactions personnelles, immédiates ; et ce que le philosophe R. Aron appelle les grandes « religions séculières ». Par ce terme, il fait référence aux idéologies et utopies invitant les modernes à ériger le futur comme axe temporel de référence et à faire preuve d'abnégation volontaire de soi au nom d'un intérêt collectif supérieur (1).

En sus, ces institutions possédaient un rôle d'intégrateur structurant des identités au travers de leurs fonctions symboliques et symboligènes (3). Une fonction assurée par l'apport d'éléments essentiels à la construction identitaire tels que des référentiels communs, mais aussi en dispensant l'individu d'avoir à soutenir une partie de ce qu'il était, et entreprenait en leurs noms (4).

En conclusion à l'époque moderne, les institutions sociales préformaient et encadraient l'identité du sujet tout en lui assignant une position subordonnée à un « ensemble » dont il pouvait intégrer la représentation (1,2,3,4).

XX^{ÈME} SIÈCLE ET DÉSINSTITUTIONNALISATION

Des mutations sociétales au cours du XX^{ème} siècle ont questionné et redéfini le rôle des institutions, menant à la libération de la dynamique d'individualisation et modifiant le processus de construction identitaire (1,2,3,4).

On retrouve parmi elles, l'envolée du capitalisme consumériste, l'accélération de la révolution techno-scientifique ainsi que les mouvements de contre-culture contestataires et libertaires (1,4).

CAPITALISME CONSUMÉRISTE

La légitimation des jouissances individuelles et instantanées par le capitalisme participera à la dissolution progressive des idéaux collectifs et des valeurs sacrificielles de la modernité. Elle sacrera également un nouveau référentiel, autocentré ; la quête de satisfactions individuelles et immédiates (1,5). En ce sens, le capitalisme réformerà l'idéologie individualiste moderne en faisant de l'individu une entité centrale et absolue. C'est l'avènement de l'hyperindividualisme et de l'individu hyperindividualiste (1). Ce nouveau référentiel bousculera également notre rapport au temps. L'instant présent devient un « présent compact » faisant fi du passé et du futur. L'avenir n'est plus, il laisse place à un présent séducteur, envahi de sollicitations permanentes des envies et des pulsions (1).

La fin du XX^{ème} siècle sera caractérisée par le règne de « l'hédonisme de l'instant » pour reprendre la formulation de Lasch qui sonnera le début du processus de déliaison sociale, en raison de l'absence de nécessité à développer la coopération et la sociabilité lors de la recherche de plaisirs solitaires et immédiats (4).

A l'époque moderne l'objet était porteur de lien, d'appartenance sociale, et contenait symboliquement en lui le système des classes sociales (1,6). L'augmentation du pouvoir d'achat et la multiplication des offres marchandes liées à la prise d'envergure du capitalisme consumériste permettront aux objets de se répandre dans les foyers des différentes strates sociales réduisant les différences entre celles-ci et libérant les individus d'une partie de leurs conditions de naissance mais renforçant, par la même occasion, la déliaison sociale (1,6). L'objet qui avait une forte valeur identitaire, devient l'instrument d'un plaisir narcissique qui trouve sa source dans l'expérience sensuelle qui accompagne la rencontre avec celui-ci (1,6). Or la logique d'hyperproduction et de croissance constante sous-jacente à l'idéologie capitaliste nécessitera la production d'objets fragiles afin de permettre un renouvellement incessant, assurant le règne de l'éphémère (« l'effet-mère ») et de l'obsolescence généralisée (6). Des caractéristiques qui se propageront à l'expérience émotionnelle des consommateurs ; celle-ci devient instantanée, éphémère et saccadée (6).

RÉVOLUTION TECHNO-SCIENTIFIQUE

L'accélération de la révolution techno-scientifique potentialisera les mutations induites par le capitalisme notamment via le développement d'outils de communication de masse et de séduction immédiate⁽⁴⁾.

Ces outils produiront également des transformations considérables dans nos modes et rythmes de vie ainsi que dans nos schémas relationnels (4). Les nouvelles technologies compacteront l'espace-temps en créant un monde où la circonférence n'est nulle part, où l'autre bout du monde est accessible en quelques clics ou en quelques heures. Un monde dénué des notions de proche et de lointain (4). Ces outils participeront également à la détemporalisation du temps, c'est-à-dire à l'annulation des contraintes temporelles ainsi qu'à l'abandon de la gestion programmatique du temps au profit d'une gestion situationnelle de celui-ci (4). Le souverain GAFA¹ en rendant tout accessible et possible instantanément est une figure majeure du processus de détemporalisation du temps (5). Le GPS² quant à lui, est un digne représentant de la gestion situationnelle du temps via la sélection du « meilleur » itinéraire et la modification de celui-ci en temps réel.

Par le passé les changements sociétaux s'étiraient sur plusieurs générations donnant lieu à un vécu du « temps social » stable (4). À notre époque, la multiplication des avancées technologiques mène au cumul de changements sociétaux au cours d'une même génération modifiant ainsi son vécu du « temps social ». Cela complique le maintien de son identité ainsi que le processus de transmission transgénérationnelle (4).

LES MOUVEMENTS DE CONTRE-CULTURE

Ces mouvements vont appeler à l'autonomisation de l'individu vis-à-vis des contraintes institutionnelles de l'époque moderne tel que le patriarcat, le paternalisme ou encore le capitalisme (1). Peu à peu les valeurs d'égalité et de liberté vont être remplacées par celle de l'autonomie faisant principalement référence à l'aspect d'indépendance du concept (2,5,7). Cependant l'autonomie qui s'est concrétisée est certes « indépendance » mais aussi « repli » et « compétition » (2), nourrissant ainsi la radicalisation de la dynamique d'individualisation ainsi que celle de la délaisson sociale. Dans ce nouveau monde, le concept d'autonomie, de plus en plus étroitement lié au fantasme de toute-puissance, tend à piéger l'individu dans sa réalité matérielle au détriment de son rapport

au monde institutionnel et de sa réalité psychique. Ce changement de paradigme a pour conséquence d'isoler profondément l'individu en faisant de celui-ci son principal référentiel (« je n'existe que par/pour moi-même... »), le détournant des référentiels institutionnels communs (« je n'ai pas besoin de l'Autre pour exister... »), faisant ainsi perdre à l'Institution sa précieuse fonction symbolique (2,4). Cette transition favorise la radicalisation de l'individualisme menant au règne du singularisme et de l'auto-déterminisme (3).

L'ensemble de ces changements sociétaux sont à l'œuvre dans l'évolution observée dans ce passage de la modernité à l'hypermodernité. Celle-ci est désormais accompagnée d'un « hyperindividualisme » désinstitutionnalisé : un individualisme radical, autozentré et hypernarcissique (1,7).

Alors, pauvre Rimbaud, si tu savais..., ton fameux « Je est un Autre » s'est transformé en « Je est Je »...

Partant du principe que l'individu se construit au travers des interactions sociales et que chaque société produit ses propres symptômes et malades nous nous intéresserons maintenant aux mutations anthropologiques et psychopathologiques induites par la société hypermoderne.

HYPERMODERNITÉ ET CONSTRUCTION IDENTITAIRE DE L'INDIVIDU

En libérant l'individu des contraintes institutionnelles traditionnelles, l'hypermodernité et la désinstitutionnalisation qui la caractérise a fait naître le culte de l'autonomie et de l'auto-déterminisme, laissant l'individu soutenir seul les conditions de son identité (2,3,4,8). Celui-ci, est maintenant dépourvu de la légitimité « à être et à faire » offerte par les institutions à travers leurs processus de filiation et d'affiliation ainsi que de leurs limites et contenances offertes à travers leur fonction symbolique(4). Privé de contenance, le processus de construction identitaire du sujet hypermoderne trouve ses appuis dans les objets et pratiques sociales à la mode, aussi éphémères qu'inconsistantes (4).

L'institution de reproduction par excellence qu'est la famille a connu de nombreux changements structuraux et idéologiques au cours des derniers siècles, balayant l'autorité parentale et les valeurs sacrificielles, au profit du primat de l'individu et de son accomplissement personnel (1,4,7,9). Parmi ceux-ci on citera le passage de grandes familles à de petits noyaux familiaux, l'augmentation des familles monoparentales, la réduction du nombre de mères au foyer au profit de femmes actives ou encore l'avènement de nouveaux mouvements éducationnels (self-focus education)(9). Ces modifications mèneront à un changement de structure de personnalité. Les nouvelles structures

¹ Google, Apple, Facebook et Amazon
² Global Positioning System

familiales seront pourvoyeuses d'états limites narcissiques présentant un surmoi archaïque tyannique et punitif constitué notamment par des imagos parentaux primitifs et par une image infantile du moi, grandiose et omnipotent (4,5,7). La souffrance des individus hypermodernes relève moins de conflictualités intrapsychiques entre l'interdit et les pulsions que de la problématique de la perte, donnant lieu au règne de l'angoisse sur la culpabilité⁽⁴⁾.

L'ère hypermoderne donne ainsi naissance à un néo-narcissisme (1). Le talon d'Achille de ce « Narcisse hypermoderne » se caractérise par un « moi » clivé, instable et vulnérable pouvant donner lieu à un sentiment d'infériorité et d'insécurité, à des auto-critiques envahissantes et à la réactivation d'angoisses archaïques. Il en résulte des individus anxieux et rigides avec de grandes difficultés à faire face à l'échec, aux critiques et aux limites. Ils présenteront également de violentes oscillations thymiques et d'estime de soi en lien avec la rencontre ou l'éloignement de leurs idéaux (1,3). Finalement, ce Narcisse contemporain ne serait plus solipsiste, il serait en quête permanente d'approbation et de confirmation (1).

L'ensemble de ces changements sociétaux mettent en danger le sujet hypermoderne.

À l'heure du règne de l'instant, il est coutume de modifier nos projets en temps réel et de décider de notre investissement dans une activité aux abords du terme de la précédente. L'acte issu d'un processus de mentalisation et représentant le sujet, tend ainsi à disparaître derrière la réaction, conséquence de l'opportunité. L'actuel triomphe sur le présent, donnant lieu à un présent sans présence, ce qui menace Narcisse hypermoderne d'un processus de désubjectivation (4,5,7).

Les caractéristiques d'hyperproduction, d'obsolescence programmée et d'éphémérité de l'hypermodernité, participeront à la modification de l'économie pulsionnelle de l'individu contemporain (1,4,5). Celle-ci est maintenant organisée sur le versant de la jouissance au détriment du plaisir (4,5,8). La relation d'objet qui y est privilégiée et celle du « zapping » menant à la détérioration du lien à l'instant où il est investi (4). La rencontre avec l'objet alimente ainsi un puits sans fond, par défaut de contenance qui se creuse au gré de chaque rencontre avec l'objet, créant ainsi un néobesoin qui appelle un nouvel objet pour le satisfaire(4). L'économie pulsionnelle de l'individu hypermoderne se calque ainsi sur l'économie de marché capitaliste et promeut l'hyperconsommation objectale. Celle-ci produira une insatisfaction chronique chez l'individu qui se reporte, non pas sur l'objet ou sur le système mais sur l'individu lui-même créant un sentiment de vide chronique, une altération de l'estime de soi, de l'anxiété

ainsi qu'une potentielle altération du fonctionnement social(4).

Outre son Surmoi impitoyable et son économie pulsionnelle génératrice d'insatisfaction chronique, l'hyperindividualisme du Narcisse hypermoderne est également source de souffrance potentielle. Il pousse l'individu contemporain à se détourner de la quête d'égalité au profit de celle de la singularité voire de l'unicité (1,3,9). Cette quête fait naître une multitude de « petites différences d'allure ordinaire » entre les individus reconnus comme semblables qui donneront naissance à des vécus d'inégalités. Certains auteurs proposent d'ailleurs de les rebaptiser « inégalités de singularités » (3). Ces inégalités sont par définition subjectives, étant le fruit d'un vécu individuel, ce qui leur fait perdre le caractère éminemment objectif des inégalités traditionnelles en lien avec le déterminisme institutionnel. Cette perte complique le partage des souffrances vécues avec autrui, générant ainsi le sentiment d'être seuls, différents et incompris ce qui fragilise un peu plus le « moi » et complique les processus d'identification et de tribalisme⁽³⁾. Par ailleurs cette nouvelle lutte se livre dans une solitude assourdissante sur le terrain de notre subjectivité, isolant un peu plus l'individu en souffrance.

Il nous est impossible de nous intéresser à la construction identitaire de l'individu hypermoderne sans aborder le Selfie, tant il est partout et de toute occasion. «Selfie» dérive du mot anglais « self » qui veut dire « soi ».

Le selfie est intimement lié aux avancées technologiques ainsi qu'aux modifications de paradigmes temporels abordés ci-dessus, en ce sens où l'ensemble de ses dimensions sont de l'ordre de l'instantané. Le moment est capturé, visualisé, modifié et diffusé en temps réel (10).

Il s'inscrit dans un processus de transformation de nos modes de transmissions et de communications. Depuis l'Antiquité notre rapport au monde ainsi que sa compréhension reposent tout d'abord sur le langage parlé puis sur le langage écrit et rationnel : le Logos. Jusqu'au temps moderne inclus, l'image (Eidolon) était au service de ce dernier. Elle était un outil de communication de qualité car il existait jusqu'alors un déroulé structuré et cohérent de celle-ci. Par ailleurs l'inscription de ce flot d'images dans une temporalité permettait de les charger en sens (5).

L'hypermodernité à profondément modifié notre rapport à l'image. Le règne de l'instant retire toute possibilité à celle-ci de s'inscrire dans une temporalité afin de se charger en sens. De nos jours les images se succèdent et se bousculent de manière désordonnée sans qu'il n'existe de sens ou de lien entre elles, privilégiant la forme au fond, ce qui leur retire tout caractère signifiant. Dénuées de sens les images ne se

décendent plus, elles se vivent sur le mode de l'affect. Pour certains auteurs, il s'agit de l'avènement d'une novlangue signe d'une société davantage dominée par les affects et le sensible que par la rationalité et l'intelligible (5). Un néolangage dénué de nuancier affectif, piégeur et paradoxal ; paradoxal en ce sens où ses constituants dénus de signifiants sont à la fois interprétables à l'infini et limités en sens par leur état figé. On peut dès lors considérer la crise hypermoderne de l'image comme étant avant tout une crise du langage et du lien social (5).

Pourquoi le selfie s'est-il imposé de cette façon et quel est son rôle dans notre société hypermoderne ?

Nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit peut-être d'un outil permettant de combattre les répercussions de la désinstitutionnalisation hypermoderne, sur le processus de construction identitaire.

Nous le considérerons comme faisant office de miroir, sachant que le stade du miroir, cher à Lacan, représente une étape cruciale du développement psycho-affectif de l'enfant, lui permettant de prendre conscience de son existence propre en observant son reflet dans le miroir ou dans le regard de ses figures parentales. À travers ce processus l'enfant amorce sa construction identitaire et l'élaboration de la représentation de sa valeur sociale. Cette étape influence de ce fait les relations d'objet futures de l'individu ainsi que son estime de soi.

Dans une société hypermoderne désinstitutionnalisée dans laquelle on assiste à une « prolétarisation du métier de parents », pour reprendre la formule de Lasch (4), le selfie ferait fonction de miroir afin de consolider des assises narcissiques primaire fragiles, au travers du regard des pairs. Les selfies remplaceraient ou renforeraient ainsi le miroir winnicottien par excellence : le regard maternel. Notons cependant que le miroir maternel ne renvoie pas qu'une simple image mais également une aperception truffée de nuances affectives. Winnicott précise que si la mère ne laisse entrevoir aucun affect lorsqu'elle regarde son bébé, ce dernier voit sa construction identitaire et ses échanges avec le monde altérés (10).

Ce concept winnicottien nous permet de nous questionner sur l'efficacité du selfie en tant que miroir ainsi que sur les bénéfices de cette pratique. Bien qu'il existe des réactions « affectives » en réponse aux selfies, elles sont binaires et dénuées de nuances contrairement à la richesse relationnelle des contacts oculaires mère-enfant. De plus ces réactions sont multiples et amplifiées. Nous avons à disposition un miroir géant donnant l'illusion d'être infaillible

en ce sens où il y a (presque) toujours quelqu'un connecté pour réagir à nos publications (10).

Les selfies ne seraient peut-être donc pas uniquement un autel destiné à la célébration d'un narcissisme mortifère mais aussi une nouvelle modalité du processus de construction identitaire. Bien que potentiellement utile, cette pratique mène à une certaine banalisation des images de soi et à la « désintimité », concept proposé par Angélique Gozlan (10). En effet le selfie tend à déplacer les limites séparant l'intime du public et participe ainsi au mouvement sociétal global menant de l'intime vers l'extime.

Finalement tout comme la gestion situationnelle du temps, le selfie semble menacer l'individu hypermoderne de désobjectivation. Lui qui ne photographie plus la source d'une expérience pleinement vécue mais qui se photographie lui-même devant l'événement à immortaliser. En permettant la naissance d'un présent sans présence, le Selfie renforce le processus de désobjectivation.

HÔPITAUX DE JOUR ET HYPERNARCISSIME :

Le décor posé, intéressons-nous à la question principale de cet article : quelle est la place pour les Hôpitaux de Jour pratiquant la thérapie institutionnelle dans la prise en charge d'individus hyperindividualistes et hypernarcissiques en proie aux crises multiples ?

Nous sommes convaincus qu'ils y ont une place de première importance, notamment parce qu'ils utilisent l'institution comme outil thérapeutique pour accompagner et traiter les malades de la désinstitutionnalisation sociétale.

Notre Hôpital de Jour (HDJ) s'inscrit profondément dans la tradition tosquelle-ouryenne de la thérapie institutionnelle. Nous restons convaincus de l'intérêt retiré de la cohabitation de psychopathologies diverses et de soignants d'horizons multiples. Nous restons également persuadés de l'importance et en la puissance thérapeutique du groupe. L'HDJ permet ainsi de repenser et remodéliser l'articulation du singulier au groupe.

Nous envisageons l'HDJ comme étant un contenant, capable d'accueillir mais aussi d'activer des situations de crise. Un contenant capable de désamorcer les pulsions archaïques mortifères des patients et les passages à l'acte qui y sont associés, sans que la menace de dissolution de l'institution ne flambe (11,12).

Pour ce faire, l'accueil des pulsions est accompagné d'un travail d'élaboration de sens autour de celles-ci afin d'enrayer les compulsions de répétition auxquelles les patients sont soumis. Ce travail prend la forme d'accompagnement des patients dans leurs processus

de mentalisation, de symbolisation, de projection et de verbalisation. Un travail réalisé tant en thérapie individuelle qu'en thérapie groupale via les ateliers. L'articulation des temporalités différentes associées à la mentalisation, la symbolisation, la projection et la verbalisation permet ainsi de refixer une temporalité au temps et de remettre l'Eidolon au service du Logos.

Ce travail est possible uniquement grâce à l'existence d'une instance « paternelle » (11) qu'est le cadre institutionnel. Il est crucial pour protéger tant les membres de l'équipe soignante que les patients victimes de la désinstitutionnalisation et de son manque de cadre. Au cours de leur processus hospitalier, les patients auront ainsi l'occasion d'expérimenter les bienfaits d'un cadre suffisamment solide, contenant, bienveillant et limitant. Un cadre auquel nous veillerons à rendre un sens et une légitimité afin que les patients puissent apprendre à l'établir et l'utiliser par eux-mêmes.

Cet accompagnement est rendu possible par l'existence de quatre réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Au cours de celles-ci, les intervenants se mettent eux aussi au travail de mise en pensée afin d'y mettre en commun et en résonance leurs différents contre-transferts. Cet exercice se réalise, notamment, via l'utilisation d'une grille de lecture particulière : le méta organisateur Oedipien (11). Il s'agit d'une grille de lecture permettant aux soignants d'analyser les expériences relationnelles vécues à l'HDJ, en se référant aux conceptions théoriques freudiennes enrichies par les découvertes innovantes de Mélanie Klein. Cette approche permet aux soignants de mieux appréhender les relations d'objet des patients afin de les accompagner au mieux. Par ailleurs, ces réunions ont également pour but de soigner l'équipe au fur et à mesure de son exposition aux pulsions destructrices des patients et de donner du sens au travail réalisé par celle-ci, ce qui permet d'éviter la mort de l'institution.

Par son organisation telle une partition de musique avec son propre tempo, la vie à l'HDJ permet de travailler de nombreux éléments impliqués dans la mutation psychopathologique qui nous intéresse aujourd'hui. On citera notamment :

- la restauration de référentiels communs ;

Nous nous intéresserons principalement aux référentiels temporels qui sont notamment travaillés à travers la ritualisation des ateliers, des journées et des semaines, ponctuées de temps dits institutionnels.

Chaque atelier débute et se clôture par un espace de parole sûre, permettant aux patients d'aborder leurs états émotionnels ; c'est ce que l'on appelle le « tour d'humeur ». Il représente le passage symbolique d'entrée et de sortie, de l'espace de travail que sont les ateliers. Un passage dans lequel

les patients sont encadrés par l'équipe soignante. Les journées quant à elles sont rythmées par les repas, partagés par l'ensemble de la communauté thérapeutique. Ils représentent des repères temporels communs, mais ils sont aussi pour les patients, un moment privilégié pour travailler leurs relations d'objet à travers la sociabilisation, faisant notamment intervenir le langage, rendant ainsi hommage au « parlêtre » Lacanien.

Finalement les semaines sont rythmées par les temps dits institutionnels. Il s'agit de moments clés, de réunification de l'ensemble de la communauté thérapeutique autour du sport, de la confection et du partage du repas thérapeutique ou encore du programme et du bilan, ouvrant et clôturant respectivement les semaines. Il s'agit de deux moments institutionnels par excellence, car au-delà de permettre la réunification des membres de la communauté thérapeutique, ils sont également deux organes majeurs pour la programmation et l'organisation de la vie institutionnelle.

Le repas thérapeutique et son organisation revêt aussi une importance capitale dans la vie de l'HDJ, car au-delà de représenter un référentiel commun et contenant, ils permettent de stimuler la dynamique psychique du désir et du plaisir en limitant celle de la jouissance instantanée.

- la réunification du temps et de sa temporalité permettant de combattre la désubjectivation de l'individu ;

Comme nous l'avons vu ci-dessus, il existe de multiples outils thérapeutiques impliqués dans l'organisation de la vie à l'HDJ qui permettent de rattacher le temps à sa temporalité, tels que ; les « tours d'humeur », l'organisation des ateliers menant de la mentalisation à la verbalisation, les repas et les temps dits institutionnels. Néanmoins, dans cette partie du travail, nous nous attarderons sur l'un de ces outils : le « Programme ».

Il a lieu le lundi matin et regroupe l'ensemble de l'équipe soignante et des patients, invitant ceux-ci à s'inscrire dans les ateliers qu'ils souhaitent pour l'ensemble de la semaine, en fonction de leurs objectifs d'hospitalisation et de leurs difficultés. Il permet ainsi de restaurer une gestion programmatique du temps (4). Cet exercice, en plus de rattacher le temps à sa temporalité, permet de travailler les mécanismes de mentalisation, de projection et d'élaboration de choix ce qui permet de combattre la désubjectivation résultant notamment de la disparition de l'action derrière la réaction, fruit de l'opportunité (4).

En ce sens le « Programme » est un outil thérapeutique complexe et complet qui permet de travailler de nombreux éléments simultanément.

- La modification de la charnière reliant le singulier au groupe ;

Par définition les prises en charge à l'Hôpital de Jour sont indissociables d'un travail permanent sur les processus d'attachement ainsi que sur la notion de permanence de l'objet.

Comme nous l'avons déjà souligné, le collectif revêt une importance capitale. Par ailleurs, nous sommes persuadés qu'il est nécessaire de repenser et de remodeler l'articulation sociétale, entre le singulier et le collectif.

Dès la consultation de préadmission nous attirons l'attention du patient sur l'aspect communautaire de la prise en charge ce qui nous permet, en partie, d'évaluer sa capacité à vivre en groupe.

Dès le premier jour d'hospitalisation, le patient est invité à signer la charte institutionnelle qui recense un certain nombre de règles basiques de savoirs être et savoirs vivre. Il s'agit peut-être là du premier outil symboligène utilisé pour questionner et travailler le rapport de l'individu au groupe.

Tout au long du processus hospitalier, les patients sont amenés à rencontrer de multiples outils et situations qui leurs permettent de travailler de façon pratique et symbolique leurs rapports au collectif. On citera pour exemple deux activités institutionnelles : la confection du repas thérapeutique et le bilan. Le repas thérapeutique fait intervenir « l'Autre » dans la psyché du patient notamment via la prise en considération de ses intolérances, ses envies et ses difficultés, dans le choix et l'élaboration du menu. Par ailleurs, ce repas permet de positionner le patient dans une dynamique de coopération, d'échange, de co-construction et de partage avec le groupe.

Le bilan, par son organisation et les exercices réalisés durant celui-ci, permet lui aussi de positionner le patient dans un ensemble et de travailler la charnière reliant l'individu au groupe. On citera par exemple ; la forme « utérine » que prend la communauté thérapeutique pendant le bilan permettant ainsi à tous de voir l'ensemble des intervenants à tous moments ; la prise de parole tour à tour régulée par un tiers institutionnel ; les exercices d'écoute active ou encore la présentation de réalisations symbolisant la fin de leur hospitalisation.

Avec les patients, nous nous efforçons à construire un lieu physique et symbolique, l'Institution, qui se veut suffisamment sécurisant pour leur permettre d'oser penser leurs agissements et de leur donner un sens.

Ceci est fait dans le but qu'ils prennent le risque de questionner leurs processus d'attachement et de se positionner dans un lien sûr et confiant avec d'autres individus, ce qui nous l'espérons, leur permettra de transformer leurs processus d'attachement et leurs relations d'objet (11).

C'est en devenant l'objet avec lequel un lien est possible, que le groupe devient l'objet soignant pour le patient.

Pour illustrer cette partie du travail, nous nous pencherons sur l'atelier « Soul » que nous avons créé afin de travailler la question identitaire avec les patients. Cet atelier utilise le film Pixar « Soul » comme un support visuel. Il est organisé en trois temps :

- ◆ la visualisation du support et l'intégration des concepts qui y sont abordés de manière symbolique,
- ◆ un temps d'introspection et de créativité au cours duquel les patients sont invités à se représenter au travers d'une silhouette mimant celle des personnages du film ainsi qu'à travers un « badge » lui aussi retrouvé dans le film,
- ◆ un temps de parole dédié à la présentation de leurs productions et à l'échange avec les autres membres du groupe.

La séance dédiée à l'introspection et à la création de leurs productions est elle-même scindée en trois parties. Les patients sont d'abord invités à créer une silhouette représentant leurs principales caractéristiques physiques, après quoi ils sont accompagnés dans la réalisation d'une seconde silhouette représentant leur socle de valeurs. Finalement en fin de séance, les patients sont invités à se pencher sur leur « badge » représentant les domaines, les activités ou encore les savoirs faire et savoirs être les représentant. Le centre du badge est laissé vide pour permettre au patient, lors de la dernière séance de l'atelier, de recevoir un élément issu de chacun des autres membres du groupe qui, à leurs yeux le représente. Ceci permet de travailler la représentation individuelle du patient, ce qu'il renvoie aux autres et le regard de l'autre.

Finalement avec cet atelier, ne rendons-nous pas, à l'acte selfique, une nouvelle légitimité en lui réinsufflant des caractéristiques d'introspection, de symbolique, de temporalité et d'échanges verbaux groupales teintés d'un nuancier affectif ?

CONCLUSIONS

Le processus d'individualisation en lien avec l'idéologie individualiste fut contenu pendant près de deux siècles par de multiples institutions sociales. Cette limitation a permis de préserver le « nous » communautaire en positionnant l'individu dans une position subordonnée à la collectivité.

Au cours du XX^{ème}, un ensemble de mutations sociales dont font partie l'envolée du capitalisme, la révolution techno-scientifique et les mouvements de contre-culture mèneront à une désinstitutionnalisation sociétale, elle-même responsable de la libération de la dynamique d'individualisation et d'une perturbation des processus de construction identitaire. Le contexte hypermoderne et les changements structuraux et idéologiques de l'institution de reproduction par excellence qu'est la famille seront pourvoyeurs d'individus hyperindividualistes, organisés sur un pôle état limite narcissique de la personnalité. Ceux-ci présenteront un « surmoi » archaïque tyrannique et punitif composé d'imagos parentaux primitifs et par une image infantile du moi, grandiose et omnipotent. Ce qui nous permet d'observer des patients anxieux, rigides présentant de grandes difficultés à faire face à l'échec, aux critiques et aux limites, en proie à de violentes polycrises intra et inter-individuelles en lien notamment avec des oscillations thymiques et d'estime de soi.

Dans ce contexte, les Hôpitaux de Jour pratiquant la thérapie institutionnelle ont toute leur importance pour accompagner et traiter ces malades de la désinstitutionnalisation sociétale en manque de repères communs et de limites.

La remodélisation et l'assouplissement de la charnière liant le singulier au collectif représentent une grande partie du travail thérapeutique réalisé à l'Hôpital de Jour. Ce travail se fait notamment au travers de l'accueil de psychopathologies diverses, de la construction de nouveaux référentiels communs, de la stimulation des capacités de symbolisation et de mentalisation des patients, ainsi qu'au travers de la construction et du maintien d'un cadre institutionnel suffisamment fiable, solide, bienveillant et contenant. Il est réalisé dans l'espoir de permettre aux patients de penser et d'aborder leurs difficultés dans le respect d'eux-mêmes et d'autrui. Il permet ainsi aux patients de s'intégrer et de représenter quelque chose qu'ils dépassent : l'Institution. Le groupe devient alors un objet avec lequel un lien sûr devient possible faisant de celui-ci un objet thérapeutique pour le patient. Enfin, à l'ère hypermoderne, les Hôpitaux de Jour ne resteraient-ils pas les derniers espaces transitionnels de soins encore capables de redynamiser efficacement la transition d'un singulier pluriel à un singulier collectif...

« Je me croyais libre
Sur un fil d'acier
Quand tout équilibre
Vient du balancier »...
(Aragon(13))



The Circus (Charlie Chaplin, 1928)

BIBLIOGRAPHIE

1. Lipovetsky G, Godart E.- *L'avènement de l'individu hypermoderne*. Cliniques Méditerranéennes. 2018 : **98** :7-23.DOI :10.3917/cm.098.0007
2. Ehrenberg A. - *Narcissisme, individualisme, autonomie : malaise dans la société ?* Rfp. 2014 :**78** : 98-109. DOI : 10.3917/rfp.781.0098
3. Namian D, Kirouac L. - *Narcissisme, estime de soi et société. Regard sociologique sur la dépathologisation d'un trouble controversé*. Sociologie. 2015 ; **6** : 279-294.
4. Gadeau L. - *Vers une société du narcissisme pervers*. Connexions. 2015 :**104** :165-176.DOI : 10.3917/cnx.104.0165
5. Godart E. - *Psychopathologie de la vie hypermoderne*. Ann. Med. Psychol. 2019 :**177** :303-312. DOI : 10.1016/j.amp.2018.10.001
6. Le Sagna P. - *Du plus-de-jour à l'hyper-jour*. La Cause Freudienne. 2009 : **72** :43-49. DOI : 10.3917/lcdd.072.0043
7. Godart E. - *La crise des subjectivités*. Psychologie Clinique. 2016 : **41** : 173-185. DOI : 10.1051/psyc/20164173
8. Garot M. - « *Psychogéographie des lieux « extrêmes »*, Psychologues et Psychologies. 2018 : vol. **255**, no. 2, 33-037. DOI : <https://doi.org/10.3917/pep.255.0010g>
9. Albertelli A, Lemaire B. - *La montée du narcissisme ?* Commentaire. 2017 : **158** :359-370. DOI : 10.3917/comm.158.0359
10. Korff-Sausse S. - *Selfies : narcissisme ou autoportrait ?* Adolescence. 2016 :**34** (3) : 623-632. DOI : 10.3917/ado.097.0623
11. Gaillard G. - « *Se prêter à la Déliaison* ». *Narcissisme groupal et tolérance au féminin dans les institutions*. Connexions. 2008 ; **90** : 10 -121. DOI : 10.3917/cnx.O90.0107
12. Baranes J-J. - *Les adolescents au présent*. Psychanalyse et temporalité psychique. Enfances &Psy. 2001 ; **13** : 93-100. DOI : 10.3917/ep.013.0093
13. Aragon L. - *Le voyage de Hollande*, Aragon et Edition Seghers, Paris,1965, 50

LES AUTEURS :

Wissam CHAKIR, Marine GELAESEN, Jean-Marc TRIFFAUX

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »
Boulevard de la Constitution 153, 4020 Liège (Belgique)
w.chakir@hjulacle.be

DES CRISES SANITAIRE ET INSTITUTIONNELLE À L'ACCOMPAGNEMENT CLINIQUE... Un modèle imbriqué pour une nouvelle équipe

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

RÉSUMÉ - SUMMARY

À travers une mise en perspective de la création d'un nouvel hôpital de jour suite à la crise sanitaire, cet article décrit notre réflexion quant au concept de crise, d'abord sur le changement en tant que tel que représente la création d'un hôpital de jour au sein d'une institution, ensuite théoriquement, et enfin, à travers le dialogue avec des patients et la confrontation à la clinique. Cette dernière étape nous a permis de développer un modèle interne pour mieux appréhender la crise, qui conçoit celle-ci de façon dynamique et étagée, comme un processus de débordement entre des niveaux différenciés, quand la capacité de contenance est dépassée. Nous appliquons ensuite ce modèle à l'apprehension de plusieurs questions théorico-cliniques.

MOTS CLÉS: Crise - Institution - Débordement - Recherche-action - Modèle - Groupe

FROM A HEALTH AND INSTITUTIONAL CRISIS TO SOME CLINICAL ONES ...

An interlocked model of crisis for a new team

By putting into perspective the creation of a new day hospital following the health crisis of Covid-19, this article describes our experience of crisis, firstly on the change as such represented by the creation of a day hospital within an institution, then theoretically, and finally through dialogue with patients and confrontation with the clinic. This last stage has enabled us to develop an internal model to better understand crisis, which conceives of crisis in a dynamic and layered way, as a process of overflow between differentiated levels, when the capacity for containment is exceeded. We then apply this model to a number of theoretical and clinical issues.

KEY WORDS: Crisis - Institution - Overflow - Action research - Model - Group

There is a crack in everything,
That's how the light gets in.
Leonard Cohen

INTRODUCTION

Partant de l'argumentaire du colloque : "La crise sanitaire est venue s'ajouter à, révéler voire amplifier d'autres crises déjà à l'œuvre ou affleurantes", nous avons souhaité prendre du recul sur l'impact de la crise sanitaire dans la création de notre nouvelle équipe, la nouveauté que cette création a constitué dans l'institution, mais aussi sur la façon dont les crises cliniques sont venues nous mettre au travail, pour aboutir à un modèle partagé. Nous allons tenter de retracer ce chemin.

CONTEXTE

La crise sanitaire a été l'occasion de « dégeler » une réflexion de notre institution quant à la création d'une unité spécifique « hôpital de jour » (HDJ). La situation antérieure consistait en la présence de quelques lits de jour au sein de 4 unités d'hospitalisation jour + nuit. Certains patients y poursuivaient leur séjour en pointillé. Les conditions restrictives imposées pendant la pandémie de la Covid n'ont plus permis d'assurer ce type de présence. Les équipes étaient également conscientes qu'un accompagnement spécifique devait se penser en dehors d'une unité aiguë, hors des aléas d'un grand turnover...

Après l'intervention d'un groupe de travail éclairé par des immersions dans d'autres institutions, une équipe a été constituée, sur base d'un binôme enrichi de 5 « nouvelles recrues ». Vu la petite taille et la localisation rurale de notre service, celui-ci se devait d'être généraliste. Après quelques rencontres individuelles en décembre 2021, pour définir rapidement une grille d'activités en ateliers, nous avons enchaîné, dès janvier 2022, avec l'accueil des premiers patients, sans accordage collectif fin au préalable. Ce premier temps a d'emblée été celui de l'action, avec la recherche d'une cohésion et d'ajustements progressifs.

LA CRISE : MODE D'EMPLOI ?

La crise, nous l'avons donc d'abord vécue insensiblement, avant de nous pencher dessus. Incités par la perspective du colloque, nous avons vite réalisé que malgré quelques lectures (1,2,3,4), les concepts proposés ne parvenaient pas à faire consensus entre nous. Nous oscillions entre « il n'y a pas de crise réelle » et « tout est crise ».

Plusieurs pistes se sont alors ouvertes à nous pour tenter de cerner le sens de ces crises, afin d'en faire un outil pertinent. Deux de ces voies sont classiques : se pencher sur la définition courante et ses modifications et retourner vers l'étymologie.

Dans son acception première, la crise est un concept purement médical :

« Ensemble des phénomènes pathologiques se manifestant de façon brusque et intense, mais pendant une période limitée, et laissant prévoir un changement généralement décisif, en bien ou en mal, dans l'évolution d'une maladie. » (5)

Par analogie, le concept sera ensuite étendu à d'autres domaines en maintenant l'idée d'une manifestation intense, d'une rupture brutale, avec un dénouement. Grâce à une forme d'élasticité conceptuelle, le terme est devenu de plus en plus englobant. Au risque de rejoindre d'autres termes tellement élastiques qu'ils en ont perdu leur force : dépression, stress, burn-out.

Du côté des étymologies, nous avons examiné 3 origines : le Grec, l'Hébreu, le Chinois.

- ◆ Le grec *κρίσις* : dérivé du verbe krinein, signifiant « séparer », « choisir », « décider », « passer au tamis », « distinguer », « secréter ». Le mot a pour descendant, « critère », « critique », « endocrine » et évidemment à travers le latin médiéval *crisis* (« manifestation grave d'une maladie »), « crise » !

On retient de cette première étymologie l'idée que la crise aurait quelque chose à voir avec un carrefour où un choix pourrait s'effectuer...

aller mieux, aller moins bien... la crise serait un **tournant, un moment de discrimination**, où se séparerait le bon grain de l'ivraie.

- ◆ Le chinois Wei-ji : l'équivalent du mot « crise » y est composé de 2 caractères, « danger », représenté par un homme au bord d'un précipice, et le second « point de basculement », « moment décisif », racine du mot « opportunité » (6). Il s'agirait donc d'une conception de la crise où risque et opportunité se côtoient. Nous en retenons un point intéressant : la crise n'est pas que négative, elle peut être **ouverture**.
- ◆ De l'Hébreu enfin : *הַבָּשָׁת* (machber), qui dérive de la racine *בָּשַׁת* (shawbar : casser, se briser en morceaux) (7). Crise s'y rapproche de fracture, brisure. Quelque chose s'est passé, une rupture de continuité dans le fonctionnement (8). La crise détermine un **avant** et un **après**, autour d'un **événement**, elle **invite à construire du neuf**.

RETOUR VERS LA CLINIQUE : 1^{ER} TEMPS

Toujours peu satisfaits par nos recherches, nous nous sommes dit qu'il n'était pas envisageable de faire ce travail en perdant de vue les personnes que nous accompagnons au quotidien.

Nous avons donc évoqué la question auprès de nos patients : « et pour vous, la crise c'est quoi ? »

Le retour fut musclé car ils nous ont répondu assez remués que de leur point de vue, tout faisait crise, qu'ils étaient confrontés à une grande répétition, et qu'ils avaient bien peu d'outils ou de solutions permettant d'en sortir durablement.

Si le débat à partir de la théorie, de la définition ou de l'étymologie nous semblait insatisfaisant et insuffisant, si en parler avec les patients ouvrait un débat où tout semblait être crise, il était peut-être temps de faire un constat : nous sommes peut-être un peu fatigués de l'omniprésence du mot « crise ».

RETOUR : SECOND TEMPS

Après ce travail préparatoire, nous avons fait, comme le proposait Husserl, « Retour aux choses en elles-mêmes » (9), en repérant quelques variations cliniques illustratives du thème de la « crise ».

En débattant, nous parvenons à repérer une situation où nous sommes unanimement d'accord, pour dire qu'il y a bien eu crise, à tous niveaux : personnel pour le patient, groupal pour l'hôpital de jour, personnel pour les membres de l'équipe, inter-services, institutionnel

enfin. La situation d'Antoine¹ s'impose à nous comme premier cas de figure.

Nous repérons ensuite un deuxième cas, celui de Léa. Nous trouvons un consensus sur le fait que cette patiente se trouve souvent sur le fil de la crise, fil que de petites adaptations l'aident à ne pas perdre.

Enfin, pour Louise, un travail conséquent doublé d'un important investissement a permis d'éviter la crise et d'aboutir à un nouveau plateau de stabilité.

ANTOINE : LA CRISE DÉPASSÉE² ?

Antoine 35 ans, a été accueilli en famille d'accueil à l'âge de 6 ans car sa mère était inadéquate... D'emblée il se décrit comme ayant un profil autistique. Il évoque beaucoup de tensions dans sa famille d'accueil, où il ne se sent pas reconnu, soutenu et aimé. Pour notre part, nous percevons aussi qu'il s'impose et tente parfois de faire sa loi. Il vit isolé dans sa chambre.

Il n'a pas beaucoup de filtres quand il parle. Il se décrit comme « pas adéquat » en société, dit ne pas avoir de codes sociaux. Effectivement, il ne regarde pas les gens dans les yeux lorsqu'il parle, il fixe plutôt le sol. Sa demande à l'HDJ tourne autour du fait de retrouver des contacts sociaux, « mais pas trop ». Pour faire les choses progressivement, il opte pour une fréquentation d'un jour par semaine.

À son arrivée à l'hôpital de jour, il s'intègre peu à peu, avec beaucoup de réticence au départ. Il éprouve des difficultés à accéder à des dimensions plus symboliques, englué dans une forme d'intellectualisation et d'explication de son vécu, de ses exigences, ne tenant pas suffisamment compte des interlocuteurs.

À la sortie de chacun de ses jours de présence, il nous attend au moment où les autres partent ... pour accaparer quelqu'un de l'équipe et discuter de ses difficultés au domicile avec sa famille d'accueil. Il s'agit d'entretiens très longs, difficiles à clôturer, durant lesquels il se victimise, attend que les autres changent de comportement à son égard, exige de l'amour de sa famille et, in fine, des soignants.

La fin des 6 mois de présence à l'hôpital de jour se profilant, il commence à s'inquiéter. En même temps, une pause est effectuée au niveau de l'équipe mobile qui l'accompagne aussi, ce qu'il vit comme un abandon, un lâchage, sans se questionner autour du maintien de ses attitudes vécues comme harcelantes.

Dans la suite, la situation va mettre en crise plusieurs intervenants : plusieurs membres de l'équipe seront « saturés » par les appels inquiétants du patient et de

sa mère d'accueil. Nous apprenons qu'il contacte aussi l'équipe mobile, la mettant également sous pression. Il se rend dans leurs locaux, attend des membres du personnel sur le parking. Vaille que vaille, nous tentons de contenir ses débordements en énonçant clairement des conditions à son retour après une interruption : il faut d'autres lieux contenant que le nôtre et un suivi psychologique externe ; il doit décaler le contenu des entretiens de la focalisation sur son besoin d'amour ainsi qu'arrêter de revendiquer la possibilité de vivre des relations amoureuses avec le personnel. Rien n'y fera et toute son agitation va continuer à déborder au-delà de notre équipe, vers ceux qui l'ont envoyé vers l'hôpital de jour, qu'il mettra également en crise, menant à terme à l'interpellation de la direction médicale qui décidera de l'envoi d'une lettre d'avocat le sommant de cesser de harceler le personnel...

Une situation de crise s'est généralisée en cascade, mettant en lumière des dysfonctionnements, et questionnant également l'imbrication au sein de l'institution.

LÉA : LA CRISE SUR LE FIL ?

Léa est une jeune femme de 20 ans qui a vécu une interruption de sa scolarité et une décompensation lors d'un voyage scolaire. Déjà hospitalisée à de multiples endroits, elle a dû arrêter une reprise de formation en tant qu'auxiliaire de l'enfance alors qu'elle était en stage.

À l'admission, la patiente présente un tableau plutôt déficitaire, avec ralentissement, difficultés de concentration, aboulie. Elle reste à la maison toute la journée et tente de se socialiser via Facebook. Elle se sent différente des filles de son âge et ne parvient pas à entretenir des amitiés. Elle dit entendre des voix. Elle a l'impression d'être bloquée dans sa vie, se sent harcelée, persécutée. Elle reste parfois figée en rue.

Sa demande vise à se remettre en route, avoir de nouveaux contacts, avancer dans la vie (permis, appartement). Avant l'admission en HDJ, elle a été hospitalisée : les angoisses dissociatives, le délire de persécution et des conflits intra-familiaux nécessitaient un cadre plus conséquent. À plusieurs reprises, la patiente tente de s'enfuir ou agresse verbalement l'une ou l'autre personne, ce qui amène parfois un isolement de courte durée, isolement qu'elle demande parfois elle-même de façon préventive.

Cette hospitalisation qui dure près de 6 mois met clairement en évidence l'extrême fragilité de la patiente à travers ses idées délirantes aux thématiques nombreuses : sexualité, filiation, religion, ...

Léa entre à l'Escalette en fin d'année, directement après le séjour à temps plein. Les débuts ne sont pas évidents, ni pour l'équipe, ni pour certains patients,

1 Tous les prénoms ont été modifiés.

2 Dépassé, non pas au sens de résolu, mais ayant mené à une rupture, comme on évoque « un stade dépassé », « un coma dépassé »

cibles de projections. Ses échappées sans filtre mettent régulièrement à mal l'ambiance dans certains groupes.

À plusieurs reprises, l'équipe évoquera un possible terme à cette hospitalisation de jour vu la symptomatologie qui perturbe les autres patients.

À côté de ces difficultés, la patiente révèle aussi toute sa fragilité et sa sensibilité lorsqu'elle évoque sa tristesse, ses craintes. Elle pleure parfois et peut aussi se laisser étreindre par une soignante : « je suis trop fatiguée, je dois me reposer » dit-elle alors après un discours projectif. Dans le groupe de patients, certaines personnes assurent aussi régulièrement une fonction contenante pour elle, à travers une attitude maternante, un regard soutenant... Cette contenance exercée à divers étages permet après quelques mois que les choses s'apaisent et la patiente arrivera à concrétiser un projet de voyage au Cameroun avec sa mère.

LOUISE : LA CRISE ACCOMPAGNÉE ?

Louise, 28 ans, a formulé une demande d'hospitalisation de jour suite à une souffrance résultant d'une rupture. Nous observons des symptômes dépressifs, ainsi qu'une grande dépendance affective. Elle souhaite gagner en confiance, reprendre du plaisir, se « confronter » aux autres et repenser son avenir professionnel.

Les débuts à l'hôpital de jour sont complexes, Louise rencontre des difficultés à s'intégrer, est en retrait, elle dévoile peu d'éléments de son histoire. Elle fait preuve de maladresse dans des gestes simples de la vie quotidienne. Sa vie semble tenir à la reprise d'une relation avec son « ex-compagnon ».

En début d'hospitalisation, cette relation occupe toute la place : c'est ce pour quoi elle est là, avec une injonction de devoir réussir à « se changer », remplir les conditions pour espérer une « reprise ». Louise fait pour l'autre mais ne sait pas ce qu'elle veut pour elle-même. Nous avons le sentiment que son compagnon est pris en otage, la patiente évoquant un profond désespoir dès qu'il accentue la distance.

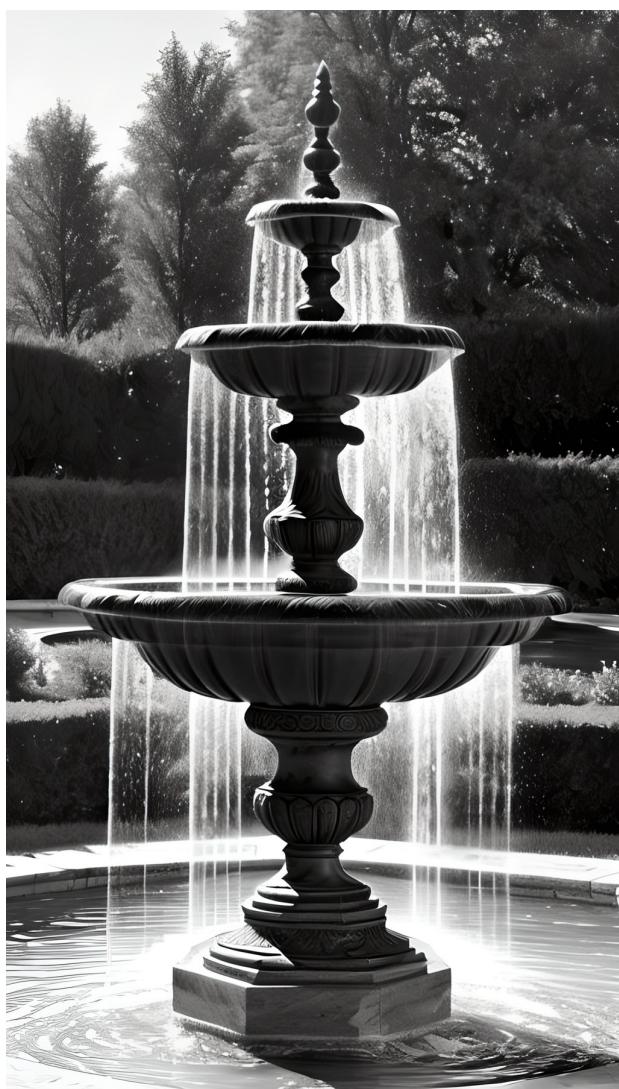
L'hospitalisation prend un autre tournant lorsque son ex-compagnon officialise qu'il entame une nouvelle relation. C'est d'abord insoutenable pour Louise, qui s'effondre et explore différents scénarios afin de le récupérer. C'est un moment de crise majeure pour elle. L'équipe accentue alors sa présence, offre un cadre contenant et intensifie les rencontres individuelles. Le groupe est également soutenant face à sa détresse. Ceci permet d'éviter l'hospitalisation complète qui a été évoquée au summum de sa détresse.

Nous avons ainsi pu accompagner cette rupture en respectant le rythme de Louise, et en modifiant le nôtre. Par la suite, saisir l'opportunité d'une reprise d'un travail lui a permis de ne pas rester figée dans un état

de désespoir et d'entrevoir d'autres perspectives, un avenir possible.

LA FONTAINE

Les échanges autour de ces trois situations cliniques critiques nous ont amenés lors de nos réflexions d'équipe à dégager une image de la crise un peu différente de celle de la rupture suivie d'une stabilisation à un autre niveau.



L'image de la fontaine a principalement émergé de la situation de crise dépassée qui a abouti à la rupture avec Antoine. Elle nous a aussi semblé pertinente pour les situations limites ou contenues. Dans la crise, un inconfort du patient, au contact du soignant, **déborde**, et ce soignant lui-même peut avoir besoin de l'équipe, pour **contenir** cela. Dans la première situation clinique évoquée, l'équipe n'a manifestement pas pu contenir le débordement. Le problème s'est propagé à une autre équipe de l'institution, avant, un peu plus tard, d'être amené à la direction, qui elle-même a consulté un avocat... Ce débordement s'est répandu comme

une fontaine qui a débordé les frontières psychiques, familiales, institutionnelles, d'étage en étage... Ceci peut se produire en parole, mais aussi en actes, en ambiance.

CETTE REPRÉSENTATION NOUS A ALORS PERMIS DE DÉVELOPPER DIFFÉRENTES IDÉES CONCERNANT LA CRISE :

- ◆ La crise permet une compréhension des **difficultés inhérentes au début de notre hôpital de jour** : des membres de l'équipe confrontés à des difficultés nouvelles pour eux, de par leurs expériences passées parfois très différentes, vivaient un débordement, une forme de « crise » liée à une situation pas forcément vécue comme telle par les autres membres, mais réelle et concrète pour le soignant. L'équipe n'ayant pas encore bien défini son mode de fonctionnement, était moins à même de jouer son rôle contenant. On retrouve donc à la fois l'idée qu'il y a différents niveaux de crise, des crises concernant certaines enveloppes et pas d'autres, avec comme moment de « rupture » celui du débordement. Cette représentation nous permet plus de nuances que le terme "crise", qui reste imprécis, car n'indiquant pas spécifiquement ce qui déborde, et ce qui contient encore.
- ◆ **Quand nous percevons un « débordement »** de nos frontières (psychiques, d'équipe) : quelle option prendre ? Comment trouver un équilibre entre confiance et expérience à acquérir pour l'équipe ? Quand recourir à l'institution, voire à l'autorité, sans pour autant disqualifier l'équipe ou ses membres ? Quand envisager un recours à un regard extérieur ? La supervision peut-elle être vue comme un niveau encore plus large permettant de recueillir tout ce qui déborde, pour le métaboliser ?
- ◆ Quel est l'impact des crises cliniques sur le fonctionnement de l'équipe ? Quelles traces en garde-t-on ? Dans le cas de Léa, on aura noté un changement de regard de l'équipe ; dans celui de Louise, la mise en place de rencontres rapprochées.
- ◆ Au niveau de l'impact, on remarquera aussi que pour d'autres situations, ce sont les autres patients qui ont pu jouer un rôle contenant en s'adaptant.

Là où la métaphore est insuffisante, c'est que nous réalisons que chaque crise peut amener une **modification de la structure en étage**, qui tantôt rendra **la future contenance** meilleure (« expérience acquise », « savoir-faire »), tantôt risque de la **fragiliser** (démission d'un membre débordé par une crise p.ex.). La crise est un moment complexe, qui peut mélanger

des phénomènes aigus et chroniques (ex : une décompensation psychique modérée, mal contenue par une équipe chroniquement éprouvée). Pour que l'équipe puisse devenir contenant face à une situation qui la déborde, il est évidemment nécessaire qu'elle puisse se mettre au travail et repérer en quoi elle n'est pas ou plus contenant : il faut de la souplesse. Il faut aussi sans doute, pouvoir admettre qu'il y a des débordements qui ne peuvent pas être contenus par l'équipe, et qu'il faut alors passer la main : par exemple repérer ce qui est une indication d'hospitalisation à temps plein. Signalons à cet égard qu'en début de fonctionnement, l'HDJ a démarré sur un mode « absorption tout venant », sans doute un peu présumptueux, mais lié aux exigences de viabilité : le fameux taux d'occupation ! Le débordement nécessite une prise de conscience et un engagement, mais aussi une compréhension des différents niveaux d'intégration : psychisme du patient (éventuellement avec ses différents étages : ça, moi, surmoi), psychisme du soignant, équipe, institution, société.

On peut aussi considérer qu'il peut être nécessaire de laisser un niveau déborder, pour « concerner » le niveau suivant, le mettre en crise, afin d'améliorer la contenance globale du système... La question du « comment faire face » devient donc une question de contenance des enveloppes (10), dont il s'agirait de moduler la perméabilité, la capacité à contenir un débordement.

Relevons aussi des situations où le patient fait uniquement appel au côté contenant d'un soignant, sans s'appuyer sur le côté contenant du groupe de patient, de l'équipe, de l'HDJ en tant que tel : dilemme d'une situation où il y a bien contenance, mais polarisée sur un seul niveau de ce que le dispositif permet. Autrement dit : quand la contenance ne s'exerce que par le travail individuel, les entretiens en tête-à-tête à un rythme quotidien, il faut se demander si à la fois cela ne soutient pas, mais ne déforce pas également l'hôpital de jour, en mobilisant beaucoup de force à un endroit, au détriment de la contenance globale de l'HDJ.

- ◆ Le fait que certains étages de la structure sont « apprenants », ou pas. Pourrait-on distinguer **un patient qui évoluerait vers un changement** (de moins en moins débordant, ou débordant d'une autre façon métabolisable par l'équipe), d'un autre qui poursuivrait à l'identique un débordement continu ? Cela permettrait-il de différencier « crise » d'un « état de crise » ? Ne pourrait-on y voir une figure de la perversité ou de la psychopathie quand des structures continuent à déborder quelles que soient les réactions des étages inférieurs, tentant de contenir ou métaboliser ce qui déborde... ?

CONCLUSION

Suite à l'insuffisance du terme crise, nous avons élaboré peu à peu la représentation d'une fontaine qui déborde pour l'amener vers un modèle : **plus une situation verrait ses frontières / parois / « peaux » insuffisantes à retenir le contenu, plus on pourrait dire que « la crise » est présente...** on passerait d'une **vision ON/OFF binaire** à une **vision plus quantitative, qualitative, dynamique et imbriquée...**

Si cette image des différents niveaux contenants ou débordants permet de mieux saisir la dynamique de la crise, elle pèche néanmoins par un aspect : le pourquoi. Pourquoi un niveau commence-t-il à déborder ? On peut évoquer son aspect non contenant, son incapacité à digérer/métaboliser (11) ce qui déborde du niveau contenu... mais à la base, qu'est-ce qui suscite le fait que quelque chose déborde ? quel est ce quelque chose ? Nous avons des hypothèses, mais cela reste vaste : de l'angoisse, de l'énergie psychique non liée, de la tension, de la frustration, la pulsion, de l'agressivité, des affects, de la pression liée à des attentes externes ?

Comment un événement (réel, ou psychique) en vient-il à libérer les énergies évoquées ci-dessus ? Qu'est-ce qui précède le débordement ? Quoi qu'il en soit, on repère nettement en HDJ deux événements inévitables et susceptibles (mais non systématiquement) de déclencher la cascade : l'arrivée (intégration au sein de nouveaux contenants tels l'HDJ et l'institution) et la sortie (autonomisation par rapport à ces mêmes contenants). Une bonne partie du travail en HDJ consiste à préparer le patient à se passer de l'HDJ : comme si tout doucement nous lui transférions une partie de notre contenance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zucker D. Penser la crise : l'émergence du soi. 2^e éd. Bruxelles : de Boeck ; 2012.
2. Mouguengui SW, Afia K, Tilly Jean-Joseph K. Du paradigme de la crise en philosophie. Spécificités. 2011 ; **1** (4) : 5-14.
3. Caron J. Du bon usage de la crise?. Revue Projet. 2010 ; **3** (316) : 69-75.
4. Quartier F. La crise, une promesse d'aller mieux. Santé Mentale. 2016 ; (204) : 25-29.5.
5. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [En ligne]. Crise [consulté le 15 juin 2023]. Disponible : <https://www.cnrtl.fr/definition/crise>
6. Chorège [En ligne]. La définition du mot crise en chinois [Consulté le 15 juin 2023]. Disponible : <https://www.chorège.com/definition-crise-chinois/>
7. Bible Hub [En ligne] [Consulté le 15 juin 2023]. Disponible : <https://biblehub.com/hebrew/4866.htm>
8. Neiger M. [En ligne]. Roch haChanah 5781 There is a crack in everything, 19 septembre 2020 [Consulté le 15 juin 2023]. Disponible : <https://www.beth-hillel.org/sermons/RH5781-thereisacrack>
9. Husserl E. Recherches logiques 2 : Recherches pour la phénoménologie et la théorie de la connaissance. 6^e éd. PUF ; 1996.
10. Anzieu D. Le moi-peau. 2^e éd. Dunod ; 2023.
11. Bion W. Aux sources de l'expérience. 5^e éd. Presses Universitaires de France ; 2003.

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,
Avenue de Loudun 126, 7900 Leuze-en-Hainaut (Belgique)
lescalette.stjdd@acis-group.org

« PERSONNE NE ME COMPREND ! »

Le concept de prévention et de gestion de crise par l'équipe mobile pluridisciplinaire

- Mathilde HOLVOET, Olga SIDIROPOULOU -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'accompagnement des enfants en situation de crise au sein de l'institution du Centre Psychothérapeutique de Lausanne, a été repensé depuis 2019, pour répondre au cadre légal du canton relatif à l'évaluation des mesures de contrainte dans les établissements de pédagogie spécialisée. Un des premiers pas vers ce cadre légal a été la fermeture de la salle d'apaisement en 2019. Face à cette réalité nouvelle, l'institution a dû s'adapter pour offrir à ces enfants une nouvelle forme d'accompagnement plus efficiente sur le long terme. De cette situation est né le concept institutionnel de prévention et de gestion de crise. L'équipe mobile, intra-institutionnelle, a vu le jour en 2020. Elle intègre trois pôles de compétences : pédagogique, éducatif et médico-psychologique. En effet, comme F. Worms (1) le nomme « le soin psychique ne serait pas un soin à côté des autres : il serait une dimension du soin, de tout soin ». Le but recherché à travers ce nouveau concept est d'allier la fonction contenante du cadre pédago-éducatif à la fonction de contenance psychique. « Personne ne me comprend ! » est l'illustration même de l'incompréhension à laquelle les enfants se retrouvent confrontés dans l'expression de leur souffrance au quotidien comme mis en relief à travers nos vignettes cliniques. Pour y pallier, un accent particulier a été mis sur la formation et le développement d'outils tels que : l'échelle descriptive du comportement ; l'analyse fonctionnelle et la grille d'auto – évaluation comportementale.

MOTS CLÉS: Misiplinarité - Crise - Échelle du comportement - Soin psychique - Contenance et contention

« NOBODY UNDERSTANDS ME! »

The concept of prevention and management of crises by the multidisciplinary mobile team

Support for children in crisis situations within the institution of the Psychotherapeutic Center of Lausanne has been redesigned since 2019, to respond to the canton's legal framework for evaluating constraint measures in specialized educational establishments. One of the first steps towards this legal framework was the closure of the calming room in 2019. Faced with this new reality, the institution had to adapt to offer a new, more efficient form of support in the long term for these children. From this situation was born the institutional concept of crisis prevention and management. The mobile team was created in 2020. It integrates three centers of expertise: educational, educational and medico psychological. Indeed, as F. Worms¹ calls it "psychological care would not be a care alongside the others: it would be a dimension of care, of all care". The aim sought through this new concept is to combine the containing function of the pedagogical-educational framework with the function of psychological containment. « Nobody understands me! » is the very illustration of the incomprehension that children find themselves confronted with in the expression of their suffering daily, as highlighted through our clinical vignettes. To compensate for this, particular emphasis was placed on training and the development of tools such as: the descriptive behavior scale; functional analysis and the behavioral self-assessment grid.

KEY WORDS: Multidisciplinarity - Crisis - Scale of behavior - Psychological care - Containment and restraint

INTRODUCTION

Le Centre Psychothérapeutique fait partie intégrante de la filière des centres de jour du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Lausanne. En 2019, le Centre Psychothérapeutique a fermé sa chambre d'isolement, la volonté du canton étant d'éviter toute mesure de contrainte dans les institutions d'enseignement spécialisé. Cela n'a pas été sans dérouter les équipes qui ont dû penser autrement le concept de gestion de crise. Nous savons que tout

changement peut amener de l'incertitude, mais tous s'accordaient pour dire que l'usage de la chambre d'isolement n'était pas un outil probant sur le long terme pour l'accompagnement des enfants en souffrance et présentant des épisodes de crises clastiques. Comme l'écrit le psychiatre Dr Viktor Frankl (2) : « Quand nous ne sommes plus capables de changer une situation, nous sommes mis au défi de nous changer nous-mêmes.»

Le Centre Psychothérapeutique (CPT) accueille 54 enfants de 6 à 12 ans, dont 21 enfants internes. L'indication d'orientation au CPT répond à une double demande (scolaire et médicale). Les enfants sont répartis en 9 classes et sont accompagnés au quotidien par un binôme pédago-éducatif, ainsi que par une équipe médico-psychologique composée de psychologues, pédiopsychiatres, ergothérapeutes, art-thérapeute, logopédiste et assistantes sociales. Les enfants accueillis rencontrent des difficultés majeures dues à des troubles neurodéveloppementaux et émotionnels importants. L'environnement familial est souvent précaire et l'accompagnement des familles se fait de manière rapprochée par l'équipe médico-psychologique. Ces enfants, aux difficultés psychiques importantes, présentent régulièrement des crises auto et/ou hétéro-agressives.

Entre 2015 et 2019, le Canton de Vaud décide que ses établissements pédagogiques doivent éviter toute mesure de contrainte et fermer progressivement les salles d'apaisement. En 2019, le CPT ferme sa salle d'apaisement qui est ensuite transformée en salle d'ergothérapie. L'absence de bénéfices à long terme, d'écartier l'enfant du groupe et de tenter de gérer la crise par la salle d'apaisement, a été constaté à travers des études internationales (3). Cela a été démontré comme contre-productif, tant pour l'enfant que pour les équipes. Cela nous a amené à repenser le concept de gestion de crise. Du côté de l'enfant, des études ont montré la perception punitive de cette pratique qui impacte l'estime de soi ou qui amène l'enfant à se figer dans l'opposition et la provocation.

Du côté des équipes, ça peut malheureusement amener une sorte de réflexe abusif à but de stricte contention ou de levier de pression pour l'accomplissement des tâches.

L'effet « tampon » que représente l'usage de la chambre d'apaisement, empêche de penser autrement la gestion des crises. Y renoncer nous a obligé à repenser le protocole en cas de crise en nous axant davantage sur la prévention et l'anticipation. Il existe une large documentation (4) des effets néfastes des mesures de contraintes, tant sur les patients que sur les équipes. Pour le patient, le risque de dommages psychiques, d'augmentation des états d'agitation, d'un effet « d'habituation », ainsi qu'une baisse de l'alliance thérapeutique ont pu être recensés. Pour les soignants, l'augmentation des accidents de travail, un plus grand turnover des équipes, un absentéisme plus important ainsi qu'une augmentation des burn-out ont été constatés.

L'équipe mobile créée au sein de l'institution pour accompagner les enfants en crise, ne peut être portée

par un seul corps de métier. Il a fallu penser ce concept d'un point de vue pluridisciplinaire. En effet, comme Frédéric Worms (1) le conceptualise, le soin psychique « Ce n'est pas tant un soin spécifique qu'une dimension du soin, d'un soin qui pour être complet, c'est-à-dire réel, doit articuler ses différentes dimensions constitutives entre elles, les distinguer mais aussi les réunir ». Le soin psychique est ainsi une **dimension subjective du soin**. Ce qui fait soin pour le sujet reste singulier.

Ainsi, **Léo**¹, 8ans, présentait des moments de désorganisation et d'agitation plus importants lors de la transition vers les taxis, en fin de journée. La femme de ménage, présente à côté du groupe de jour de l'enfant à ce moment, lui a proposé de l'aider dans ses tâches. Léo, a ensuite ritualisé ce moment et cela a permis d'apaiser ces moments de transition. L'invention de l'enfant et de l'adulte dans la relation transférentielle permet de désamorcer la crise et de construire une solution moins ravageante. Comme le souligne P. Delion (5) « Dans la fonction psychothérapeutique de cette constellation transférentielle, cette personne en lien avec cet enfant a eu une importance notable pour engager un processus de rencontre et plus avant une relation psychothérapeutique »

Pour amener une forme de sécurité interne chez l'enfant, cela passe par l'alliage de deux fonctions, qu'Yves Morhain (6) a définies : la fonction de contention et la fonction de contenance. La fonction de contention opère par les murs de l'institution, comme cadre « coercitif » qui fait bord au débordement pulsionnel. Cela n'est pas suffisant et nécessite une fonction de contenance psychique. Celle-ci correspond à la dimension humaine et relève de la tiercéité. En effet, l'intervenant peut avoir cette fonction pare-excitante pour l'enfant, qui par l'engagement dans le processus thérapeutique peut favoriser les inventions de l'enfant et ses réalisations « sublimatoires ». Charles-Emmanuel Blondiau (7) psychologue en centre de jour, explicite bien cette fonction contenante et le système pare-excitant : « Tout en se montrant contenante et en offrant à l'enfant un réceptacle où pourront se déposer les blessures narcissiques, l'équipe éducative permettra que se voie renforcé le système de pare-excitation ». Les regards croisés entre le champ du soin, le champ éducatif et le champ pédagogique permettent d'adapter les interventions de chacun des pôles de manière complémentaire et intégrée.

¹ Les prénoms utilisés dans le présent article sont tous des prénoms d'emprunt.

NOUVEAU CONCEPT DE GESTION DE CRISES : FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE MOBILE AU SEIN DU CENTRE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le binôme pédago-éducatif sur chacun des groupes classes, peut faire appel aux intervenants de l'équipe mobile, lors d'une crise clastique d'un enfant. La coordination étroite entre éducateur et pédopsychiatre permet d'intervenir et de faire tiers. Il est alors proposé à l'enfant des alternatives pour s'apaiser et contenir son débordement pulsionnel. Trois types de retrait du groupe peuvent être proposés : le retrait volontaire, le retrait négocié ou le retrait programmé. Le retrait volontaire c'est lorsque l'enfant accepte d'être accompagné dans un autre lieu pour un effet de soupape. Le retrait négocié, c'est lorsque l'enfant doit s'accorder à la demande de l'adulte pour sortir, même si initialement il refuse. Le retrait planifié correspond à l'intervention préventive, en amont d'une crise clastique.

Le concept de prévention et de gestion de crises a pour but de proposer des outils concrets pour identifier les signes **précurseurs**, **prévenir** les crises et favoriser un **apaisement** du comportement de l'enfant. Il présente aussi les attitudes à poser pendant et après la crise.

Dans le travail de l'équipe mobile, nous accordons une grande importance à l'axe préventif. En effet, pour sortir de la crise, il est nécessaire de penser en amont ce qui fait souffrance chez l'enfant, afin de l'accompagner au mieux. Ainsi lors du processus d'admission, nous identifions les enfants dits « à risque » de présenter des épisodes de crises clastiques. Nous rendons les parents partenaires afin de récolter les informations sur le fonctionnement de l'enfant, les éventuels signes précurseurs et pour fixer les objectifs éducatifs et thérapeutiques individualisés. Lors de l'intégration en classe, la réflexion avec les différents binômes pédago-éducatifs visera à ajuster les activités au quotidien (temps hypo stimulants, travail en individuel, par sous-groupe, ...). L'indication des groupes thérapeutiques sera également réfléchie de manière individualisée pour chaque enfant (art-thérapie, psychodrames, atelier conte, atelier de compétences sociales, groupe squiggle, ...).

La prévention se réfléchit à divers niveaux. La prévention d'ordre psycho-affectif inclut les éléments anamnestiques, les enjeux intra-familiaux, le développement de l'enfant. La prévention physiologique s'intéresse aux questions d'alimentation, de sommeil, de douleurs, des questions somatiques plus globales. Nous mettons également en exergue la présence, notamment chez les enfants souffrant des troubles du spectre autistique, de troubles de la sensorialité (hyper-sensorialité). Cela est intégré à l'accompagnement au quotidien afin d'anticiper au mieux des moments/

sensations pouvant être déclencheurs de crises. Enfin, l'aménagement de l'espace, afin d'aider à la planification et l'organisation au quotidien, est intégré à la réflexion préventive.

Des projets préventifs individualisés sont mis en place pour certains enfants, qui témoignent être particulièrement en souffrance à travers des épisodes répétés de crise. Ainsi, de manière programmée dans la semaine, l'enfant bénéficie d'un espace avec l'éducateur de l'équipe mobile autour d'un projet singulier. Prenons l'exemple de **Tom**, 9 ans qui ne pouvait rester dans le groupe classe sans montrer des comportements d'opposition, d'hétéro ou auto-agressivité. Lors des crises, Tom verbalisait sa souffrance en évoquant par bribes ses angoisses quant à ses différents lieux de vie dans un contexte de séparation parentale. Tom est fils d'agriculteur, et le travail à la ferme avec son père avait un effet d'apaisement des comportements de violence. L'accompagnement individuel avec l'équipe mobile a permis de construire, à partir de l'intérêt de l'enfant, des présentations à ses pairs, centrées sur l'agriculture. Cela a remis en mouvement les interactions groupales avec ses pairs, lien mis à mal par l'aspect récurrent des troubles du comportement.

Marc, 9 ans, montre trois comportements très différents selon le lieu de vie (à l'école, au domicile maternel et au domicile paternel). Ce clivage entre les espaces est massif. Marc présente une agressivité importante envers sa mère, une auto-agressivité et un discours de dévalorisation au sein de l'école, et un comportement calme et respectueux du cadre chez son père. L'accompagnement individuel avec l'équipe mobile a permis à Marc de se représenter lui-même dans ces différents lieux en rassemblant ces différentes facettes et en diminuant le clivage et le morcellement entre les espaces. L'équipe a pu construire, en partenariat avec l'enfant, son échelle du comportement, avec, pour chaque niveau de l'échelle, les stratégies qui l'aident à s'apaiser.

En effet, un des outils centraux dans la gestion et prévention des crises est l'échelle descriptive du comportement. Elle est pensée dans le but de décrire les comportements de l'enfant de manière la plus précise et objective possible afin d'y associer les interventions à privilégier. Cette échelle identifie cinq stades : calme, agitation, opposition, agressivité, post-crise. L'utilisation de cette échelle comme support permet d'apporter une cohérence dans les réponses éducatives données à l'enfant par les différents intervenants. Ainsi sont répertoriés les outils éducatifs utilisés, les renforçateurs et les réparations proposées à l'enfant selon le stade comportemental dans lequel il se trouve. Cet outil est discuté en équipe pluridisciplinaire afin d'y apporter les différents regards de manière croisée. L'outil est ensuite présenté aux parents rendus partenaires des

interventions proposées face aux comportements de leur enfant.

Nous utilisons également les grilles d'auto-évaluation du comportement, qui permettent un dialogue entre l'enfant et l'adulte, soutenu à mettre en mots les moments de la journée qui apparaissent plus compliqués. Ce travail de rédaction de grilles du comportement se discute avec les différents intervenants autour de l'enfant (éducateurs, enseignant, pédopsychiatre et psychologue), au sein des colloques cliniques, un des outils de support à la gestion des crises.

Enfin, l'analyse fonctionnelle est un outil qui permet de mettre en lien les comportements perturbateurs et désorganisant l'individu avec leur rôle, leurs effets et conséquences. Cela permet de décortiquer le comportement de l'enfant, d'en dégager les enjeux à différents niveaux pour formuler des hypothèses sur les facteurs d'apparition et de maintien du comportement.

THÉRAPIE INSTITUTIONNELLE : LE TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE

En parallèle à la mise en place de mesures éducatives, les médecins et psychologues de l'équipe, ayant participé aux réflexions sur l'accompagnement individualisé peuvent accueillir et accompagner l'enfant dans ce processus avec un focus sur la rencontre. L'apport de l'équipe médico-psychologique sur le fonctionnement psychique de l'enfant permet d'ajuster les réponses éducatives et pédagogiques présentées à l'enfant. En situation dite de crise, chaque intervenant peut solliciter la mise en place d'un atelier de réflexion. Cet espace réunit les différents intervenants autour de l'enfant en présence du médecin responsable du centre. Dans cet espace s'exerce la fonction métaphorique dont nous parle P. Delion (8) « *Du sens peut émerger de la mise en commun des vécus contre-transférentiels de chacun des membres de la constellation transférentielle, entendue comme réunion de tous les professionnels en lien avec l'enfant.* » (8). Pouvoir être dans un échange coconstruit entre les différents professionnels, tient lieu de « *pare-excitations collectif et de ce fait, de fonction contenante groupale pour l'enfant en question* » (8).

Pour illustrer le travail multidisciplinaire autour de l'enfant, prenons l'exemple de **Julien**, 9 ans. Julien présente une agitation psychomotrice importante en lien avec son trouble de l'attention avec hyperactivité. Au cours des premiers mois de prise en charge, nous observons des angoisses envahissantes, autour des monstres qui lui font peur et dont il craint la présence dans les différents espaces. Ses monstres sont ses peluches qui « prennent vie » pour lui. Cela impacte sa disponibilité aux apprentissages et les relations avec ses pairs en classe et à l'internat. Un entretien parent/enfant avec la pédopsychiatre et l'éducatrice

référente a été mis en place. Nous sommes alors partis de la solution de l'enfant pour tenter d'apaiser l'angoisse. Julien a pu, au retour du domicile, enfermer ses peluches « monstres », dans une boîte en carton scellée qu'il a descendue à la cave. L'éducatrice et la pédopsychiatre ont aussi accompagné la mère pour mettre en place un contrôle parental sur les écrans et éviter l'exposition à du contenu inadapté à l'âge de l'enfant qui alimentait ses peurs. Des outils autour de l'expression des émotions ont été proposés à la mère et à l'enfant, pour transposer, à la maison, les médias utilisés dans l'espace thérapeutique individuel. Ainsi, un livre autour des émotions et des cartes pour exprimer ses émotions et ses besoins ont été mis en place en collaboration avec la mère et en partenariat avec l'enfant.

Les entretiens individuels avec l'enfant permettent de travailler les enjeux relationnels avec les pairs et les aspects émotionnels. Les supports visuels sont aidants pour le profil d'enfant que nous accueillons au CPT. Reprenons l'exemple de Julien, qui présente des angoisses de séparation. Pour lui, consentir à participer aux activités de l'internat thérapeutique (camps, nuitées) équivaut à consentir à la perte de moments en famille. Ce choix est indicible et donc impossible pour lui. Ce choix de participation de son fils au camp est également difficile pour la mère, par crainte qu'il ne le vive comme un rejet. Le travail familial parent/enfant permet de soutenir la mère dans sa parole auprès de son fils. Le travail individuel avec la pédopsychiatre permet de mettre en place des repères visuels (calendrier) coconstruit avec l'enfant, pour l'aider dans le repérage temporel et ainsi être rassuré sur la permanence du lien avec les figures parentales. Le travail pédago-éducatif permet, à partir du support visuel construit en thérapie, d'y faire référence au quotidien comme repère temporel.

À noter que le travail psychothérapeutique individuel se conjugue avec les thérapies groupales. Les équipes pédago-éducatives sont intégrées dans la coanimation de ces groupes thérapeutiques avec l'équipe médico-psychologique. Cela permet, notamment dans les groupes de compétences sociales, de partir de situations sociales concrètes vécues dans le groupe, pour que cela s'inscrive dans le processus thérapeutique singulier de l'enfant.

Rendre les parents partenaires de l'accompagnement multidisciplinaire est également une mission essentielle à laquelle l'institution se doit de répondre. Comme énoncé précédemment, les échelles du comportement sont coconstruites en équipe et partagées avec les parents afin de permettre une continuité entre les espaces et un apport différencié qui s'avère aidant.

Prenons un exemple clinique de la transposition d'outils entre l'institution et le domicile de l'enfant.

Nathan, 8 ans, présente un trouble de l'attention avec hyperactivité. Il a une bonne orientation spatiale mais il n'a pas acquis les repères temporels. Dans l'espace d'ergothérapie, Nathan a pu construire un planning des activités sur base de pictogrammes. Ces pictogrammes sont des photos de lui-même, occupé à différentes activités quotidiennes (brossage des dents, préparation du sac, rangement du matériel, repas, ...). Partir de ces pictogrammes le représentant, a permis d'aider l'enfant à intégrer son programme quotidien et d'apaiser les moments de transition sources pour lui de désorganisation. Ce programme a pu être transposé à la maison, en collaboration avec la mère, afin d'assurer une continuité. Nous avons observé une diminution des crises tant au domicile qu'au sein de l'institution. Cet outil coconstruit a pu se mettre en place grâce à l'aspect multidisciplinaire en faisant émerger les besoins de l'enfant, à partir de son fonctionnement, ses ressources et ses difficultés.

Ainsi, Pierre Delion (8) nous parle de cette prise en charge qui conjugue travail individuel et collectif. Il nous dit que « *le concept d'institution et plus précisément de constellation transférentielle, ne prend son sens que de permettre à une équipe psychiatrique de répondre avec les partenaires nécessaires à cette double contingence individuelle et collective* ».

CONCLUSION

L'équipe mobile pluridisciplinaire au sein du Centre psychothérapeutique, est un dispositif qui a permis de repenser l'accompagnement des enfants au sein du centre de jour, depuis la fermeture de la chambre d'apaisement en 2019 et de sortir d'un effet « pompier » dans la gestion des crises pour construire un dispositif axé sur la prévention et la pluridisciplinarité. L'équipe mobile s'appuie sur plusieurs outils éducatifs dont l'échelle descriptive du comportement, les grilles d'auto-évaluation, l'analyse fonctionnelle et l'atelier de réflexion pluridisciplinaire. Elle s'appuie en parallèle sur les inventions de l'enfant, qui sont un levier pour sortir de la violence grâce à une solution apaisante. Enfin, la cohérence dans les réponses données à l'enfant par les différents intervenants, est essentielle et se doit d'être coconstruite en équipe. L'échelle descriptive du comportement permet d'harmoniser nos réponses face à l'enfant, tout en croisant les regards des différentes fonctions (pédago-éducative et médico-psychologique).

« *Il faut des outils mais aussi des idées*

Pour développer ces outils ; pour les aménager

Et pour établir une médiation entre l'adulte et l'enfant

Qui peine à trouver sa place dans l'espace social,

Se trouve désorienté et parfois hors du temps »⁷

BIBLIOGRAPHIE

1. Worms F. La dimension psychique du soin. Pratiques en santé mentale. 2014 ; **60**(1) : 47-51.
2. Frankl V. Pour ne pas conclure. Dans : Denis J, Hendrick S. Thérapies et interventions brèves : Indications et traitements. Wavre : Mardaga ; 2022, 463-467.
3. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. Frontiers in psychiatry; 2019: 491.
4. Valenkamp M, Delaney K, Verheij F. Reducing seclusion and restraint during child and adolescent inpatient treatment: Still an underdeveloped area of research. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2014 ; **27**(4) :169-174. DOI : 10.1111/jcap.12084. Epub 2014 Aug 7.
5. Delion P, Olliac B, Bourrat MM. Thérapeutique. Dans : Danion-Grilliat A, Bursztein C. Psychiatrie de l'enfant. Lille : Lavoisier ; 2011, 366-416.
6. Morhain Y. Paradoxalement de l'enfermement d'adolescents et de jeunes adultes : entre destructivité et créativité. Adolescence. 2012 ; **30**(4) : 797-813.
7. Blondiau CE. Le champ éducatif. Dans : Kinoo P. Psychothérapie institutionnelle d'enfants : l'expérience du Kapp. Toulouse : Erès ; 2012, 113-120. DOI :10.3917/eres.kinoo.2012.01.0015
8. Delion P. Destructivité chez l'enfant et clinique institutionnelle. Dans : Danon-Boileau L, de Lara AC. La destructivité chez l'enfant. 1 éd. Paris : Puf ; 2014, 109-119.

LES AUTRICES :

Mathilde HOLVOET, Olga SIDIROPOULOU

Pédopsychiatre

Centre Psychothérapeutique SUPEA_CHUV

Avenue de la Chablière 5, 1004 Lausanne (Suisse)

mathilde.holvoet@chuv.ch

CRISES OU OPPORTUNITÉS ?

Les contraintes de la réalité comme moteur d'innovation

- Julien VAGNIERES, Vanille HANNON, Stéphane DESPONDS, Nathalie PARRY, Jonathan DRAI -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Le Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) de Vevey, en Suisse, a été soumis à deux épreuves majeures successives ; un déménagement ainsi que la pandémie de COVID-19. Ces évènements ont entraîné des transformations substantielles au sein de l'équipe médico-infirmière, bouleversant le dispositif de soins dans son ensemble. Ces moments critiques ont exigé une réévaluation profonde de l'approche et des priorités de l'équipe soignante. Les répercussions de ces expériences ont suscité une réflexion sur les bénéfices qui en ont découlé, tant sur le plan personnel qu'auprès des patients.

Dans ce contexte, il devient crucial d'explorer comment maintenir la motivation du groupe et préserver l'intention thérapeutique au cœur de la pratique, malgré les défis adverses. En se penchant sur ces questions, il est possible de dégager des enseignements précieux sur la résilience et l'adaptabilité de l'équipe de soins. Paradoxalement, les contraintes extérieures ont mobilisé des ressources, inspirant et stimulant des innovations ainsi que des ajustements nécessaires pour surmonter les obstacles.

Cet article se propose de décrire de manière approfondie les impacts et les contraintes de la réalité imposés par ces crises successives sur l'unité du CTJ, tout en soulignant les changements incontournables qui ont été mis en œuvre pour permettre au dispositif de soins de persévérer dans sa mission fondamentale.

MOTS CLÉS: Hôpital de jour - Psychiatrie - Crises - Opportunités - Pandémie.

CRISIS OR OPPORTUNITY ?

How the limits of reality serve innovation

The Therapeutic Day Center (TDC) in Vevey, Switzerland, underwent two major crises, a relocation, and the COVID-19 pandemic, leading to significant changes in the composition and organization of the medical-nursing team. These events required the caregiving team to rethink its approach and priorities. What are the benefits arising from these challenging experiences, affecting not only the caregiving team but also the patients? How to maintain group motivation and therapeutic intention at the core of our practice in the face of adversity? How could external constraints ultimately serve as sources of inspiration? This article describes the impacts and constraints of the reality that these different crises had on the unit, as well as the necessary changes to ensure that the care system can continue to fulfill its mission.

The TDC's resilience and adaptability are essential in navigating through these challenges. Exploring how to sustain motivation and therapeutic focus amid adversity provides valuable insights into the team's capacity to overcome obstacles. Paradoxically, external constraints have proven to be wellsprings of inspiration, fostering innovations and necessary adjustments.

This article aims to provide a comprehensive description of the impacts and constraints imposed by these successive crises on the TDC, highlighting the inevitable changes implemented to enable the care system to persevere in its fundamental mission.

KEY WORDS: Day-care center - Psychiatry - Crisis - Opportunities - Pandemic.

INTRODUCTION

La pandémie de COVID-19 a imposé des défis sans précédent aux systèmes de soins, ce qui a fortement impacté le système sanitaire mondial. Dans ce contexte, le Centre Thérapeutique de Jour (CTJ) adulte de Vevey a dû s'adapter à un environnement de changement constant et de consignes parfois contraignantes, tout en se fiant aux concepts psychodynamiques qui étaient les soins prodigues (1,2,3,4). Mais la pandémie n'a pas été seule source de crise, cette dernière a été précédée d'un déménagement du CTJ et d'une rotation du personnel médico-infirmier particulièrement importante dans l'histoire de cette unité. Malgré, ou grâce à ces défis, l'équipe a dû innover, expérimenter et oser de nouvelles approches pour répondre à ces besoins et à ceux des patients.

De nouveaux outils de soins ont pu être expérimentés et ont révélés des dispositifs transitoires intéressants qui ont permis de maintenir le lien avec les patients pour les soutenir dans ces périodes de crise. Cette mise à jour forcée du dispositif de soins a conduit le CTJ à se repenser et évoluer de telle sorte qu'aujourd'hui, ces aménagements font partie intégrante de notre organisation et un retour en arrière ne ferait plus sens. Lors des moments de bilans du traitement des patients, il ressort que, pour la majorité d'entre eux, le dispositif actuel plus souple a permis de développer d'autres activités sur la journée tout en bénéficiant du traitement intensif du centre de jour. Du côté des soignants c'est principalement le travail en plus petit groupe qui est apprécié et la qualité des échanges qui est mise en avant.

Cet article a pour but de mettre en lumière les compétences et le savoir-faire développés par l'équipe soignante durant la pandémie, s'ajoutant aux défis quotidiens auxquels le CTJ est confronté. De plus, nous énumérons les crises successivement vécues de manière chronologique afin de mener une réflexion sur ce qui nous a contraint à changer et innover, et comment notre mission a été redéfinie et a pu évoluer grâce à elles.

PRÉSENTATION

Le Centre Thérapeutique de Jour est situé à Vevey en Suisse, au bord du lac Léman. Sa mission fondamentale consiste à fournir des soins psychiatriques en ambulatoire à des personnes âgées de 18 à 65 ans confrontées à diverses pathologies psychiques. Ces troubles entraînent souvent des difficultés majeures sur le plan relationnel et social, nécessitant ainsi de l'équipe thérapeutique un engagement auprès des patients dans une démarche de réhabilitation psychosociale et de rétablissement psychique.

L'équipe interdisciplinaire se compose d'un médecin

chef de clinique, de quatre infirmiers et d'une ergothérapeute qui occupe un poste créé depuis peu. La volonté d'enrichir l'équipe de professionnels avec des compétences nouvelles est également un élément récent qui a pour but de faire naître des regards différents sur les soins proposés. Cette équipe soignante est au cœur de l'organisation des soins et porte le projet thérapeutique de l'unité.

Les différents espaces de soins sont conceptualisés sur la base des fonctions du milieu développées par Gunderson (1), sur la fonction soignante, et du cadre de Racamier (2,3), mais également sur l'approche de la communauté thérapeutique de Sassolas (4). Ces concepts permettent à l'équipe soignante de penser cet environnement de soin comme une composante centrale du traitement par une médiation en s'appuyant sur les activités de la vie quotidienne. Comme le soulignent Panchaud et Mazzia (5), les fonctions du milieu sont exploitées par les soignants de telle sorte que le milieu et ce qui s'y passe, par l'activité ou la non-activité, prennent un potentiel thérapeutique bénéfique pour les patients. Le milieu prend donc toute sa valeur thérapeutique lorsque les soignants ont une part active dans celui-ci. Ainsi, une attention particulière est apportée par les soignants dans leur organisation des soins. La présence régulière et quotidienne dans le milieu de vie communautaire contribue à exploiter le potentiel thérapeutique de ces échanges.

DÉMÉNAGEMENT FORCÉ ET RUPTURE AVEC LE PASSÉ

En 2019, des informations sur un déménagement imminent ont ébranlé la quiétude et l'harmonie au sein du centre thérapeutique de jour. Les patients, perçevant l'insécurité palpable parmi les soignants, ont commencé à s'interroger régulièrement sur l'avenir du centre avant même que l'information soit officielle. Cette période d'incertitude a été marquée par la persistance de rumeurs institutionnelles sur un changement de lieu du centre thérapeutique, ce qui a mis à mal la cohésion du groupe. Le centre thérapeutique était alors situé dans une ancienne demeure à Montreux, bien éloignée des tensions et des remous institutionnels. Cependant, l'afflux d'informations contradictoires a semé le doute et l'incertitude au sein de l'équipe soignante, exacerbant les inquiétudes des patients et des soignants. Les rumeurs, en tant que phénomènes sociaux, apparaissent souvent dans des contextes d'incertitude et de changement. Elles répondent à un besoin de compréhension et de contrôle face à des situations ambiguës. Dans ce cas précis, le manque de communication claire sur le déménagement a créé un terreau fertile pour les spéculations au sein du groupe.

Il est intéressant de revenir à l'origine du mot rumeur : « rumor » signifie en latin « bruit qui court, rumeur

publique ». À l'origine, la rumeur désigne donc le bruit confus de voix qui émane d'une foule. Ce phénomène, bien qu'ancien, ne devient sujet d'étude que lors de la seconde guerre mondiale. Pour P. Froissart, l'idée de la rumeur, comme phénomène social, a été construite (6). La rumeur va devenir un outil d'observation du moral des populations. Elle apparaît dans une situation de crise, face à la privation d'information, chez des individus également impliqués dans la situation. Son contenu va connaître des distorsions lors des processus de transmission, traduisant une forme de désir de la population. Elle devient une sorte d'écran où se déchiffre une dynamique socioaffective, essentielle dans le développement d'un individu. Dans un cadre comme le centre thérapeutique, la rumeur va en fait donner du sens à l'anxiété, à une tension au sein d'un groupe. Elle a alors l'avantage de permettre aux patients comme aux soignants de savoir contre quoi combattre et lancer une action. Ainsi les silences d'une direction, peut faire monter l'angoisse des membres et par-là même entraîner la constitution de rumeurs. Beaucoup de rumeurs sont des fardeaux anxiogènes. En parler c'est faire un pas vers la réduction de l'anxiété. De plus commencer à parler de l'événement identifié c'est faire un pas vers son contrôle et vers son extinction. La rumeur est alors un écoulement socialement acceptable de l'agressivité refoulée.

On peut aussi dire que les êtres humains ont besoin de se situer, de s'évaluer par rapport aux autres pour savoir si leurs opinions sont bonnes ou mauvaises : c'est le concept de comparaison sociale. Pour cela, ils ne se comparent pas à n'importe qui mais aux gens qui les entourent. Parler c'est engager un processus de discussion et d'élaboration, à partir de la nouvelle, dans le but de parvenir à une définition collective de la réalité. C'est par la rumeur que le groupe nous communique ce qu'il faut penser. La rumeur est un véhicule efficace de cohésion sociale : toutes les discussions qui s'instaurent expriment l'opinion du groupe auquel nous nous identifions. Nous pourrions aussi voir la rumeur comme une communication émotionnelle : elle invite aux commentaires moraux, aux opinions personnelles et à aller plus loin dans la discussion. Ainsi, elle permet de créer du lien avec des personnes que l'on ne connaît pas bien et permet un abord plus proche que de simples conversations. Nous pouvons alors l'entendre comme un message chargé d'affects, d'imaginaires et de projections.

Une fois l'annonce du déménagement rendue officielle, les patients ont été informés lors du colloque de l'unité. Cette annonce a été accueillie avec un mélange d'appréhension, de tristesse mais aussi de résignation voire même d'anxiété pour certains. L'ancienne demeure du CTJ, avec ses hauts plafonds, ses moulures et ses nobles parquets, portait l'histoire des années passées. Malgré son caractère rassurant et enveloppant, incitant

d'ailleurs certains patients à se réfugier dans le jardin déserté durant les moments de fermeture du centre pour retrouver la sérénité intérieure, les locaux n'étaient plus adaptés aux normes actuelles.

Il est assez naturel que le déménagement d'un lieu de soins puisse susciter une profonde nostalgie chez les membres du groupe, attachés à la maison qui a abrité leurs expériences et leur cheminement. Ce processus pourrait être comparé aux mécanismes de deuil, où les individus ressentent une perte significative liée à cet environnement familial et sécurisant. Ces moments de transition révèlent également des mécanismes différents. En affrontant et en acceptant ce changement, les membres du groupe peuvent aussi développer de nouvelles stratégies d'adaptation, renforcer leurs liens et trouver de nouvelles sources de stabilité et de réconfort dans leur nouvel environnement.

L'équipe n'avait aucun doute sur l'efficacité des soins relationnels prodigues mais a pris conscience plus que jamais que les murs et l'environnement offraient eux aussi un écrin qui avait une fonction contenante et qui permettait ces soins.

Cette relocalisation à Vevey dans un bâtiment flambant neuf a été perçue comme une menace et une rupture claire avec le passé mais aussi comme une nécessité vu l'état du bâtiment. Cette période de deuil a été teintée par un fort sentiment de vulnérabilité, d'une lourdeur face à l'inconnu. Nous devions quitter « notre » quartier, « notre » jardin. Un fort sentiment d'appartenance au groupe mais aussi au lieu de soin a émergé. Le centre thérapeutique de Montreux se situait alors dans une jolie maison familiale entourée de murets de pierre réconfortants et devait donc être désinvesti pour un bâtiment certes neuf mais passablement froid. Le sentiment de perte nous submergea souvent, mais petit à petit, patients et soignants commencèrent à percevoir les opportunités. Des pensées comme « ce n'est pas si éloigné de chez moi, je viendrai à vélo » ou « adieu aux tracas avec cette vieille cuisinière capricieuse, bientôt, l'équipement sera moderne et nous pourrons concocter de délicieux mets dans des conditions optimales » apparurent. Voir les patients envisager les bénéfices potentiels de ce nouvel environnement a démontré que certains mécanismes de résilience étaient déjà en train d'opérer dans le groupe et que ce matériel pourrait être une belle opportunité à exploiter dans le rétablissement des patients.

Le déménagement, en tant qu'événement de vie, constitue une expérience significative pouvant être analysée sous l'angle de la psychanalyse. Les théories psychanalytiques fournissent un cadre pertinent pour comprendre les dynamiques inconscientes en jeu lors de ce processus.

Le déménagement est souvent associé à une forme de perte. S. Freud, dans ses travaux sur le deuil et la

mélancolie, souligne que toute perte engendre un processus de deuil, même lorsque la perte est liée à un objet ou un lieu plutôt qu'à une personne. « Le deuil est en général la réaction à la perte d'une personne aimée, ou à la perte d'une abstraction mise à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc. » (7). Ainsi, quitter un lieu familier implique un travail de deuil pour l'espace quitté, ses souvenirs et ses significations émotionnelles. Cette perte peut susciter des sentiments de tristesse, de nostalgie, voire de mélancolie, car le lieu précédent a souvent servi de contenant pour de nombreuses expériences affectives.

Le déménagement vu comme période de transition peut susciter des angoisses liées à l'inconnu. D. Winnicott introduit le concept d'objets transitionnels pour décrire comment les individus utilisent des objets ou des phénomènes pour se rassurer durant les phases de changement. Selon Winnicott, « la réalité extérieure est modifiée par les objets transitionnels, qui représentent à la fois la relation avec la mère et la capacité d'accepter la réalité » (8). Dans le contexte d'un déménagement, les objets familiers et les routines quotidiennes jouent un rôle crucial en aidant à maintenir un sentiment de continuité et de sécurité. La perte de ces repères peut rendre la transition particulièrement éprouvante, accentuant les sentiments d'incertitude et de vulnérabilité.

D'un autre côté, le déménagement peut aussi être vu comme une opportunité de renouvellement et de transformation. Le psychanalyste Paul-Claude Racamier a évoqué l'idée que « le déménagement, c'est aussi un rite de passage » (9). En ce sens, le déménagement peut marquer un tournant dans la vie d'un individu, symbolisant un passage d'un état à un autre, une sorte de renaissance. Cela peut impliquer la possibilité de se réinventer, de laisser derrière soi des aspects de soi-même ou de sa vie que l'on souhaite changer ou oublier.

En somme, le déménagement, d'un point de vue psychanalytique, est un événement complexe qui résonne avec des dynamiques psychiques profondes. Il peut à la fois être vécu comme une rupture douloureuse et comme une opportunité de renouveau. Les objets et les souvenirs jouent un rôle clé dans la gestion de cette transition, aidant à maintenir un sentiment de continuité et de stabilité psychique. Cette transition peut également offrir la possibilité de réélaborer son identité et de se libérer des anciens schémas et rôles. Comme l'a dit Janine Puget, « le déménagement est un acte symbolique, un acte qui engage tout l'être dans un processus de transformation » (10).

Les colloques du mercredi qui réunissaient patients et soignants révélèrent l'attachement profond au bâtiment et ils nous ont montré à quel point l'environnement était important pour offrir et recevoir des soins de

qualité. Certains membres du groupe, patients comme soignants, manifestaient une anxiété palpable, craignant de ne pas trouver leurs marques. Des questions préoccupantes demeuraient... Allons-nous tous parvenir à nous adapter à ce bouleversement ? Les locaux ne sont-ils pas trop « froids » pour que les patients s'y sentent bien ? Et l'équipe ? Pour certains patients, ce déménagement a permis le développement de projets alternatifs, mettant fin à leurs suivis au CTJ, signe de leur rétablissement suffisant pour partir sereinement vers d'autres horizons. C'est ainsi que le processus de deuil inhérent à ce changement s'initie dans les différents espaces de soins.

Dans le cadre du groupe sport, une délégation composée de soignants et de patients eut l'idée d'entreprendre des marches ouvertes à tous, pour rejoindre par étapes le nouveau centre de jour. Cette démarche revêtait une dimension symbolique majeure, tirant un trait d'union entre le passé et le futur.

La participation active des patients et l'aménagement de nouveaux espaces de réflexion ont permis d'entamer un processus de deuil groupal et de mobiliser les ressources des patients à des fins thérapeutiques. Un groupe « déménagement » et un autre « emménagement » ont été créé pour que les patients puissent avoir un lieu où déposer leurs craintes et leurs envies. Ils ont pris une part active dans le changement sur des thèmes comme la décoration du futur lieu de soin, ou sur certains choix pour l'aménagement d'un espace de repos. Cet événement a permis de faire évoluer la position soignante dans un partenariat plus important avec les patients, favorisant leur autonomie et activant leurs ressources.

LA DIMENSION SOIGNANTE ET LE POTENTIEL THÉRAPEUTIQUE DU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT

L'équipe soignante a pu explorer comment ce changement environnemental pouvait servir de miroir aux problématiques psychiques des patients, d'assouplir certaines positions psychiques figées et d'ouvrir de nouvelles perspectives. La réciprocité des vécus se révéla être une opportunité majeure pour surmonter cette crise et élaborer des stratégies. Les patients ont pu, grâce à ces échanges, développer de nouvelles compétences utiles à la vie de tous les jours.

CRISE SANITAIRE ET ADAPTATION DU DISPOSITIF

La crise Covid a profondément bouleversé nos habitudes de vie dans la société et dans nos pratiques au sein des institutions de soins. Le confinement mi-mars

2020 a engendré la fermeture provisoire du CTJ et nous a contraint à rapidement repenser les espaces de soins et à faire preuve de créativité et d'ouverture pour maintenir ce lien parfois si difficile à construire.

En fonction des situations, nous avons opté pour des entretiens téléphoniques réguliers, des visites à domicile ou des rencontres sous forme de balades thérapeutiques en extérieur, ce qui sortait du cadre habituel. Il y a eu ensuite les directives de la Taskforce fédérale qui permettaient des groupes limités à cinq personnes. Pour faire revenir tous les patients en présentiel, nous avons dû diviser le temps de traitement en demi-journées. Nous avons progressivement repris les activités groupales. Au fil des mois et de l'assouplissement des mesures, nous avons pu augmenter la capacité des groupes de patients sans pour autant revenir aux journées entières de traitement.

La mise en place de demi-journées de traitement a eu des bénéfices inattendus permettant de répartir la cohorte de patients sur un temps plus court et dans des groupes plus restreints. Cet aménagement a favorisé la disponibilité des soignants dans le milieu groupal. Avant la pandémie, nous avions jusqu'à vingt-cinq patients dans certains groupes où la dynamique n'était pas toujours fluide. À travers ces groupes plus petits, les échanges ont été favorisés offrant la possibilité à certains patients de s'exprimer plus facilement et d'être moins inhibés. Cela a créé un environnement riche en diversité d'expériences favorisant une atmosphère dynamique, des interactions positives entre pairs et des opportunités d'apprentissage mutuel. Le temps de traitement plus court a rendu compatible le traitement de groupe avec des projets de réinsertion professionnelle, de bénévolat, ou tout simplement de garde d'enfant. Cela a permis à une population plus jeune d'intégrer le centre.

Cette période a eu comme conséquence heureuse d'avoir raccourci la durée de prise en charge des patients. Celle-ci varie désormais de quelques mois à un an et demi quant auparavant la durée des traitements se comptait, dans certaines prises en charge, sur plusieurs années. Cette réduction a généré plusieurs avantages significatifs. Elle a permis de réduire le temps d'attente pour les patients souhaitant entrer en traitement, tout en renforçant la qualité et l'attractivité des soins grâce à une meilleure disponibilité de l'équipe soignante. Cette approche a eu pour effet de « rajeunir » la population fréquentant le CTJ en offrant un cadre plus souple, moins chronophage, s'avérant être plus en phase avec les besoins de la population adulescente fragilisée par cette rupture qu'est la COVID-19, comme le soulignent Tettamanti et ses confrères (11).

Pour l'équipe soignante, ces changements ont été aussi bénéfiques ; plus de visibilité et de disponibilité pour les patients présents en petit groupe mais aussi

plus de créativité dans le programme de soins. De nouveaux groupes thérapeutiques ont été mis en place répondant davantage aux concepts du rétablissement et de la réinsertion professionnelle. Cela marque un renforcement de la visée thérapeutique du centre par une diversification du dispositif groupal. Cette transition a permis de sortir de l'ornière parfois occupationnelle inhérente aux très grands groupes.

UNE ÉQUIPE EN MUTATION

Durant cette période, l'équipe a dû faire face à un important et inhabituel roulement. Aux départs successifs naturels comme les retraites ou les réorientations de carrière se sont ajoutés les départs liés à ces différentes crises. La transmission du savoir, enjeu complexe et défi important, a été fortement impactée par cette accélération. Les nouveaux arrivants coachés par des soignants seniors ont ensemble non seulement maintenu l'identité et la cohésion de l'équipe, mais également enrichi le programme de soins grâce à leurs expériences diverses. Point d'hémorragie, mais du sang neuf !

La transmission des connaissances et des pratiques au sein de l'équipe s'est avérée cruciale pour maintenir la culture institutionnelle et les valeurs soignantes qui guident notre pratique. Sassolas (4) s'exprime sur la manière dont s'opère la transmission de savoir et de pratique dans une équipe, d'infirmier chef à infirmiers ainsi qu'entre paires de la même filière, et dans ce cas de figure, même de patients à soignants. Durant cette période, l'équipe s'est réajustée avec succès, trouvant un équilibre entre les pratiques établies et les nouvelles idées. Tout ça ne s'est pas fait sans traverser une période de doutes et d'incertitudes impactant l'équipe. Par moment, nous avons risqué l'épuisement, voire même la perte de motivation. Cependant, l'arrivée de nouveaux membres fixes et temporaires a apporté un souffle d'air frais à l'équipe. Ceci a ravivé l'envie de mener une réflexion sur la culture et les pratiques actuelles du CTJ. Elle a permis de recréer des liens avec les autres unités et de remettre au travail l'accueil d'intervenants externes de manière plus régulière dans les groupes à médiation. L'équipe s'est ouverte à d'autres regards, en recourant à d'autres professionnels pour des interventions ponctuelles. Assistants sociaux, éducateurs, psychologues ont joué le jeu en apportant leurs compétences ainsi qu'un éclairage différent sur les soins, remettant au goût du jour les échanges inter-unités, une pratique qui avait été perdue durant la crise sanitaire. La mise en place d'espaces réguliers de supervisions cliniques mais aussi de réflexion sur la dynamique de l'équipe ont grandement favorisé le travail dans l'unité. Reconnaître avec humilité ce besoin d'aide a été salutaire, tant pour la dynamique de l'équipe soignante que pour les soins.

Malgré les défis persistants et les changements à venir, l'équipe bénéficie désormais d'une identité plus solide et des relations interpersonnelles renforcées. Elle est à même de se projeter dans l'avenir et montre une forte envie de formation individuelle, signe de la santé de l'équipe.

CONCLUSION

Les crises nous ont permis de remettre la dimension groupale et thérapeutique au centre de notre pratique afin de proposer des prises en soins plus novatrices et malléables pour répondre aux demandes des patients qui nous sont adressés, tout en s'inscrivant dans le cadre rassurant et accueillant du CTJ. L'entrée en soins et l'accueil des jeunes adultes nous concernent en premier lieu par la forte demande en soins de cette population après la pandémie. Ce groupe spécifique s'inscrit plus facilement dans des phases de traitement plus courtes et plus intensives et montre un grand intérêt pour les nouvelles approches proposées. L'élaboration d'un programme plus spécifique pour les jeunes adultes reste une de nos priorités actuelles, qui se traduit

déjà par un renforcement des liens avec les organismes de réinsertion et les autres acteurs du réseau de soins.

Ces crises ont stimulé notre esprit critique et nous ont poussé vers le changement. C'est dans cette période de contraintes que nous avons su « faire de nécessités vertus ». Dans l'avenir, nous espérons ne pas devoir attendre une nouvelle crise pour oser nous réinventer.

Ces épreuves ont été de véritables tests mais aussi des opportunités précieuses que nous avons su saisir. L'équipe a été contrainte de s'adapter et d'innover pour répondre aux besoins des patients tout en maintenant un cadre cohérent. Les résultats de cette expérience vont nous servir de guide pour l'avenir. Elles permettront au CTJ de continuer à évoluer pour répondre aux besoins changeants des personnes en soins dans une société en constante mutation. Notre dispositif de soins a également beaucoup évolué et c'est aujourd'hui, avec un regard plus multifocal et une position différente quant à la trajectoire des soins, que nous pensons le programme thérapeutique et c'est avec ce même regard optimiste que nous regardons vers l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gunderson JG. Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. Psychiatry. 1978 ; **41**(4) : 327-35.
2. Racamier PC. Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques. 3. éd. Paris : Payot ; 2008.
3. Racamier PC. L'Esprit des soins : le cadre. Paris : Ed. du Collège ; 2001.
4. Sassolas M. Le stylo du psychiatre : plaidoyer pour une psychiatrie relationnelle. Toulouse : Éditions Érès ; 2019.
5. Panchaud R, Miazza M. Environnement thérapeutique infirmier : travail de milieu en psychiatrie. Savoirs et Soins Infirmiers. 2011 ; **3** :1-11.
6. Froissart P. La rumeur : histoire ou fantasmes. Paris : Belin ; 2022.
7. Freud S. Deuil et mélancolie. Paris : Gallimard ; 1968.
8. Winnicott, DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Paris : Gallimard.
9. Racamier, P.-C. L'inceste et l'incestuel. Paris : Dunod ; 1992.
10. Puget J. Les champs du possible. Paris : Payot ; 2008.
11. Tettamanti M, Devillé C, Kapp C, et al. Impact de la pandémie de Covid-19 sur les troubles psychiques des adolescents et jeunes adultes. Revue Médicale Suisse. 2021 ; **17**(751) : 1593-6.

LES AUTEURS :

Julien VAGNIERES, Vanille HANNON, Stéphane DESPONDS, Nathalie PARRY, Jonathan DRAI

Centre Thérapeutique de Jour Adulte - Fondation de Nant
Rue des Communaux 7, 1800 Vevey (Suisse)
julien.vagnieres@nant.ch

ANATOMIE D'UNE CRISE.

Analyse des ressources et limites institutionnelles au départ d'un cas clinique.

- Charles Lanvin, Fabrizio Trovarelli, Olivier Thiran, José Christiansen-Gözzer -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Au début de l'année 2023, une série d'événements, dont le déroulement s'apparente à une crise, a rythmé, mais surtout questionné notre institution. À Mont-Sur-Marchienne, dans la commune de Charleroi en Belgique, Louis¹, 12 ans, est pris en charge au sein de l'ASBL CORTO qui encadre des enfants et adolescents pour qui le diagnostic de « Trouble du Spectre Autistique » (TSA) a été posé.

Le récit de nos difficultés commence le 9 janvier 2023 lors du retour de vacances de Louis. Les premiers actes agressifs apparaissent rapidement et ne feront qu'évoluer au fur et à mesure des mois. Nous mettrons en place des mesures classiques et exceptionnelles en tentant de toujours maintenir une bonne collaboration et cohérence avec les parents de l'enfant, avec pour objectif de maintenir, autant que possible, une continuité des soins pour Louis. Malheureusement, nos essais répétés se solderont tous par un échec, ce qui provoquera la sortie définitive de l'enfant le 11 mai 2023.

L'utilisation d'un outil d'intelligence collective, les chapeaux de Bono, adapté par nos soins, nous a permis de faire l'analyse des vécus de l'équipe face à la situation de crise qui a affecté le centre pendant ces différents mois. Nous verrons qu'en plus de pouvoir prendre du recul, la méthode mise en place a été libératrice, car elle a permis d'évoquer, sous différentes formes, nos sentiments de culpabilité et d'impuissance. Nous proposerons une structuration de ces deux sentiments et expliquerons en quoi cela confère du sens à notre outil.

Notre réflexion finale nous amènera à des ouvertures, la crise n'étant pas une fin en soi, mais une possibilité de tremplin vers de nouvelles manières de penser et de faire.

MOTS CLÉS: Crise - Institution - Intelligence collective - Autisme - Modèles structurants.

ANATOMY OF A CRISIS.

Analysis of institutional resources and limits based on a clinical case.

At the beginning of 2023, a series of events, which unfolded like a crisis, marked and questioned our institution. It was in Mont-Sur-Marchienne, in the municipality of Charleroi, that Louis, 12 years old, was taken care of within the ASBL CORTO, which supports children and adolescents diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD).

The account of our difficulties begins on January 9, 2023, upon Louis's return from vacation. The first aggressive acts appeared quickly and continued to escalate over the months. We implemented both classic and exceptional measures while always trying to maintain good collaboration and coherence with the child's parents. The goal was to maintain, as much as possible, continuity of care for Louis. Unfortunately, all our repeated attempts ended in failure, leading to the child's permanent departure on May 11, 2023.

The use of a collective intelligence tool, Bono's hats, which we adapted, allowed us to analyze the team's experiences during the crisis that affected the center over these months. We will see that in addition to gaining perspective, the implemented method was liberating as it allowed for the expression of feelings of guilt and powerlessness in various forms. We will propose a structuring of these two feelings and explain how our tool makes sense in this context.

Our final reflection will lead us to new opportunities, as the crisis is not an end in itself, but a potential springboard towards new ways of thinking and acting.

KEY WORDS: Crisis - Institution - Collective intelligence - Autism - Structuring models.

INTRODUCTION

Au début de l'année 2023, une série d'évènements dont le déroulé s'apparente à une crise, a rythmé, mais surtout questionné notre institution. A posteriori, nous avons mené une série de réflexions grâce à l'utilisation d'un outil d'intelligence collective, entraînant une véritable mise à nu, en toute transparence, des éléments perfectibles de notre hôpital de jour.

Nous verrons comment cet outil a permis de prendre un certain recul sur la situation de crise et de quelle manière il nous a donné l'occasion de parler des sentiments vécus par les collègues et des traces laissées au sein de la dynamique d'équipe. Il a mis en lumière les limites du modèle de soins utilisé au CORTO et les ressources à mobiliser.

Notre institution se situe à Mont-sur-Marchienne, dans la région de Charleroi en Belgique. Elle est un centre de jour s'adressant à des enfants et adolescents présentant un T.S.A (Trouble du Spectre Autistique). Ces enfants ne sont pas scolarisables et leurs familles arrivent souvent démunies au CORTO, qui représente leur dernier recours pour une prise en charge adéquate de leur enfant.

Les bénéficiaires passent leurs journées au centre avant de rentrer le soir en famille, et ce du lundi au vendredi. Nous accueillons 28 jeunes âgés de 2 à 18 ans répartis en trois groupes de vie. La prise en charge se veut pluridisciplinaire dans un esprit de thérapie institutionnelle. Divers courants traversent la philosophie de soin, une approche humaniste qui croise des regards issus de pensées psycho-dynamiques, neuro-développementales et sensorielles.

Des interventions psychomotrices et ergothérapeutiques sont mises en place tout en maintenant un soin tourné vers la communication, la psycho-éducation et la pédagogie afin de favoriser autant que possible l'autonomie et l'adaptation au monde social.

L'expression de la singularité de chaque personne que nous accueillons est primordiale. Dans cette démarche, les familles sont aussi des partenaires essentiels avec qui des liens de confiance et de collaboration sont tissés, jour après jour.

Afin d'établir un projet thérapeutique le plus ajusté possible tout en assurant une contenance psychique, notre philosophie allie les concepts sur lesquels nous reviendrons de permissivité structurante et d'hypothèses explicatives.

LE JEUNE EN QUESTION

Notre réflexion s'articule autour d'un jeune qui va révéler la crise, sans le pointer comme seul sujet de la crise. Il n'est en somme que le point de référence nous permettant d'investiguer toutes les dimensions de notre enquête. Ce jeune nous l'appellerons Louis. Garçon

âgé de 12 ans, nous l'accompagnons depuis 4 ans.

Les symptômes principaux, sans entrer dans une vignette clinique détaillée, sont un grand besoin de prévisibilité de l'environnement à travers des séquences ritualisées dans son quotidien, une hypersensibilité sensorielle et un mode défensif fait d'identifications projectives s'exprimant parfois de façon agressive.

En lui offrant une meilleure prévisibilité et des possibilités d'être compris, notre traitement a le plus souvent permis de désamorcer ses tensions. Bien que son monde interne soit toujours habité de destructivité, de rejet ou de conflictualité, Louis nous montrait que tout n'était plus perçu comme menaçant. Au cours de la prise en charge, nous pouvions observer une quasi-disparition de l'agressivité. La famille était présente et une étroite collaboration basée sur une confiance réciproque nous semblait efficiente.

LA CHRONOLOGIE DE LA CRISE

Le récit de nos difficultés commence le 9 janvier, lors du retour de vacances de Louis qui vient de passer deux semaines chez ses parents. Dès son retour dans le groupe, son agressivité est croissante et sa violence de plus en plus difficile à canaliser. Ce déséquilibre questionne et met à mal l'équipe thérapeutique, ce qui entraîne rapidement un état de crise au sein du groupe.

L'apparition des premiers actes hétéro-agressifs a de suite mobilisé l'équipe de son groupe de vie qui a mis en place ses habituels processus de contenance: discussions au sein de réunions de groupe afin d'établir de premières hypothèses explicatives et un travail par essais/erreurs afin d'essayer de soulager et/ou de recadrer l'enfant grâce à des outils comme la verbalisation, la théâtralisation, le rappel du cadre ... Malheureusement, nous faisons le constat que les actes agressifs ne font qu'augmenter en nombre et en intensité, tant à la maison qu'au centre.

Nous rencontrons les parents afin de leur proposer une première médication, espérant que cela permettra d'apaiser leur enfant et le rendra à nouveau disponible à la relation. Bien qu'ambivalents, les parents acceptent.

Malgré cela, la situation se dégrade et le 22 mars Louis déclenche l'alarme incendie. Au propre comme au figuré, en tirant cette sonnette d'alarme, il montre à l'ensemble des personnes qui l'encadrent au quotidien qu'il est à bout. Face à l'état de leur enfant, les parents arrêtent unilatéralement la médication et demandent un nouveau rendez-vous avec l'institution. Durant celui-ci, ils acceptent un médicament différent avec une nouvelle posologie. Finalement, l'histoire se répète trois fois ce qui s'accompagne de propositions d'augmentation de la médication. En parallèle, l'équipe prend une mesure exceptionnelle de contenance en assignant par demi-journée une personne spécifique à l'accompagnement

de Louis, afin de ne pas l'exclure de son groupe de vie. Hélas, les comportements de Louis restent problématiques.

Lors d'une dernière rencontre, les parents reviennent sur leur décision concernant la médication. Cela entraîne un time-out de deux semaines afin d'apaiser les tensions de toutes parts. Le 11 mai 2023 est la date de sortie définitive de Louis du CORTO. Lors d'un ultime entretien, il témoignera d'une possible reconnaissance, à travers un bisou envoyé du creux de sa main, vers l'équipe soignante qui l'a accompagné pendant ces 4 années.

LA CRISE : CADRE THÉORIQUE

Toutes bonnes recherches dans le domaine des sciences sociales demandent un minimum de cadre et une ligne de conduite. Nous nous sommes donc attachés à définir ce que nous entendions par le concept de « crise ». C'est le modèle décrit par Gérard Caplan (1) que nous choisissons : « Phénomène vécu comme une situation urgente qui provoque un déséquilibre entre d'une part l'importance attribuée à un problème appelé critique plus la difficulté pour le résoudre et d'autre part les ressources disponibles pour affronter le problème critique ».

Selon Caplan, il existe quatre phases dans la chronologie d'une crise (cf. Tableau n°1). La phase 1 correspond à l'apparition et l'installation du problème appelé critique. Ce dernier est un problème de haute complexité et vécu comme inévitable et temporellement insoluble. Il est une menace sur les apports essentiels qu'ils soient physiques, psycho-sociaux, socio-culturels, ... Les mécanismes habituels mis en place pour résoudre le problème sont insuffisants et la tension provoquée par le problème critique est plus prolongée et intense que celle provoquée par les problématiques du quotidien. Enfin, c'est une situation nouvelle, jamais vécue par l'équipe auparavant qui y attribue une importance capitale.

Ensuite, dans la phase 2, l'équipe utilise ses ressources classiques. Nous y avons fait référence plus avant. Puis, vient la phase 3 où le problème est redéfini et où l'appel vers l'extérieur est nécessaire. Dans notre cas, nous avons mis en place des mesures exceptionnelles. Enfin, la phase 4 arrive quand une ou des solution(s) est(sont) enfin trouvée(s). Cette dernière phase peut déboucher sur trois issues distinctes : l'éclatement de l'équipe (en l'occurrence, l'arrêt de prise en charge), la chronicité de la crise ou le retour à l'équilibre.

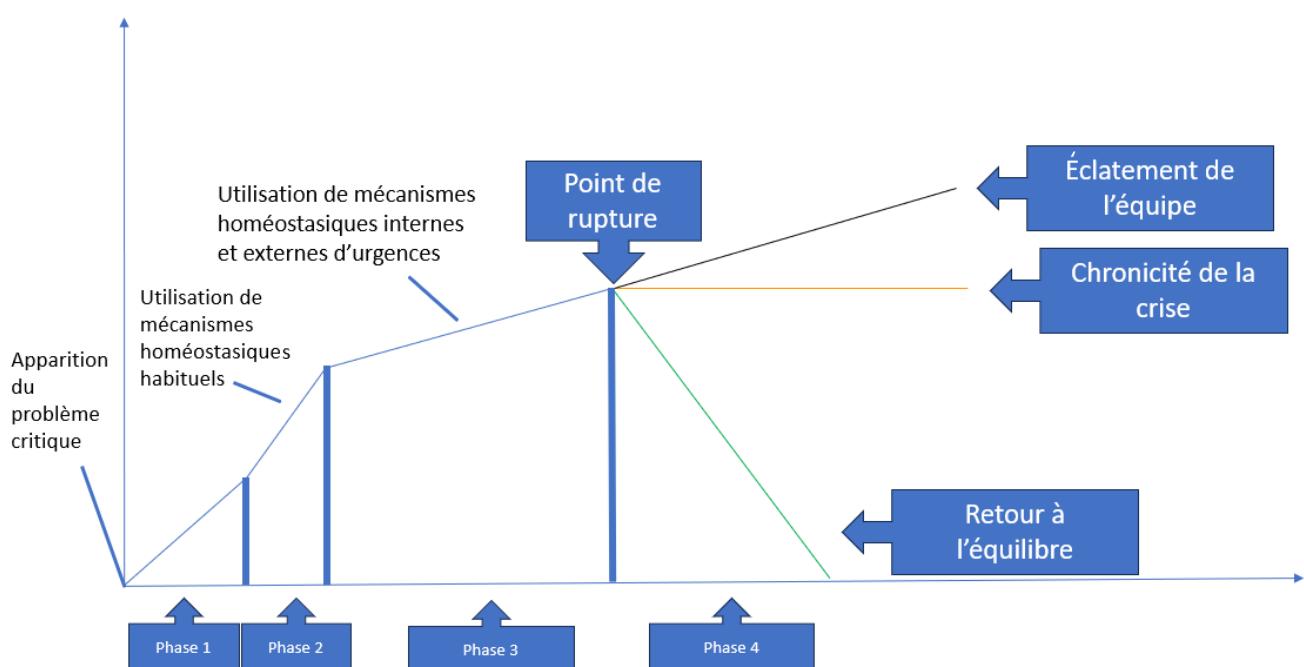


Tableau n°1 : La crise selon Gérard Caplan : les évolutions naturelles d'une crise

LES PRINCIPES DE L'INTELLIGENCE COLLECTIVE

Nous nous référons à la définition énoncée par Olfa Gréselle-Zaïbet qui explique que « l'intelligence collective peut constituer un facteur important d'efficacité des équipes dans les entreprises. En effet, partant du principe que l'intelligence collective est un système, on peut dire que c'est la somme des intelligences individuelles des membres d'une équipe plus leur relation. Ainsi, ce qui distingue une intelligence collective d'un simple travail collectif, c'est ce dépassement dû à la relation entre les membres du collectif. L'émergence de l'intérêt pour l'intelligence collective tient à deux autres choses : la première est la complexité croissante des problèmes rencontrés, la deuxième est la limite du fractionnement des composantes d'une situation » (2).

Nous avons utilisé l'outil « les chapeaux de Bono », technique d'intelligence collective, créé par Edward De Bono en 1985. Il permet d'aborder une situation problématique en équipe dans le cadre d'une réunion. Chaque participant se voit assigner différents chapeaux de couleurs différentes lui demandant d'expliquer ce qu'il voit ou comprend de la situation en fonction des couleurs. Le chapeau bleu concerne le cadre et le contexte de la réunion. Le blanc vise au recueil d'informations objectives. Le rouge invite à l'expression de l'émotionnel. Les chapeaux jaune et noir permettent, dans l'ordre, de formuler des informations subjectives positives et négatives. Enfin, le chapeau vert laisse place à l'avenir, à la créativité et à l'espace pour répondre à la question simple : comment aurions-nous pu faire autrement ?

Grâce à quatre entretiens semi-directifs enregistrés, nous avons donné l'occasion à treize soignants de parler librement de leurs vécus, ressentis, analyses et leçons concernant la situation de crise vécue avec Louis. Les différents entretiens ont ensuite été retranscrits et les dires classés en fonction de leur nature dans les cinq derniers chapeaux.

Après plusieurs heures de retranscriptions, de classifications et d'analyses, nous avons pu déterminer les variables les plus significatives en fonction de l'importance et de la redondance des informations présentes dans les verbatims.

L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

En conclusion de ce travail, nous émettons l'hypothèse que l'ASBL CORTO qui, pour les enfants TSA, privilégie un modèle de prise en charge institutionnel basé sur la permissivité structurante (3), suit une logique de conditionnement opérant qui encourage le comportement spontané et adaptatif de l'enfant. Elle tolère et structure le comportement qui enfreint les

petites règles ou qui comporte des risques mineurs. Elle accepte l'accomplissement des actes spontanés que l'enfant ne peut accomplir sans l'aide de l'adulte (ex. l'utilisation d'un four ou de certains ustensiles lors d'une activité cuisine).

La surveillance attentive et la tolérance réduisent les risques, améliorent la qualité de la relation positive, rendent possible le sentiment de réussite et développent des compétences nouvelles. Elle permet également l'expression du symptôme comme voie de compréhension de l'enfant. Cependant, elle ne permet pas la contenance des symptômes dans lesquels prédomine l'agressivité violente de manière permanente et intense chez un adolescent.

LES RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

Nos outils et ressources pour permettre cet encadrement basé sur la permissivité structurante sont, dans un premier temps, la présence des enveloppes institutionnelles comme mesures progressives de contenance et de soins. Cela permet de faire appel aux différents niveaux de l'institution : du groupe de vie jusqu'aux outils plus macroscopiques disponibles à l'extérieur de notre système de soin.

Ensuite, nous retrouvons l'appel au tiers, comme élément de triangulation afin de réguler les tensions relationnelles (4) ; cela permet à l'adulte de prendre du recul sur la situation. Le relais permet également de redistribuer le sentiment d'équité (5). L'enfant peut alors se dissocier d'un possible conflit et se voir offrir un nouveau regard sur ce qu'il exprime, une compréhension différente de son vécu interne.

Nous identifions également comme ressources, l'utilisation rationnelle des médicaments comme outil de soulagement des symptômes exubérants et la collaboration en partenariat avec les parents dans l'objectif d'encourager leurs compétences sans tomber dans une relation de subordination.

NOS LIMITES FACE À LA CRISE

Au départ de la situation de crise amenée par Louis, nous avons pu faire émerger, en équipe, les limites rencontrées.

Il existait une ambivalence des adultes (de l'équipe et de la famille) par rapport à l'efficacité de la solution médicamenteuse. En effet, ces solutions ont des propriétés chimiques complexes qui sont peu connues, même par les soignants, et leurs effets peuvent varier d'un enfant à l'autre.

Dans le même registre, nous avons aussi relevé la question de l'équilibre entre besoins et bien-être individuels et impératifs de la vie communautaire. Faut-

il se fier uniquement aux recommandations sociétales de bonnes conduites ou laisser à l'enfant la possibilité d'exprimer ses besoins et ses difficultés de vivre en communauté au risque de perturber le reste du groupe ? Il existait une réelle ambivalence semant le doute dans la façon d'agir de l'équipe qui était partagée entre, d'une part, les besoins de Louis, la place qu'il prenait dans le groupe et dans les esprits, et, d'autre part, la nécessité de répondre aux besoins des autres membres du groupe.

Enfin, la troisième composante de nos limites est que notre travail basé sur des hypothèses explicatives des enfants (c'est-à-dire, mettre du sens sur les actes posés par nos patients en fonction de leur vécu et/ou du contexte) a basculé vers des hypothèses affectives (essentiellement concentrées sur les émotions et sentiments). Alors que l'hypothèse explicative se concentre sur une compréhension globale des phénomènes, l'hypothèse affective se focalise spécifiquement sur les émotions qui semblaient confuses chez Louis face aux réactions/émotions de l'ensemble de ses proches et de son environnement en réponse à ses actes. De fait, il était très complexe de trouver des solutions pragmatiques nécessaires face aux besoins urgents induits par la crise.

VERS UN MODÈLE D'INTERVENTION

Le modèle d'intervention face à la crise que nous suggérons n'est pas une méthode simple et rigide à appliquer dans toutes les situations. Chaque institution rencontrant des problèmes différents, une solution universelle est irréaliste.

La fin de prise en charge précipitée de ce patient a concrètement mis un terme à l'aspect urgent de la crise vécue par l'équipe. Cependant, la situation a également amené un sentiment d'impuissance et de culpabilité, deux concepts universels et humains qui ont laissé des traces dans les esprits des individus qui ont côtoyé Louis. Comment les traiter ?

Pour le sentiment de culpabilité, la notion de « mentalisation » est essentielle. Comme indiqué dans le Tableau n°2, ce sentiment naît au niveau du centre des affects et doit être mentalisé pour passer d'une émotion à une idée claire. Ce processus aide à comprendre la nature de l'émotion ressentie et permet de réagir de manière pragmatique, par exemple en proposant des actions de réparation basées sur le bon sens et l'empathie plutôt que sur la sympathie.

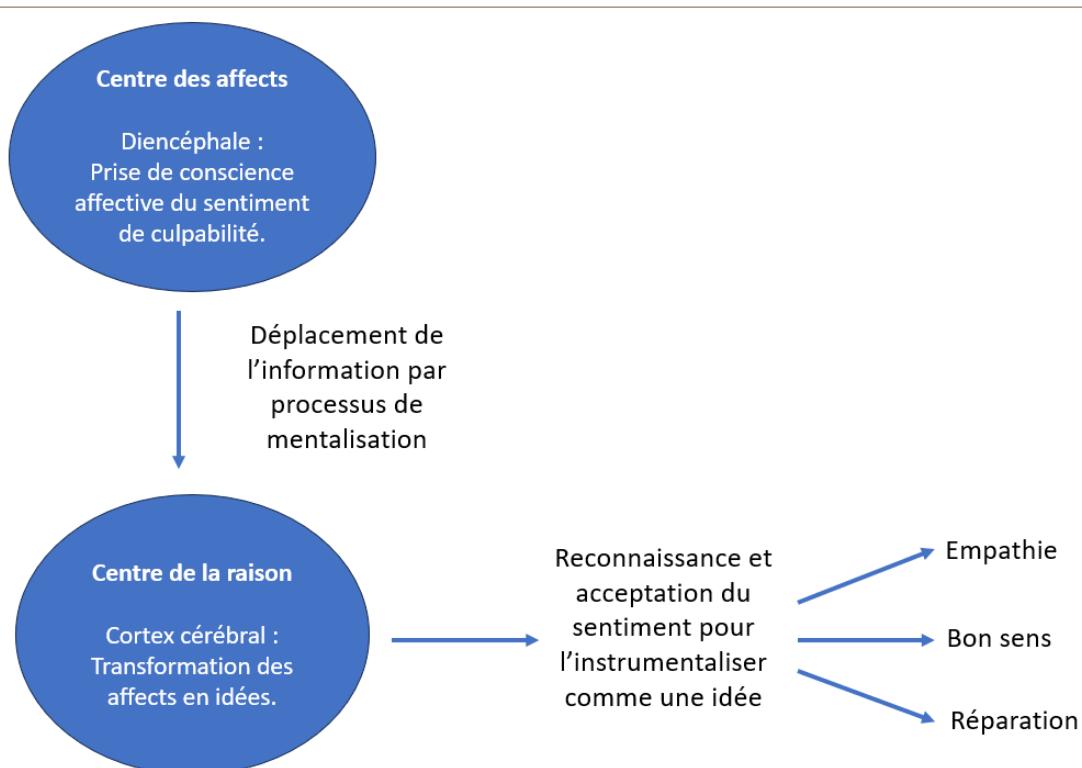


Tableau n°2 : modèle de structuration du sentiment de culpabilité

Concernant le sentiment d'impuissance, si celui-ci n'est pas structuré, il entraîne une série d'évènements négatifs conduisant au sentiment d'échec, comme illustré dans

le Tableau n°3. Cela crée un cercle vicieux et empêche la résolution de la crise.

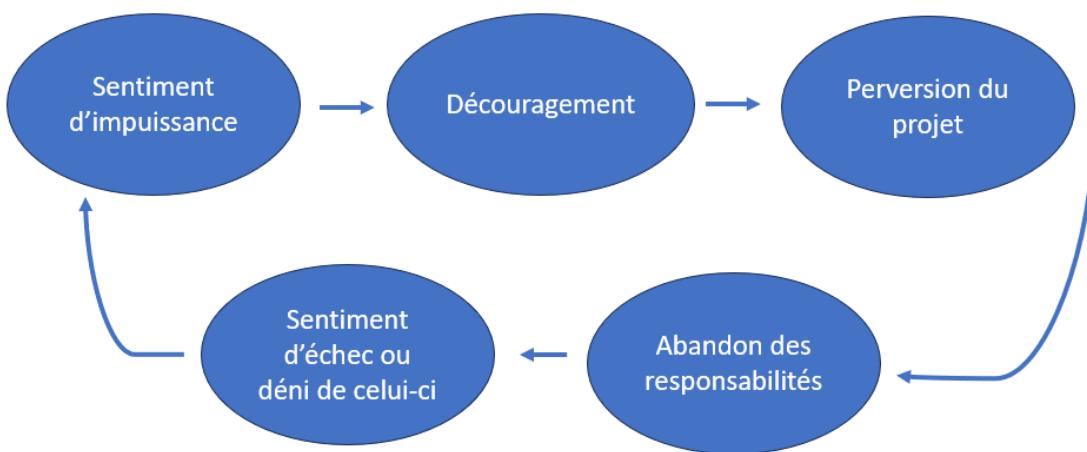


Tableau n°3 : schéma de la non-structuration du sentiment d'impuissance

Le Tableau n°4 montre qu'il est possible de sortir de ce cercle grâce à un travail personnel de supervision ou, idéalement, en équipe dans le cadre d'interventions. C'est ce travail de prise de recul et de dialogue autour des ressentis de chacun qui va permettre le processus de mentalisation évoqué plus haut. Cela peut mener

à de nouveaux outils ou arrangements, réévalués en permanence par l'équipe qui trouve des ressources pour se remobiliser. Malgré cela, il n'est pas exclu que le ressenti d'impuissance réapparaisse par la suite, d'où la nécessité de travailler cette structuration en continu.

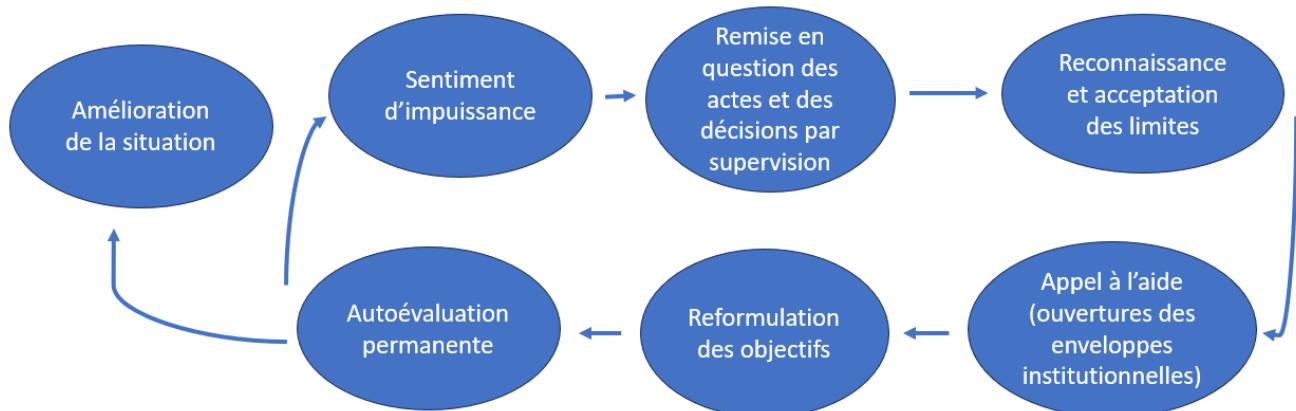


Tableau n°4 : schéma de la structuration du sentiment d'impuissance

Il est important de rappeler que les patients que nous prenons en charge au CORTO sont des enfants affectés d'un TSA exprimant un ensemble de problématiques que l'on peut qualifier de crises. Néanmoins, la crise qui fait écho dans ce récit est celle d'une perte de sens quant à l'objectif de soin que le centre se fixe pour l'ensemble des enfants. Au travers de la situation de Louis, nous avons vécu une immobilisation du système à part entière qui a mis en lumière certaines de nos limites.

Après le départ de Louis, nous avons mis en place une méthode basée sur l'intelligence collective pour améliorer l'efficacité de la dynamique de l'équipe soignante. Nous avons adapté l'outil « chapeaux de Bono » pour notre enquête. Les entretiens ont permis à notre équipe d'échanger et de partager leurs ressentis. Ils ont permis de lever le voile sur les formes que pouvaient prendre les sentiments d'impuissance et de culpabilité.

Notre proposition pour traiter les crises consiste à utiliser des outils d'intelligence collective (comme les chapeaux de Bono) pour permettre à l'équipe de mentaliser les problématiques et/ou les situations de crises qui freinent les soins proposés à l'ensemble de nos patients.

Même si la sortie de la crise a été précipitée, l'analyse des verbatims issus des entretiens montre bien que l'utilisation de notre outil permet d'ouvrir les portes à une forme d'intervention d'équipe. On peut donc imaginer que ce type d'intervention puisse se faire aussi pendant les périodes compliquées. En effet, les personnes plus en difficulté de s'exprimer dans le cadre de réunions classiques avec l'ensemble des collaborateurs, ont bénéficié de balises pour s'exprimer sur la situation grâce aux petits groupes créés pour l'occasion.

Il est apparu que ces entretiens ont également eu un effet « libérateur » pour les collègues de première ligne, en contact direct avec la violence de Louis. Cette dernière étant prédominante dans la relation, elle ne laissait pas de place à une réflexion cohérente. Ces rencontres ont permis aux soignants de prendre conscience de leurs peurs, de leurs angoisses, alors qu'ils n'y avaient pas forcément accès au quotidien. Le travail était contaminé par ces ressentis auxquels s'est ensuite ajouté un vécu d'échec causé par l'absence de solution trouvée pour que l'adolescent termine plus adéquatement son traitement chez nous.

Enfin, l'outil, tel qu'il a été utilisé, a également permis de faire le point sur le parcours complet de l'enfant au CORTO dont la bonne évolution présentée les années précédentes. Cette vision globale était entachée par l'état de crise vécu les derniers mois précédents sa sortie. Nous en revenons ainsi au processus de mentalisation, car la situation vécue comme un échec par l'équipe était beaucoup plus nuancée après avoir pris du recul sur la situation vécue.

Certains éléments comme « l'entrée dans la puberté » sont ressortis et ont expliqué notre impuissance. En effet, malgré nos tentatives pour amener Louis à mieux vivre ces changements corporels inévitables, son indisponibilité au quotidien a fait barrage. A la suite des entretiens collectifs, nous avons relevé que cet état a dû alimenter de manière significative les comportements inadéquats et agressifs.

Les sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'échec et de mort ont causé une réelle perte de sens dans notre quotidien. Les collègues ont témoigné devoir se déconnecter de leurs émotions pour pouvoir faire face aux comportements de Louis afin d'assurer la sécurité physique de l'ensemble du groupe (dont lui). Ces choix posés instinctivement par les soignants touchent particulièrement les enfants atteints d'un TSA, suite à leur perception très fine des sentiments et émotions des individus les côtoyant.

C'est donc la question de l'équilibre, qui est revenue sous différentes formes dans le cadre des quatre entretiens. L'équilibre entre le bien de l'enfant et celui du groupe. L'équilibre entre le fait de garder l'enfant à tout prix afin de respecter notre rôle de soignant et, à un moment, de passer le relais à un autre groupe, voire à une autre institution. Enfin, l'équilibre entre le respect du souhait des parents (notamment vis-à-vis de la médication) et nos propres besoins pour effectuer nos missions de soins.

CONCLUSIONS

Les différents aspects de notre recherche nous permettent d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion. Afin d'éviter un nouvel état de crise similaire à celui vécu avec Louis, nous pourrions envisager d'affiner les critères de sélection de nos patients. L'un de nos constats est que les symptômes exprimés par Louis, en fin de prise en charge, étaient trop difficiles à contenir chez nous. Quelles nouvelles limites pouvons-nous envisager ? Est-ce la durée de la prise en charge qui doit être remise en question ? Ou d'autres critères ?

La structuration des sentiments de culpabilité et d'impuissance nous a invité à faire des choix dictés par la raison plutôt que par les affects, sans perdre de vue l'empathie. Mais quels sont les outils disponibles à cet effet ? Quels sont les automatismes à adopter en tant que soignant pour ne pas réagir uniquement sous le coup de l'émotion ou par sympathie ?

Enfin, il nous a semblé important de mettre en avant l'importance du partenariat institution/famille. Les fractures socio-économiques, l'éducation, la culture ... sont des éléments qui peuvent parfois créer un fossé entre notre compréhension de l'enfant et celle de la famille. Comment pouvons-nous faire la promotion de cette collaboration si importante pour l'accompagnement des enfants que nous encadrions ?

Cette expérience a ouvert des portes dans la façon dont nous pouvons nous ajuster face à d'autres situations d'enfants en difficulté mettant en question notre système de soin. Toute crise est une ouverture qui peut à la fois s'avérer une fragilité et une opportunité. La caractéristique d'une crise est qu'elle ouvre un espace d'incertitude, un espace où des relations de causalité apparemment maîtrisées semblent devenir erratiques. La psychothérapie institutionnelle implique que la parole circule : « Apprendre à entendre en chacun de nous la conflictualité » (6). C'est grâce à la parole, à l'échange d'idées, que des solutions originales peuvent surgir et ce faisant permettre de trouver des réponses, voire des solutions à une crise et, dans le meilleur des cas, l'éviter.

BIBLIOGRAPHIE

1. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York : basic book ; 1972.
2. 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.
3. Christiansen-Gözzer J. L'enfant dyssocial et la provocation : lecture systémique d'un drame. 1998
4. Caplow T. Deux contre un les coalitions dans les triades. ESF ; 1984.
5. Levinas E. Éthique et Infini : dialogues d'Emmanuel Levinas et Philippe Nemo. Paris : Fayard ; 1982.
6. Mellier D. Conflits, conflictualité et fonction contenante, de Freud à Bion, une évolution de la psychanalyse de l'intrapyschique vers l'intersubjectivité. Cliniques méditerranéennes. 2003 ; **2**(68) : 257 – 276.

LES AUTEURS :

Charles Lanvin, Fabrizio Tovarelli, Olivier Thiran, José Christiansen-Gözzer

ASBL LE CORTO

Rue du Mayeur 30, 6032 Mont-sur-Marchienne (Belgique)
charleslanvin@le-corto.be

DE CRISE EN CRISE, COMMENT SE RÉINVENTER À L'HEURE DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ?

Une expérience d'articulation entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale

- Fadia DJEBLI¹, Arnaud FOSSAERT^{1,2}, Isabelle MARCANT¹, Virginie COUROUSE¹ -

RÉSUMÉ - SUMMARY

L'arrivée de la réhabilitation psychosociale dans notre Centre de jour de psychiatrie adulte, qui avait jusque-là plutôt une histoire de psychothérapie institutionnelle, a été à l'origine de nombreuses tensions et difficultés. D'autant qu'elle est intervenue dans un contexte de crises multiples.

L'accueil de cette nouvelle approche dans notre structure a tout d'abord nécessité de pouvoir mettre en mots nos tensions, nos conflits et nos désaccords.

Le travail d'articulation -encore en cours- entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale a été soutenu par un certain nombre de points d'appui, à commencer par une meilleure connaissance de ces deux courants.

En effet, s'il existe des divergences importantes entre ces approches, qu'il s'agisse de leurs fondements théoriques ou de leur rapport au soin et à l'institution, elles se rejoignent néanmoins sur de nombreux points. Psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale ont des racines communes et partagent bon nombre de leurs valeurs et de leurs principes (double composante sociale et subjective, importance du collectif et du quotidien, place donnée au patient dans le dispositif de soin et posture soignante...). Si les moyens utilisés diffèrent, les objectifs visés restent les mêmes. La mise en évidence de leurs similitudes mais aussi de leurs divergences permet d'envisager ces deux courants comme complémentaires, participant à la diversification et l'adaptation de l'offre de soins.

Notre travail d'articulation entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale est également passé par des temps d'échanges et de mise en commun, et par l'élaboration de projets fédérateurs, permettant à nouveau de « faire équipe ».

MOTS CLÉS: Réhabilitation psychosociale - Psychothérapie institutionnelle - Hôpital de jour - Crise - Équipe
FROM CRISIS TO CRISIS, HOW CAN WE REINVENT OURSELVES AT THE TIME OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION?

An experience of articulation between institutional psychotherapy and psychosocial rehabilitation

The arrival of psychosocial rehabilitation in our Adult Psychiatry Day Center, which until now had a history of institutional psychotherapy, was at the origin of many tensions and difficulties. Especially since it intervened in a context of multiple crises.

The acceptance of this new approach in our structure first of all required being able to put into words our tensions, our conflicts and our disagreements. The work of articulation -still in progress- between institutional psychotherapy and psychosocial rehabilitation was supported by a number of points of support, starting with a better knowledge of the two currents.

Indeed, if there are significant differences between these approaches, whether their theoretical foundations or their relationship to care and institution, they nevertheless meet on many points. Institutional psychotherapy and psychosocial rehabilitation have common roots and share many of their values and principles (double social and subjective component, importance of the collective and daily life, place given to the patient in the care system and nursing posture...). If the means used differ, the objectives are the same. The identification of their similarities but also their divergences allows to consider these two currents as complementary, participating in the diversification and adaptation of the care offer.

Our work of articulation between institutional psychotherapy and psychosocial rehabilitation also involves time for exchanges and sharing, and the development of federative projects, allowing once again to «team up».

KEY WORDS: Psychosocial rehabilitation - Institutional psychotherapy - Dayhospital - Crisis - Team

INTRODUCTION

Le Centre de jour « les Quatre Chemins » a connu ces dernières années de nombreux bouleversements institutionnels. Nous avons choisi de centrer notre propos sur l'arrivée de la réhabilitation psychosociale (RPS) dans notre structure, qui se référat jusqu-là à la psychothérapie institutionnelle (PI). L'idée est de partager notre expérience d'articulation, ou plutôt de tentative d'articulation, entre ces deux approches puisque ces questions sont encore au travail au sein de notre institution.

Après une brève présentation du Centre de jour, nous amènerons quelques éléments de contexte et évoquerons les crises qui s'y sont succédé, ainsi que les tensions et difficultés qui ont émergé à l'arrivée de la RPS. Nous nous arrêterons ensuite sur les liens entre PI et RPS sur un plan plus théorique, en discutant des points de jonction et des divergences de ces deux approches. Enfin, nous aborderons les points d'appui qui ont pu soutenir notre travail, ainsi que nos perspectives pour l'avenir.

PRÉSENTATION DU CENTRE DE JOUR ET SUCCESSION DES CRISES

Le Centre de Jour « les Quatre Chemins » est un hôpital de jour (HDJ) intersectoriel de psychiatrie adulte, créé en 1970 pour faciliter la sortie de l'hôpital. Initialement situé dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique, il est depuis 1983 dans la cité, dans une grande maison de maître au centre de Lille. Depuis 2020, le Centre de jour est certifié Centre de proximité de réhabilitation psychosociale.

Il accueille la population de 4 secteurs de psychiatrie générale et dispose de 28 places avec une possibilité d'accueil en séquentiel de 60 à 70 personnes par semaine. Des prises en soins sont également réalisées en ambulatoire, essentiellement pour des suivis psychologiques et de la RPS.

Plus de la moitié des personnes accueillies souffrent de troubles psychotiques. Arrivent ensuite les troubles de la personnalité et les troubles de l'humeur.

L'équipe se compose de 2 psychiatres, d'une cadre de santé, de 7 infirmiers, d'une psychologue clinicienne, d'une neuropsychologue, d'une éducatrice spécialisée, d'une secrétaire et de 2 agents d'entretien hospitaliers. Entre 2020 et 2023, la majorité de l'équipe s'est renouvelée (la moitié de l'équipe infirmière, toute l'équipe médicale, la neuropsychologue, l'éducatrice, la cadre de santé). Ces professionnels ayant intégré l'HDJ pendant ou après la période COVID, ils ne l'ont pas connu en « fonctionnement de base ».

Au fil de son histoire, le Centre de jour a bien sûr traversé des moments de crise et des évolutions. Cependant,

ces dernières années, les bouleversements se sont intensifiés avec tout d'abord une crise institutionnelle, voire identitaire.

Nous l'avons vu, des changements importants ont eu lieu dans une équipe jusque-là ancienne, se connaissant bien, avec notamment des changements de chefferie qui ont amené les orientations et les projets à se transformer radicalement.

Les évolutions sociétales et la crise de la psychiatrie y ont contribué, modifiant sensiblement la population traditionnellement accueillie avec davantage de patients souffrant de troubles de la personnalité et du comportement, et de prises en charge de pathologies aigües.

Dans un contexte d'évolution des politiques de santé à l'hôpital, le Centre de jour, qui avait jusque-là une histoire de PI s'est retrouvé labellisé Centre de proximité de RPS sans que l'équipe en soit partie prenante. Avant cela, des outils de RPS avaient été intégrés, parfois imposés, à l'HDJ (Éducation Thérapeutique du Patient puis remédiation cognitive) et ce n'est que dans un second temps qu'est arrivée la RPS et sa philosophie, portée par de nouveaux professionnels recrutés dans ce cadre.

C'est dans ce contexte que le Centre de jour a dû faire face à la crise sanitaire. Les contraintes de distanciation ont mis à mal une vie institutionnelle déjà impactée par des politiques de santé valorisant peu les missions d'accueil et de soins informels. Ces adaptations ont bouleversé le fonctionnement de l'institution venant questionner la différenciation entre l'activité de l'HDJ et celle des Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps partiel voisins.

À ce jour, nous avons pu analyser ces différentes crises et nous commençons à mieux articuler RPS et PI, mais cela n'a pas été sans heurts. Nous sommes passés par des moments d'échanges animés voire douloureux. Nous avons pu parler de résistances, de clivage, de difficultés à s'écouter ou à se comprendre et même de concurrence entre ateliers « classiques » et outils plus spécifiques. Il a été question de la place de chacun, mais aussi des répercussions sur l'accueil et l'accompagnement des patients.

TENSIONS ET DIFFICULTÉS

Les tensions et les difficultés font partie de la vie institutionnelle. Quand on dit que tout va bien dans une institution, en général les choses ne se disent pas et tout reste sous cloche. Quand il y a du non-dit, c'est la porte ouverte au passage à l'acte et ce sont souvent les plus fragiles qui en sont victimes, en l'occurrence les patients.

Vient la question de l'ambiance dans un service,

l'impression, les sensations que l'on peut avoir dès que l'on franchit la porte d'entrée, les impressions de tension, de lourdeur, d'électricité dans l'air. Comment faire avec ?

Ces tensions et difficultés peuvent en rester à ce stade de l'impression, de la sensation, sans comprendre ce qui se passe, mais il semble important de rester sensible à ces impressions, de s'en laisser imprégner, comme on peut le faire face à un patient.

Comment faire pour que les choses puissent se dire, se mettre en mots, pour que les gens osent parler et exprimer leurs ressentis ? Comment construire un cadre assez solide, sécurisant pour que la parole se libère ? Comment créer un climat de confiance ? C'est là où « la vraie réunion » a toute sa place. Une réunion où la question de la hiérarchie, du statut n'est pas au premier plan, référence aux questions autour « du statut, du rôle et de la fonction » selon Oury (1). Lors d'une réunion, c'est la fonction qui devrait primer afin que la parole de chacun puisse être entendue, sans jugement de valeur, sans vouloir trancher à tout prix sur qui a tort ou qui a raison.

Quelles sont ces tensions et difficultés qui ont pu se dire et émerger ?

L'équipe a une histoire. Elle a beaucoup changé ces dernières années avec des professionnels venus d'horizons divers, de formations et de générations différentes, avec des expériences variées, positives ou négatives, des représentations de l'institution réelles ou fantasmées.

Le collectif, l'équipe, ne se construit pas du jour au lendemain et doit apprendre à se connaître, vivre des expériences ensemble bonnes ou mauvaises, pouvoir positiver les différences, en faire une force. Les références théoriques ont pu être méconnues, voire déformées, caricaturées.

La PI considérée comme vieillotte, archaïque, floue, compliquée, favorisant la chronicité, en référence à la psychanalyse, beaucoup moins enseignée actuellement.

D'un autre côté, la RPS considérée comme individualiste, normative, simpliste, dans le déni de la maladie mentale.

Au total, métaboliser, comprendre les tensions et les difficultés est essentiel pour avancer et ne pas se tromper d'adversaire. Mais cela ne suffit pas, il est aussi nécessaire de se pencher sur les divergences et les points de jonction de nos différentes approches.

POINTS DE JONCTION ET DIVERGENCES

POINTS DE JONCTION

Nous l'avons vu, ce qui peut parfois éloigner PI et RPS, ce sont des incompréhensions ou des malentendus. On ne parle pas toujours le même langage et il y a souvent une ignorance mutuelle des similitudes et des complémentarités de ces courants.

Pourtant, la PI et la RPS ont des racines communes, la question du désaliénisme et du respect des droits des patients, et on retrouve un certain nombre de points de jonction entre ces deux approches.

Tout d'abord, une dimension humaine marquée avec une **double composante sociale et subjective** (2, 3). La PI s'appuie sur les notions d'aliénation sociale et d'aliénation mentale ; la RPS se développe autour de deux volets, l'un s'intéressant à la personne (les soins aux patients), l'autre s'intéressant à la société dans son ensemble pour la rendre plus apte à accueillir la maladie psychique (2).

Dans ces deux courants, il s'agit de changer les représentations de la maladie, notamment en allant à la rencontre de la société, de **passer du statut de malade à celui de citoyen**.

L'objectif est commun : l'individuation de la personne au sein l'espace social, avec l'idée de redonner au patient sa place dans la cité (2, 4). Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont plus considérées comme seulement malades ; une vie est possible malgré la maladie (notions d'espoir et de rétablissement en RPS).

La RPS décrit le rétablissement comme un processus, une « dynamique singulière de transformation subjective » (2) liée à l'acceptation de ses limitations et à la découverte de nouvelles possibilités (5) avec pour objectif de retrouver une position de sujet.

Dans la PI, ce travail de (re)subjectivation est également central et se fait par la rencontre avec l'autre. Ce qui soigne, c'est « la restauration ou la création de la possibilité d'exister aux yeux d'un autre qui sera représenté par le collectif » (6).

Dans les deux approches, **le collectif** prend des formes différentes, mais reste un fil conducteur (7), avec la notion commune de **responsabilisation par le collectif**.

Pour la PI, le collectif est le « réceptacle du transfert dissocié » (7) (notion de constellation transférentielle). On retrouve divers objets institutionnels collectifs (réunions, clubs thérapeutiques, ateliers...), tous ces lieux facilitant les rencontres « de sujet à sujet » (8). Le thérapeutique se situe dans la réinsertion sociale du patient, dans l'expérience du lien, de la collectivité et

de l'altérité via « des échanges structurants faisant sens dans la quotidienneté » (6).

En RPS, le collectif a également une part importante avec l'idée que l'expérience des pairs, le partage entre patients ont un pouvoir thérapeutique (mouvements d'usagers, réseaux d'entraide et de soutien social sur un modèle associatif comme les Groupes d'Entraide Mutuelle ou les clubhouses...).

Que ce soit en PI ou en RPS, la **question du quotidien** est centrale. Pour la PI, c'est dans le quotidien que la rencontre peut avoir lieu ; le quotidien est l'occasion d'expériences partagées avec des éprouvés communs, un étonnement partagé (7).

Pour la RPS, c'est dans le quotidien que sont observées et travaillées les répercussions fonctionnelles des troubles et les ressources des patients car c'est « dans le quotidien que viennent s'inscrire les échecs et les avancées » (8).

Un autre point de jonction fondamental entre ces deux courants est la **place du patient au centre du dispositif, acteur de ses soins et de son projet de vie** (2). Bien que malade, le sujet doit être au cœur de son rétablissement, il n'est pas « l'objet (de) la science psychiatrique » (9). Les patients sont acteurs et engagés, plutôt dans la cité dans la RPS, essentiellement dans l'institution en PI. C'est ce qu'on retrouve avec la notion d'empowerment (pouvoir d'agir), centrale en RPS.

Placer le patient au cœur du dispositif de soins implique une **posture soignante** particulière, proche dans les deux courants. Cela nécessite la « suspension des préjugés » (10) à l'égard des malades (concept d'asepsie en PI (10), question de la destigmatisation en RPS (2)). Le soignant n'est pas dans une position de sachant, les patients ont à lui apprendre. En RPS, on considère que le professionnel ne détient pas le savoir, il le transmet, par la psychoéducation par exemple (11).

Un corollaire de cette posture particulière est, dans les deux approches, la remise en cause de l'ordre hiérarchique traditionnellement plutôt vertical au sein des structures de soins : on est dans une **transversalité**, une horizontalité des places (7). Chacun doit pouvoir apporter son point de vue, que ce soit entre soignants ou entre soignants et soignés. La parole de chacun a la même valeur quel que soit son statut (6). En RPS, on parle de l'importance du respect de la dimension expérientielle de la maladie.

DIVERGENCES

Si PI et RPS ont donc un certain nombre de similitudes, il existe également entre ces deux approches des divergences importantes.

La première, et la plus centrale, est celle du **modèle**

théorique, et donc des **moyens utilisés**.

La PI est fondée sur une orientation théorique psychanalytique. L'idée est de réhabiliter le sujet en s'appuyant sur le principe du transfert dissocié, avec la prise en compte des processus inconscients (6).

La question de la rencontre est centrale dans la relation soignante : l'objectif va être de créer des occasions de rencontres, puis d'extraire du sens de ce qui s'y manifeste.

La RPS est quant à elle fondée sur une orientation théorique issue des neurosciences et des modèles cognitivistes. Ce modèle est centré sur la question du retentissement fonctionnel, l'idée est la compensation des déficits fonctionnels et l'apprentissage de nouvelles compétences. L'objectif va être de « réhabiliter les capacités moïques dans un apprentissage s'intéressant aux sphères cognitives et comportementales du sujet » (6), avec un ensemble d'outils venant soutenir les processus du Moi (2, 12).

L'objectif n'est pas la compréhension intrapsychique, la RPS se centre peu sur l'amélioration symptomatique, mais plutôt sur l'amélioration du fonctionnement de la personne dans le quotidien (6).

De ce fait, les **objectifs des ateliers thérapeutiques** vont être différents d'une approche à l'autre.

Pour la PI, les ateliers thérapeutiques ont valeur de médiations. Prétextes à l'émergence et à la circulation de désir, d'affects, de parole (10), ils sont des lieux de créativité et d'accès à la subjectivité.

Dans la RPS, les ateliers thérapeutiques ont des objectifs plus précis, ciblés, généralement centrés sur des aspects fonctionnels et définis a priori avec le patient.

Dans la RPS, on est en effet plutôt dans un « travail a priori » (13) qui consiste à préparer, en co-construction avec le patient, ce qu'on va proposer, comme dans les programmes de psychoéducation ou de remédiation cognitive.

En PI, on est davantage dans un « travail a posteriori » : c'est dans l'après-coup que le soignant réfléchit avec le patient sur ce qui s'est passé dans la rencontre et sur les enseignements à en tirer pour changer (13).

On se situe donc sur des **temporalités différentes**.

En RPS, les soins sont considérés sur un temps plus court, avec une définition de projets et d'objectifs thérapeutiques plus rapides, ce qui favoriserait l'accroche et la motivation du patient, notamment avec les jeunes.

Pour la RPS, ne pas intervenir rapidement serait une perte de chance, alors que la PI défend l'idée qu'un temps plus long irait dans le sens du respect du rythme du patient, avec la crainte qu'aller trop vite pourrait le fragiliser, quand la RPS estime au contraire que la

prise de risque permet de se construire et de trouver des ressources.

Un autre point de divergence entre ces deux courants est celle de la **question de l'accueil de la demande**. En RPS, on part de la demande manifeste du patient. La demande et le désir exprimés par le sujet sont généralement entendus tels quels (6). Un travail d'explication de la demande peut être proposé, afin de mettre en évidence un éventuel décalage avec la réalité ou une ambivalence qui pourront être discutés, mais on ne s'intéresse pas ou peu à ce qui est de l'ordre du latent, contrairement à ce qui se passe en PI.

Une autre divergence entre ces deux approches est la **question de la place faite à l'évaluation**. L'évaluation quantitative et standardisée a une place centrale en RPS, où elle est utilisée comme média pour ouvrir la discussion, travailler sur la demande et le projet du patient. Cela permet de mettre en mots les objectifs, et inscrit dans une temporalité grâce aux réévaluations qui aident à scander le temps.

L'évaluation quantitative est peu dans l'habitude de la PI où elle est plutôt critiquée et souvent mal accueillie.

Un autre point de divergence fondamental entre PI et RPS est **le rapport à l'institution et au soin**.

Historiquement, la PI a voulu soigner l'hôpital dans une perspective désaliéniste, en faire un lieu de vie et de soins respectueux des droits et de la position de sujet des patients (14). L'idée était de transformer les institutions qui aggravent l'état des malades notamment car elles les privent d'initiative et de responsabilité (6). Dans un second temps, la psychiatrie de secteur s'est développée pour sortir les malades de l'hôpital et inscrire les soins dans la cité avec plus de possibilités de réinsertion sociale (14).

La RPS quant à elle a plutôt rejeté l'institution hospitalière, dans un mouvement de désinstitutionnalisation (fermeture de lits, transfert sur les ressources communautaires), avec l'idée que « (la) symptomatologie et (le) degré d'autonomie ne devraient pas être un obstacle au retour dans la cité » (6). Ce à quoi la PI répond que la société n'est pas toujours capable d'accueillir certains patients, et que l'hôpital est parfois leur seul refuge possible (11).

On observe cette différence dans la conception du soin en comparant les clubs thérapeutiques de la PI et les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ou les clubhouses issus de la RPS.

Ce sont des structures proches, avec de nombreux points communs : il s'agit de lieux de rencontre et de socialisation avec un principe de libre adhésion et de libre circulation, une souplesse de fonctionnement ; ce sont des dispositifs au sein desquels les patients sont acteurs et qui visent à leur autonomie (7, 15).

Mais les clubs thérapeutiques sont, à l'origine, des interfaces entre l'administration hospitalière et les patients, à l'intérieur de l'institution, tandis que les GEM et les clubhouses sont uniquement extra-hospitaliers et visent à l'autonomie par rapport au système de soin (7).

Aujourd'hui encore, la RPS donne donc la priorité au social par rapport au médical (6). La RPS critique le principe de « holding », de « care » qui devrait plutôt être confié à la famille ou aux structures médico-sociales pour éviter le risque de chronicisation et de dépendance à l'institution. La RPS cherche à favoriser pour le patient un « système d'étayage extérieur de type multicentrique » afin de limiter la position de toute-puissance du soin (6).

En PI à l'inverse, le secteur prône une forme d'« unité de lieu et de temps », favorisant la continuité des soins dedans-dehors et accompagnant le patient tout au long de sa vie (6). Pour la PI, l'institution est incontournable et a cette fonction de « holding » au sens de Winnicott (16), une fonction contenante.

De ce fait, ces deux courants ont une conception de **la chronicité et de sa prise en charge** très différente.

La PI considère la chronicité comme une dimension de base de la psychopathologie qui doit, à ce titre, être l'affaire du soin, d'un soin inscrit dans la durée et l'engagement (17). Confier au médico-social et au social la chronicité instaurerait une dialectique curable (sanitaire) / incurable (social ou médico-social), qui serait une nouvelle forme d'aliénisme, avec le risque de recréer des asiles dans ces structures médico-sociales (6).

Pour la RPS, la chronicité est essentiellement iatrogène, non pas induite par le fonctionnement institutionnel, mais par la désinsertion sociale résultant des hospitalisations prolongées. La RPS a la volonté de différencier lieu de vie et lieu de soin, chemin de vie et trajectoire de soin : le soin ne doit pas être « tout pour le patient », mais plutôt « à côté », afin de limiter la stigmatisation et favoriser la réinsertion sociale (6).

POINTS DE JONCTION ET DIVERGENCES : SYNTHÈSE

Ainsi, s'il existe des divergences fortes entre PI et RPS, ces approches reposent sur des valeurs et une éthique communes (7, 11). Les moyens utilisés ne sont pas incompatibles ; la PI et la RPS peuvent (et peut-être ont intérêt à ?) coexister, permettant de s'adresser aux différentes instances du sujet (le Moi et le pulsionnel). L'articulation de ces deux approches peut être une réponse à l'hétérogénéité de la population accueillie, permettant de diversifier et d'adapter l'offre de soins en fonction de là où en est le sujet (en phase aiguë ou plus stable, au début de l'histoire de la maladie ou une fois les troubles installés).

POINTS D'APPUI ET PERSPECTIVES

Un des premiers points d'appui pour une meilleure articulation entre PI et RPS au Centre de jour a été une meilleure connaissance de ces deux courants.

Ce travail a pu y participer, de même que diverses **formations** dispensées à l'équipe, principalement dans le champ de la RPS (sensibilisation à la RPS, formation à différents outils, DU Remédiation cognitive...).

Les **échanges** au sein de l'équipe, les temps de **réunions**, ont aussi été l'occasion d'une meilleure compréhension mutuelle, que ce soit au travers de discussions sur la mise en place de la RPS ou par le biais des échanges cliniques sur les prises en soin lors desquels chacun, de sa place et avec son référentiel théorique, peut expliquer sa lecture et sa manière d'aborder la problématique du sujet.

Ces temps d'échanges ont aussi permis de mettre en mots les tensions et les désaccords qui nous ont animés, favorisant une libération de la parole indispensable pour avancer.

Ce travail de mise en mots et en sens a également pu se faire au sein des **supervisions** régulières mises en place sur le Centre de jour, bien qu'encore aujourd'hui, ces temps peuvent être sources de divisions.

Le **travail de réseau** et les échanges avec les partenaires (Centres médico-psychologiques du secteur, maisons de quartier, centre ressource en RPS, autres HDJ de la région...) ont également été l'occasion de nous questionner sur nos pratiques et de faire émerger des projets nouveaux, comme la mise en place, en remplacement d'un atelier thérapeutique, d'un « temps libre », temps plus informel pensé comme une occasion de rencontres et de responsabilisation.

Les **échanges avec les patients** enfin, notamment au travers de la réunion institutionnelle mensuelle de l'HDJ ont été un levier important. Cette réunion « soignants soignés », espace de parole ouvert dans lequel peuvent être abordés la vie du Centre de jour et le vécu de chacun, rassemble en effet un certain nombre de principes communs à la PI et à la RPS (horizontalité des places, responsabilisation par le collectif...) et a permis de construire ensemble des projets fédérateurs.

Le développement de ces **projets communs**, portés par des professionnels des différents champs théoriques, a permis de soutenir le travail d'articulation entre RPS et PI en permettant à nouveau de « faire équipe ». Dans la mouvance de la RPS et de la PI, notre réflexion porte essentiellement sur des projets tournés vers l'extérieur et/ou qui laissent l'occasion au patient d'être acteur (activités sportives adaptées, construction d'une cabane dans le jardin de l'HDJ avec un artiste,

journée festive pour les 40 ans du Centre de jour construite et organisée avec les patients...).

D'autres projets sont encore à venir comme le réaménagement par les patients d'une pièce de l'HDJ ou la création d'un club thérapeutique.

CONCLUSION

Actuellement, nous réussissons à faire coexister RPS et PI, mais généralement dans des espaces différents, avec par exemple des ateliers à médiation d'une part, et des ateliers plus spécifiques à la RPS d'autre part. Les tentatives d'« injecter » de la RPS dans des ateliers « classiques » n'ont pas été concluantes. Elles ont mené à des résistances et des tensions importantes, probablement car il s'agissait d'ateliers préexistants avec un cadre déjà bien défini.

Une articulation entre PI et RPS est aujourd'hui possible sur les temps de synthèse, d'échanges cliniques autour des patients, et autour de projets spécifiques.

Une perspective, pour améliorer cette articulation, pourrait être d'inventer des ateliers « mixtes », construits avec une double lecture PI et RPS, à l'image de ce qui a été fait par Pichon (12) autour du jeu Michael's Game. Cela pourrait favoriser la compréhension et le développement d'un langage commun, dans un travail de « métissage théorique » (12).

Nous l'avons vu, la RPS est arrivée de manière brutale au Centre de jour, occasionnant beaucoup de tensions, de moments houleux et de souffrances. Si cela n'a pas été simple, cela a aussi été l'occasion de requestionner nos pratiques et d'y remettre du sens. Paradoxalement, cela nous a permis de renouer avec certains principes de la PI dont nous nous étions éloignés au fil du temps et des crises.

À ce jour, grâce à ce qui a pu être mis en place et notamment par l'ouverture du dialogue, le climat, « l'ambiance » sont plus apaisés. Cela permet d'envisager l'avenir avec un souffle nouveau, de redynamiser l'équipe et l'institution, de donner envie, et vie à de nouveaux projets.

Du travail reste à faire, mais nous avançons en acceptant davantage nos divergences pour nous concentrer sur ce qui nous rassemble, le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gomez, J-F. Entretien avec Jean Oury. VST - Vie Sociale et Traitements. 2013 ; **118**(2) : 137-143.
2. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. Inf Psychiatr. 2008 ; **84**(10) : 907-12.
3. Gozé T. & Faure K. Psychothérapie institutionnelle et approche centrée sur le rétablissement - Quelles articulations possibles en hôpital de jour de psychiatrie adulte. Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles. 2019 ; **21** : 91-6.
4. Coldefy M. De l'asile à la ville : Une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France (Thèse). Paris : Université Paris I Panthéon Sorbonne - Ecole doctorale de Géographie ; 2010.
5. Martin B. & Franck N. Rétablissement et schizophrénie. EMC - Psychiatrie. 2013 ; **10**(4) : 1-9.
6. Chevallier-Fougas S. Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psycho-sociale (Thèse). Angers : Université d'Angers - Faculté de Médecine ; 2009.
7. Cattin E. D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle (Thèse). Paris : Université Paris Descartes - Faculté de Médecine ; 2017.
8. Bonnet C. Rétablissement et associatif. Pratiques en Santé Mentale. 2014 ; **60**(2) : 15-22.
9. Delion P. Soigner la personne psychotique : Concepts, pratiques et perspectives de la psychothérapie institutionnelle. Paris : Dunod ; 2005.
10. de Luca-Bernier C. Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. Le Coq-Héron. 2011 ; **206** : 98-106.
11. Ciercoles J. Pourquoi le rétablissement ? Essai sur l'institutionnalisation du modèle du rétablissement expérientiel dans la psychiatrie française (Thèse). Clermont : Université de Clermont Auvergne - UFR de Médecine et des professions paramédicales ; 2020.
12. Pichon C. Témoignage d'un travail d'articulation entre réhabilitation psycho-sociale et thérapie institutionnelle par le biais du jeu thérapeutique du Michael's Game. Psychologues et Psychologies. 2023 ; **283** : 4-9.
13. Delion P. La constellation transférentielle. Toulouse : Erès ; 2022.
14. Minard M. La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation. Santé Mentale. 2006 ; **106** : 38-9.
15. Benattar B. Actualités des clubs thérapeutiques et groupes d'entraide mutuelle. VST - Vie Sociale et Traitements. 2007 ; **95**(3) : 64-73.
16. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1989.
17. Delion P. Importance du concept de chronicité aujourd'hui dans le champ de la psychiatrie. Dans : Delion P., directeur. La chronicité en psychiatrie aujourd'hui. Toulouse : Érès ; 2004 : 7-20.

LES AUTEURS :

Fadia DJEBLI¹, Arnaud FOSSAERT^{1,2}, Isabelle MARCANT¹, Virginie COURROUBLE¹

¹Centre de Jour « Les Quatre Chemins » (EPSM de l'agglomération lilloise)
Rue de Wazemmes 174, 59000 Lille (France)
59g23-hj@epsm-al.fr

²Centre Médico-Psychologique G23 (EPSM de l'agglomération lilloise)
Lille (France)

FONCTION OUTREACHING ET HÔPITAL DE JOUR : quelles interactions possibles ?

- Vincent GILLIAUX, Mathilde MERIAUX, Geoffrey PROCE, Mathilde DUJACQUIER, Guillaume DESCAMPS, Isabelle SCHONNE -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le système de soins de santé a été mis à rude épreuve. Du côté de la santé mentale, cela s'est manifesté, notamment, par une accentuation des difficultés d'accès aux soins. Dans ce cadre, un financement spécifique a été proposé par l'État afin de soutenir davantage les prises en charge à domicile avec pour objectif une augmentation des flux hospitaliers et une diminution des temps de séjour.

Au sein de notre hôpital de jour pédopsychiatrique, « Les Haubans », nous avons profité de ce financement pour mettre en place un projet spécifique d'outreaching. Ceci peut être entendu comme une possibilité d'un soin axé sur la mobilité des intervenants, notamment à domicile. Dans un premier temps, nous avons constitué une nouvelle équipe, nommée « Alizé », composée de 4 intervenants : deux éducateurs, une assistante sociale et une psychologue. Le travail clinique et institutionnel a été confronté à des tensions qui ont dès lors nécessité une réflexion pour amener à une restructuration du dispositif dans l'intérêt clinique.

Nous souhaitons partager notre expérience institutionnelle quant au processus de mise en place de l'intervention mobile ainsi que les mouvements dans lesquels nous avons été pris. Ces vécus seront étayés d'éléments théorico-cliniques afin de penser l'arrivée et l'accueil d'une nouvelle fonction au sein d'une équipe.

MOTS CLÉS: Hôpital de jour - Pédopsychiatrie - Atteindre en dehors - Crise - Appartenance - Négociation

“Outreaching” function and day hospital: which interactions are possible?

In the context of the COVID-2019 pandemic, the healthcare system has been severely tested. In the area of mental health, this has led to increased difficulties in accessing care. As a result, specific funding has been proposed by the government to provide greater support for care at home, with the aim of increasing hospital flows and reducing length of stay.

At our child psychiatric day hospital, «Les Haubans», we took advantage of this funding to set up a specific “outreaching” project. This can be understood as a possibility for care focused on the mobility of caregivers, especially at home. Initially, we set up a new team, called “Alizé”, with 4 members: two educators, a social worker and a psychologist. The clinical and institutional work faced tensions that required reconsideration in order to restructure the system for the benefit of the clinic.

We would like to share our institutional experience of the process of setting up the mobile intervention, as well as the movements in which we were caught up. These experiences will be supported by theoretical and clinical elements to help us think about the arrival and acceptance of a new function within a team.

KEY WORDS: Day hospital - Child psychiatry - “outreaching” - Crisis - Belonging - Negotiation

INTRODUCTION

La théorie générale des systèmes (1) nous l'enseigne bien : des stress intérieurs ou extérieurs au système peuvent secouer celui-ci et ébranler son équilibre. Au-delà de la crise sanitaire que notre service « les Haubans » était occupé à traverser, nous avons dû faire face à un vent nouveau, celui de l'arrivée d'une nouvelle fonction. Cet écrit se veut être à la fois le récit

du processus d'accueil de ce nouveau projet ainsi qu'une tentative de mise en sens autour des différents mouvements qu'il a provoqué au sein de l'équipe. Nous tenterons d'aborder la crise d'un point de vue évolutif et de rendre compte des pistes qui ont pu émerger pour permettre à l'institution d'en créer une opportunité.

LES HAUBANS

« Les Haubans » (2) est un hôpital de jour pédopsychiatrique créé en 2016, situé dans la région de Mons, en Belgique. Il accueille des enfants âgés de 2 à 12 ans, pour des problématiques psychiques variées (e.a. trouble du comportement, ...)(2)). 24 enfants y sont accueillis et sont répartis dans 4 groupes de vie qui comportent chacun 6 enfants. Le groupe des matelots (2 à 5 ans), les moussaillons (5 à 8 ans), les capitaines et explorateurs (8 à 12 ans). Les enfants sont pris en charge dans ces groupes de vie, encadrés par deux éducateurs spécialisés (binômes hommes, femmes). À ces éducateurs, s'articulent des éducateurs polyvalents et une fonction infirmière. Les enfants bénéficient, outre la prise en charge quotidienne dans leur groupe de vie, de prises en charge d'intervenants « extérieurs » au groupe de vie (logopède, thérapeute du développement, psychologue, école à l'hôpital, fonction sociale, soins infirmiers, pédopsychiatre). Un travail familial est proposé. La durée d'hospitalisation est de 3 à 6 mois voire plus rarement 1 an.

Les objectifs d'hospitalisation, généralement, sont de trois ordres, schématiquement :

- ◆ Évaluation diagnostique ;
- ◆ Travail thérapeutique quant à une situation de décompensation symptomatique ;
- ◆ Travail d'accompagnement familial quant à une question diagnostique.

ÉLÉMENTS CONTEXTUELS

En lien avec la pandémie liée au coronavirus, une augmentation de la demande de soins pour les situations graves et complexes en santé mentale a été observée. Après analyse de la situation, la direction générale des soins de santé belge a reconnu cette augmentation et l'insuffisance des mesures déjà mises en place préalablement à la pandémie (mise en place d'équipes mobiles, notamment). Il était dès lors nécessaire de prendre des dispositions à très court terme.

Dans ce sens, l'autorité fédérale a proposé comme ressource supplémentaire une *intensification*. L'objectif de cette intensification était de tendre vers une organisation plus efficace et plus souple des flux d'entrée, de transit et de sortie des lieux de soins. L'idée sous-jacente étant d'augmenter le nombre d'admissions d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de problèmes psychiques graves, complexes et multiples, qui ne peuvent être suffisamment aidés par des soins mobiles ou ambulatoires et qui nécessitent une admission (semi-)résidentielle.

Cette *intensification* a été mise en œuvre par le renforcement d'effectif des services hospitaliers

pédopsychiatriques de manière durable. Dans notre service, en septembre 2021, cela s'est concrétisé par l'engagement de quatre intervenants (deux éducateurs, une psychologue et une assistante sociale), avec comme projet, une fonction dite *outreaching*. Ce terme vient du verbe anglais « *outreach* » qui signifie « diffuser » ou plus littéralement « atteindre hors de ».

Au départ, ayant adopté une démarche reposant sur les pratiques d'aller vers, leur activité consistait en des visites à domicile permettant de rencontrer et travailler avec les familles. L'unité a pris le nom : « Alizé », symbole d'un vent porteur. Elle était pensée comme une équipe à part entière, parallèle à l'équipe des Haubans.

ALIZÉ, OU COMMENT PENSER CETTE FONCTION OUTREACHING

C'est dans ce contexte que le nouveau projet a dû être élaboré. Dans un premier temps, il a fallu définir les missions de l'« Alizé » qui ont été pensées sur deux grandes temporalités : l'avant (pré-) et l'après (post-) hospitalisation.

Dans le temps pré-hospitalisation, l'idée était d'accélérer le travail de soin hospitalier par un accueil de la souffrance psychique dès les premières rencontres. Les objectifs de travail variaient en fonction de la demande et de la problématique exposée : cela pouvait être un soutien, un accompagnement éducatif, une ouverture du système familial vers l'extérieur, une mobilisation des ressources familiales et/ou un changement au sein du système familial.

Dans le temps post-hospitalisation, l'intention était de fluidifier la trajectoire de soins en tentant de prévenir les ruptures – et garder le lien, notamment par l'accompagnement dans la mise en place des pistes d'intervention proposées par les Haubans.

Toutefois, cette nouvelle fonction s'est rapidement heurtée à plusieurs difficultés. Notamment, le « manque de travail ». En effet, lorsqu'une famille est orientée vers « les Haubans », elle ne demande pas forcément une intervention en famille, mais la prise en charge du patient désigné qu'est l'enfant. Édith Tilmans (3) insiste sur l'importance de tenir compte des métamessages que la famille adresse au thérapeute en fonction du lieu de consultation. En s'adressant à un hôpital pédopsychiatrique de jour, nous pouvons imaginer que les parents nous transmettent le message que nous sommes autorisés à nous occuper de l'enfant, mais pas explicitement de la famille, du moins dans un premier temps.

Une autre cause du « manque de travail » était que les membres de l'équipe de l'hôpital de jour ne pensaient pas spontanément à confier des situations aux intervenants de l'Alizé. L'équipe des Haubans

avait certainement besoin de temps pour découvrir les compétences et le champ d'action possible de ces nouveaux collègues. De plus, les professionnels concernés par cette mission n'étaient pas présents à toutes les réunions. Certaines situations n'étaient donc pas portées à leur connaissance.

En outre, les différents membres de l'équipe Alizé ne partageaient pas la même vision du travail clinique. Certains avaient davantage le souhait d'être présents dans les groupes de vie, là où d'autres étaient davantage tournés vers le travail en famille.

Face à ces difficultés, trois membres de l'équipe finiront par quitter l'Alizé : une intervenante quitta l'institution (la psychologue), deux autres intervenants rejoignirent les groupes de vie et la fonction sociale des Haubans (un éducateur et l'assistante sociale). Restait alors un éducateur de l'Alizé.

Il est à noter que l'institution traversait à ce moment un temps de crise en lien avec différents éléments, parmi lesquels : l'absence de l'infirmière en cheffe (qui a, notamment, une fonction de lien entre les différents intervenants), le départ de plusieurs intervenants présents depuis la constitution du projet, l'admission d'enfants dont les manifestations symptomatiques mettaient à mal les dynamiques du quotidien (dont un qui a dû être exclu, ce qui exceptionnel pour l'institution), ...

À ce moment, le projet Alizé a été fort mis à mal. Il a alors été nécessaire de prévoir un temps de supervision afin de pouvoir bénéficier d'un regard tiers et penser la reconstruction. Dans le cadre de cette supervision, les différents membres de l'équipe ont été rencontrés, par sous-groupes de vie, en lien avec l'intervenant de l'Alizé.

TEMPS D'ACCUEIL DE CE QUI SE VIT

De ces temps de supervision, ont pu émerger de nombreuses émotions et réflexions vécues parmi lesquelles nous retenons :

- ◆ La rapidité : en effet, le projet et l'arrivée des nouveaux travailleurs n'ont pas pu être suffisamment pensés par l'équipe. De plus, le projet ne faisait pas suite à une demande de celle-ci. Par conséquent, les nouveaux travailleurs n'ont pas été accueillis et ont été projetés dans une équipe bien rodée.
- ◆ Le flou : le projet a dû se construire au fur et à mesure. Le manque de cadre et le manque de balises a amené les nouveaux travailleurs à prendre une place qui n'était pas la leur et aux deux anciens (deux intervenants faisaient partie de l'équipe des Haubans pour rejoindre l'équipe « Alizé ») à éprouver de la culpabilité de ne pas pouvoir aider leurs collègues en difficultés dans les groupes de vie.

- ◆ La crainte : la crainte, pour les binômes d'éducateurs de perdre l'opportunité de travailler avec les familles ou le réseau (entretiens, visites écoles, entretiens famille,...), de perdre une certaine richesse de travail.
- ◆ Le questionnement : cette nouvelle fonction a amené beaucoup de questions : Quand intervenir ? Quels délais ? Qui rencontrer ? Quelles réunions ? Quand transmettre les informations et à qui ? Comment clarifier notre action auprès du réseau ?
- ◆ Apprivoiser : ce sont des personnalités, expériences et des attentes différentes qu'il fallait apprivoiser.
- ◆ Le mouvement : telle la houle, l'arrivée de cette équipe a provoqué des mouvements, départs et transformations.

À LA TRAVERSÉE D'UN CYCLE DE VIE INSTITUTIONNEL : RÉFLEXIONS THÉORIQUES ET ÉMERGENCE DE PISTES FACE À LA CRISE

LORSQU'IL EST QUESTION DE CYCLE DE VIE

L'exploration de la famille comme système complexe a été le point d'ancrage de notre réflexion, et nous a permis de faire le parallèle entre, d'un côté, l'arrivée d'un nouveau membre dans la famille, et de l'autre, l'arrivée d'un nouveau membre au sein d'une équipe.

La famille rencontre un certain nombre d'étapes lors de son histoire et de son évolution. Il suffit, pour cela, d'observer les différents changements qu'amènent des événements comme le mariage, la naissance d'un enfant, l'autonomisation du jeune – et son départ définitif qui marque le début du stade appelé du «nid vide», ou encore la retraite.

Plusieurs auteurs (4, 5, 6, 7) ont constaté une intensification de la tension familiale lors de la transition d'un stade à l'autre pouvant donner lieu à des périodes de crise, propices à l'émergence de conflits et de symptômes. Ces symptômes sont le signe que la famille est coincée dans son développement et qu'elle peine à dépasser la crise évolutive pour atteindre le stade suivant.

Nous nous sommes donc interrogés sur l'analogie possible entre ces deux systèmes, que sont la famille et l'équipe. C'est donc sur base de la théorisation du cycle de vie de Minuchin (5) que nous avons construit notre postulat de départ : penser l'arrivée de la fonction *outreaching* comme une étape du cycle de vie de l'hôpital de jour « les Haubans ».

Dès lors, pouvons-nous interpréter cette « crise d'équipe » comme étant un évènement attendu et « normal », lié au passage d'une étape du cycle de vie de l'équipe à une autre ?

Tout d'abord, une équipe, comme une famille, fonctionne comme un système ouvert en état d'équilibre et son fonctionnement vise à maintenir un état d'homéostasie. On peut dès lors comprendre que la perméabilité du système – et des sous-systèmes – peut être mise à rude épreuve lors des différents changements que rencontre une équipe. Car se pose une question essentielle : qui fait partie de notre équipe ?

Pour Minuchin (5), les frontières d'un système sont les règles qui définissent qui y participe et comment. Elles ont pour fonction de différencier les membres ou les sous-systèmes quant aux rôles et aux fonctions de chacun. Dans notre cas, nous pouvions voir que les intervenants étaient incertains dans leur perception de qui est dans ou hors de l'équipe et qui joue quels rôles et tâches dans l'institution : « est-ce que l'équipe « Alizé » fait partie intégrante de l'équipe des Haubans ? Quelles sont leurs missions ? Comment et où pouvons-nous les solliciter ? Comment et où pouvons-nous collaborer ? » Et les intervenants de l'équipe « Alizé » éprouvaient eux-mêmes des difficultés à délimiter leurs missions et leurs interventions : « Avons-nous notre place dans les groupes ? Et si oui, de quelle manière ? » Salvatore d'Amore et ses collègues (8) parlent de frontières ambiguës pour caractériser ce phénomène, souvent à l'œuvre dans des familles recomposées. Ces auteurs précisent que l'existence de frontières ambiguës pendant un temps prolongé peut augmenter le stress du système. Le flou quant aux missions et limites de cette nouvelle « équipe » a généré du stress dans l'institution et un inconfort s'est progressivement installé chez l'un ou l'autre des membres de l'équipe. Mais les attitudes déployées pour sortir de cet inconfort sont aussi celles qui ont rendu impossible l'acceptation de n'importe quel changement. La double contrainte avait gagné notre terrain : chacun souhaite que ça aille mieux, et chacun fait ce qu'il faut pour maintenir la situation problème qui s'est construite à partir d'une accumulation non concertée de (tentatives d'imposer ses) solutions.

LORSQU'IL EST QUESTION D'APPARTENANCE

La seconde question qui nous occupait était celle de l'appartenance. En effet, le vécu de « rapidité » énoncé par l'équipe nous laisse penser que la fonction *outreaching* semble avoir été d'abord vécue comme une intrusion. Le Larousse¹ définit l'intrusion comme

le « fait de s'introduire de façon inopportun dans un milieu, sans y être invité » et « le fait d'intervenir dans un domaine où il ne conviendrait pas de le faire ». Il y a donc des situations où le sentiment d'appartenance doit être travaillé puisqu'il n'est pas donné d'emblée. Ce qui prévaut parfois c'est une sensation de différence accompagnée d'un sentiment d'exclusion.

Seulement, en réponse à ce sentiment d'exclusion, les intervenants de l'Alizé semblent avoir « forcé » leurs différences « dans un entre-soi » en pensant et dessinant leurs interventions à quatre. Le message perçu était « créez votre projet à 4 », laissant alors la place à un sentiment de solitude et d'isolement. La conséquence a été d'installer davantage de clivage et de confusion dans les places de chacun. Se différencier sans appartenir comporte toujours son lot de risques.

Dans la même veine, Neuburger (9) précise que c'est sur le sentiment d'appartenance que l'individu va construire sa propre identité. Delage (10) nous dit également qu'une partie de l'identité réside dans l'action et donc dans le fait même de faire. On peut alors penser au manque de travail de l'équipe Alizé à ses débuts. Le fait d'avoir accès à certaines demandes de soins pouvait être un des éléments clés dans la construction d'une identité.

Mais comment l'équipe *outreaching* a tenté – et tente toujours – d'appartenir à l'équipe des Haubans ? Et quelles ressources l'équipe des Haubans a-t-elle déployées pour inclure dans leur système cet élément jugé d'abord « indésirable » ? Quel en a été le processus ?

De Keyser, dans l'un de ses écrits de 2022 (11), nous explique que ce qui fonde l'appartenance à n'importe quel groupe social, et donc ici à l'équipe, c'est le consensus. Selon l'auteure, le consensus est le résultat d'une négociation entre les partenaires où l'un accepte, à un moment donné, de lâcher pour l'autre quelque chose qui lui tient à cœur. Ceci rejoint pleinement la thématique de la crainte évoquée plus tôt – la peur des intervenants de perdre une certaine richesse dans le travail. Mais ceci rejoint également les difficultés des intervenants de l'équipe « Alizé » à trouver un accord autour de leurs fonctions et de leurs interventions.

Avoir à « lâcher pour l'autre » est en effet parfois difficile. De telle sorte que, loin d'être une évidence naturelle, la négociation peut, malheureusement, se cristalliser et faire crise (11). C'est alors, parfois, dans la rupture que les frontières du système seront redéfinies.

La rupture qu'a vécue notre service, avec comme élément significatif le départ des trois membres de l'équipe Alizé, s'est finalement révélée bénéfique. L'institution semble avoir saisi ce moment en (1) déployant un dispositif de supervision (2) en imaginant d'autres modalités de fonctionnement (e.a. mise en

¹ Larousse. (s. d.). intrusion. Dans Dictionnaire en ligne. Consulté le 20 septembre 2023 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intrusion/44028>

place de rituels d'appartenance comme la participation de la fonction *outreaching* à l'ensemble des réunions), (3) en prenant des décisions (e.a. disparition du nom « Alizé », nom qui semble avoir précipité la scission), (4) en osant amener du changement dans l'organisation (e.a nouvelle mission du « pendant » afin d'assurer la continuité de l'intervention mobile, et par la même occasion, de renforcer le travail en équipe).

Ces différents points viennent souligner quelque chose d'essentiel : l'équipe des Haubans arrive progressivement à soutenir un processus de négociation. À l'un ou l'autre moment, chacun accepte de lâcher pour l'autre quelque chose qui lui tient à cœur. Par exemple, laisser l'un de nos collègues se rendre en famille, à l'école, en institution ; accepter une vision et une intervention différentes de celle qui nous semble juste ; lâcher prise quant au nom d'une équipe, accepter de ne pas pouvoir être partout à la fois : dans les groupes, en famille, à l'école, etc. Peu à peu, « les Haubans » ont dû redéfinir leurs frontières, faire entrer cette nouvelle fonction *outreaching*, la présenter aux familles, laisser partir et accueillir l'un ou l'autre membre. De Keyser (11) rappelle que lorsque la négociation l'emporte, c'est souvent le moment d'émergence du nouveau dans le système.

POUR (NE PAS) CONCLURE : APPORTS DE CETTE FONCTION *OUTREACHING*, DEUX ANS APRÈS ...

Afin de rester loyal à l'univers maritime de notre service, nous avons choisi la métaphore du passeur, non pas le passeur du Styx, mais bien le passeur dans son rôle premier, permettre de rejoindre un endroit inatteignable pour le sujet qui souhaite emprunter ce passage. Avec ces intervenants qui portent la fonction *outreaching*, nous pouvons ressentir l'essence de leur rôle dans cette mission de portage, autant portage de la demande que portage du jeune patient et du projet en alliance avec l'ensemble de l'équipe. Celui-ci nous fait immanquablement penser au holding de Winnicott (12), à cette fonction essentielle pour le développement harmonieux du petit d'homme et son pan plus contemporain avec la conception de la fonction phorique de Pierre Delion (13).

Nous illustrons le rôle de ces intervenants *outreaching* comme des passeurs qui permettent un soutien dans une continuité. Du continent vers « l'île » des Haubans pour y passer un temps, expérimenter, vivre un moment de rencontres et ensuite, dans un second temps, penser un retour vers le continent avec dans ses bagages quelques utiles trouvailles.

Nous pourrions considérer une forme d'intégration de la mission de *l'outreaching* dans la fonction de lien. Cette fonction s'organise sous la forme d'une constellation transférentielle autant dans ce que le jeune va projeter sur les membres de l'équipe que dans les échanges d'équipe où chacun porte une partie du projet du jeune. Les intervenants *outreaching* sont en quelque sorte les représentants de cette fonction phorique au sein de l'institution en soignant les transitions avec douceur dans le lien à l'extérieur.

Cette fonction, pouvant également être incarnée par les autres membres de l'équipe, nécessite la présence d'une continuité de pensée maintenue durant l'hospitalisation par la participation des intervenants *outreaching* aux réunions cliniques où l'on pense l'enfant. Ils gardent ainsi le fil rouge et peuvent continuer à tisser leurs représentations avec l'ensemble de l'équipe. Ce portage diffracté permet, comme nous le dit Delion (13), de « transformer la charge morbide en éléments assimilables par tous » lors de ces réunions ou lors de supervisions. Ces moments sont précieux afin de garantir une qualité d'accompagnement et de soin en centre de jour pédopsychiatrique où les pathologies complexes créent des effets délétères sur les soignants.

Cette fonction *outreaching* est toujours à l'œuvre au sein de l'hôpital de jour « les Haubans » et s'inspire de la pensée chère à Andolfi (14) : considérer la famille comme une ressource diagnostique et curative précieuse. Cette pensée reste un fil conducteur pour définir les interventions et missions, et rejoint pleinement les valeurs de l'institution. Rester attentif à la place qu'occupe l'enfant dans sa famille, comprendre la fonction éventuelle d'un symptôme, voilà quelques exemples qui soutiennent notre réflexion.

Une des réflexions qui reste au travail dans notre équipe est celle de la clôture ; jusqu'où va-t-on ? Jusqu'où penser les interventions avec les familles ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Von Bertalanffy L. La théorie générale des systèmes. Paris : Dunod ; 1973.
2. Gilliaux V, Schonne I, Nameche A., Les Haubans : L'enfant et les dynamiques institutionnelles ou les sens d'une pensée... Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles. 2019 ; **21** : 75-80.
3. Tilmans E. La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. Thérapie Familiale. 2007 ; **8**(3) : 229-246.
4. Haley J. Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D. W.W. Norton ; 1973.
5. Minuchin S. Familles en thérapie. Montréal : Éditions France Amérique ; 1979.
6. Bowen M. La différenciation du soi. ESF ; 1979.
7. McGoldrick M, Carter B. Family life cycle – A framework for family therapy. 2e éd. New-York : Gardner Press ; 1988.
8. D'amore S, Gresse K, Pauss V. Pertes et ressources dans la construction des nouvelles familles : le cas des familles recomposées. Thérapie Familiale. 2011 ; **1**(32) : 111-128.
9. Neuburger R. Le mythe familial. Paris : ESF ; 1995.
10. Delage M. Identité et appartenance : Le systémicien à l'entrecroisement du personnel et de l'interpersonnel dans les liens humains. Thérapie Familiale. 2014 ; **35**(4) : 375-395.
11. De Keyser A. L'enfant ne fait pas la famille ! Modélisation systémique de l'attachement pour soutenir la famille en thérapie. Thérapie Familiale. 2022 ; **3**(43) : 185-203.
12. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1969.
13. Delion P. Fonction phorique, holding et institution. Érès ; 2011.
14. Andolfi M, Mascellani A, Salerno A. La magie de l'enfant dans la thérapie familiale. ESF ; 2023.

LES AUTEURS :

Vincent GILLIAUX, Mathilde MERIAUX, Geoffrey PROCE, Mathilde DUJACQUIER,
Guillaume DESCAMPS, Isabelle SCHONNE

Hôpital de jour pédopsychiatrique « les Haubans »
Avenue B. Constantinople 5, 7000 Mons (Belgique)
vincent.gilliaux@helora.be

HÔPITAL PÉDOPSYCHIATRIQUE DE JOUR AU BORD DE LA CRISE, LEÇONS DE SOLIDARITÉ ET DE CRÉATIVITÉ DANS UN CONTEXTE DE CRISES MULTIPLES

- Sophie SYMANN, Katy ALBINOVANUS, Serdar ALTINER -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Cet article a pour ambition de partager le parcours d'une jeune adolescente âgée de 12 ans placée sur décision judiciaire dans notre hôpital de jour pédopsychiatrique. Le cas de cette patiente, évoluant dans un contexte de crises multiples (tant au niveau macro, méso que micro), correspond à une situation qualifiée de « complexe ». Ces situations ont pour point commun une impasse, ou plutôt une impossibilité à trouver une place dans les dispositifs de prise en charge classiques. Ceci est notamment dû à une symptomatologie soulignant une grande souffrance avec passages à l'acte auto et hétéro-agressifs. Son accueil a mis notre équipe sous tension, nous renvoyant aux limites de notre dispositif d'aide. Elle nous a amenés à ne plus nous identifier comme qualifiés la concernant et nous a conduits au bord de la crise. Nous avons dû fournir un effort pour penser notre pratique et avons été poussés à devoir mieux communiquer. Nous avons également effectué un travail de réflexion autour de la contenance de notre cadre, ce qui nous a permis d'adopter des stratégies de fonctionnement différentes. En parallèle, nous avons mis l'accent sur le maintien du lien familial et intensifié le travail avec le réseau. La mise en place de ces changements a été possible grâce à une belle créativité et une grande solidarité de l'équipe.

MOTS CLÉS: Crise - Situation complexe - Adaptation - Réflexion - Solidarité - Créativité

**A child psychiatric day hospital on the brink of crisis,
lessons in solidarity and creativity in a context of multiple crisis**

The aim of this article is to share with you the story of a 12-year-old girl placed in our child psychiatric day hospital by court order. The case of this patient, which is evolving in a context of multiple crisis (at macro, meso and micro levels), corresponds to a so-called «complex» situation. What these situations have in common is an impasse, or rather an inability to find a place in conventional care systems. This is due in particular to a symptomatology highlighting great suffering with self and hetero-aggressive acts. Her admission put a strain on our team, reminding us of the limits of our support system. She led us to no longer identify ourselves as qualified to help her and brought us to the brink of crisis. We had to make an effort to rethink our practice and were pushed to communicate more effectively. We also had to reflect on the content of our framework, which enabled us to adopt different operating strategies. At the same time, we focused on maintaining the family bond and intensified our work with the network. Implementing these changes was made possible thanks to a great deal of creativity and solidarity on the part of the team.

KEY WORDS: Crisis - Complex situation - Adaptation - Reflection - Solidarity - Creativity

INTRODUCTION

Au travers d'une vignette clinique relatant le séjour d'une jeune fille âgée de 12 ans à l'hôpital de jour pédopsychiatrique le KaPP (Ka désigne les lits de jour en pédopsychiatrie pour le Ministère de la Santé en Belgique et PP Pédopsychiatrie), nous allons décrire comment plusieurs crises entremêlées ont contaminé, voire fragilisé l'organisation et les prises en charge proposées.

Ces différentes crises sont survenues dans des temporalités différentes ainsi qu'à des niveaux de contextes différents : macro (au niveau sociétal), méso

(au niveau de l'entourage de la jeune, de sa famille, de l'institution) et micro (au niveau de la jeune elle-même).

Son hospitalisation a eu lieu trois ans après le début de la crise sanitaire en lien avec la Covid-19, crise macro qui a eu des impacts au niveau méso. En effet, au KaPP, dès le premier confinement en mars 2020, nous avons, malgré la peur et l'angoisse qui ont autant colonisé l'espace psychique des soignants que celui du reste de la population, lutté contre le risque de déstructuration du cadre sécurisant de notre lieu de travail et avons réussi à maintenir une équipe soignante soudée (1).

Nous avons mis en place des modalités de travail inédites qui nous ont forcés à sortir de nos habitudes et à inventer des pratiques innovantes afin de trouver de nouveaux points d'équilibre.

Celle-ci a malgré tout fragilisé insidieusement nos fondations. Fragilité probablement encore accentuée par d'autres crises macro comme la guerre en Ukraine, le dérèglement climatique et toutes leurs conséquences méso et micro corrélées.

Cela a probablement aussi été le cas dans l'institution dans laquelle la jeune était accueillie depuis plusieurs années, ainsi que dans sa famille. Notamment au travers d'une diminution des liens entre les jeunes et leurs familles d'origine (lien déjà très tenu dans le cas de cette patiente) ainsi qu'un arrêt temporaire de la scolarité, entraînant une forme de « huis clos » au sein même de l'institution. Ceci a très certainement contribué à amener peu à peu cette situation de l'équilibre à la crise majeure (2). Cette crise à différents niveaux a entraîné un placement en urgence de cette jeune aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Au niveau micro, Marcelli et Braconnier définissent la crise comme un « moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable ; elle dépend tout autant de facteurs internes qu'externes » (3).

Il est certain que l'accueil de cette jeune en grande souffrance a mis notre équipe sous tension, l'amenant au bord d'une nouvelle crise. Il nous a poussés, non sans mal, à développer des stratégies de fonctionnement différentes. La mise en place de celles-ci a néanmoins été possible grâce à une admirable inventivité et une importante entraide au sein de l'équipe.

LE CADRE DU KAPP

Le KaPP est un hôpital de jour pédopsychiatrique situé au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Nous pouvons y accueillir vingt-cinq enfants âgés de 0 à 12 ans. L'essentiel du fonctionnement est en centre de jour, mais quelques enfants (quatre à cinq) peuvent être hospitalisés à temps complet (ils dorment alors dans la même unité que les enfants hospitalisés en Hémato-Oncologie Pédiatrique).

Les jeunes accueillis au KaPP présentent un large spectre de troubles psychopathologiques. La durée d'hospitalisation est en moyenne de 3 à 6 mois voire parfois plus, selon la situation et l'évolution du traitement.

L'objectif du KaPP est double : élaborer un bilan multidisciplinaire de l'enfant et engager des pistes de traitement visant à améliorer la situation.

Les activités et la vie quotidienne au KaPP s'inscrivent

dans l'héritage de la thérapie institutionnelle, adaptée au public infantile. Cette filiation s'enrichit de références développementales, psycho-éducatives, psychanalytiques, systémiques familiales et cognitivo-comportementales.

Le KaPP accueille principalement les enfants en journée du lundi au vendredi, sauf le jeudi après-midi (temps de réunion). En hospitalisation complète, les enfants sont également accueillis du lundi au vendredi, avec une possibilité de visite le jeudi. Sur la semaine, ils dorment concrètement 4 nuits à l'hôpital et 3 nuits à la maison. Certains enfants sont parfois amenés à rester le week-end si cela s'inscrit dans leur plan thérapeutique.

L'équipe, forte d'une quarantaine de personnes, est composée de pédopsychiatres, d'une coordinatrice, d'éducateurs, de logopèdes, de kinésithérapeutes, d'une ergothérapeute, de psychologues, d'une neuropsychologue, d'infirmières, d'aides-soignants et d'assistantes sociales. Quatre enseignantes, détachées de l'école « Escale » (école à l'hôpital, enseignement spécialisé de type 5) complètent le dispositif.

Les éducateurs ont des horaires flexibles permettant de couvrir en semaine et le week-end un horaire allant de 7 heures à 22 heures.

RENCONTRE AVEC A. 12 ANS

QUELQUES ÉLÉMENTS DE SON HISTOIRE

Sur le plan familial, le papa d'A. a quitté le foyer conjugal peu après sa naissance. A. a un demi-frère ainé du côté de sa maman qui a été élevé en famille d'accueil et qu'elle voit très peu. La famille est très isolée, A. a quelques contacts avec sa grand-mère maternelle et ne connaît pas son grand-père maternel.

Sur le plan scolaire, des difficultés d'apprentissage et une déficience attentionnelle d'origine affective freinant ses acquis ont été observés dès les maternelles.

En raison des inquiétudes de l'école et au constat d'un milieu familial défaillant, un Service d'Aide à la Jeunesse (S.A.J.) a été mis en place. Il s'agit d'un service qui, par ses conseils ou ses actions, propose une aide aux jeunes en difficulté ou en danger ainsi qu'à leurs familiers. Un des objectifs du S.A.J. est de faire émerger, en collaboration avec le jeune et sa famille, une solution aux problématiques afin d'éviter l'intervention de la justice. C'est ainsi qu'un accueil en Service Résidentiel pour Jeunes (S.R.J.), sorte d'internat thérapeutique, a été proposé et accepté par A. et sa maman. A. avait alors 7 ans.

En parallèle, un suivi psychologique et une prise en charge pédopsychiatrique ont également débuté.

A. a évolué relativement bien jusqu'à l'âge de 9 ans, ensuite sont apparus progressivement des troubles du comportement et un décrochage scolaire.

À l'âge de 11 ans, elle a probablement perdu ses repères. En effet, étant plus grande, elle a dû changer de maison au sein même du S.R.J. Le changement de maison a été corrélé à un retour obligatoire d'A. tous les week-ends chez sa maman. Auparavant, elle restait régulièrement au S.R.J. le week-end, notamment quand sa maman n'était pas en mesure de l'accueillir.

Concurremment, elle a aussi changé d'école (passage de l'enseignement ordinaire à l'enseignement spécialisé de type 3, adapté aux besoins des élèves présentant des troubles du comportement).

A. a ensuite été fortement agressée par une de ses camarades plus âgées du S.R.J.

Ces événements ont entraîné une majoration de l'agressivité envers les pairs et les intervenants adultes ainsi que l'apparition d'actes de violence.

C'est ainsi qu'elle a bénéficié d'une première hospitalisation de dix jours en lit de crise en unité de Psychiatrie Infanto-Juvénile.

Malheureusement à son retour en S.R.J., l'état d'A. s'est à nouveau dégradé. Par ailleurs, la collaboration avec la maman n'était plus possible. C'est pourquoi les intervenants du S.R.J. ont mis fin à la prise en charge d'A. chez eux, ne se sentant plus capables de l'accueillir sereinement.

A. est donc retournée vivre à temps plein avec sa maman. La crise violente à l'origine de son arrivée aux Cliniques Saint-Luc est survenue 15 jours après.

SON ARRIVÉE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC...

La police a été appelée au domicile familial par la maman à la suite d'une crise clastique d'A. avec agression et destruction de biens. Les policiers ont découvert une mineure en souffrance, très agitée et agressive, une maman dépassée et un logement insalubre. Ils ont suspecté une situation de négligence parentale.

Ils ont dès lors contacté le procureur du Roi et ont, sur sa décision, amené A. au service des Urgences pour un placement de 24 heures au sein des Cliniques.

La mesure de placement a été levée après 24 heures car la maman acceptait de collaborer et ne s'opposait pas à une séparation en vue d'une évaluation de la situation. À défaut de trouver une structure adaptée pour réaliser cette évaluation, A. est restée hospitalisée en service de Pédiatrie Générale.

Rapidement A. a développé des comportements inadéquats et agressifs envers certains enfants malades, certains parents et surtout le personnel infirmier.

SON ARRIVÉE AU KAPP...

Les actes de violence avec atteinte aux personnes et destruction de biens sont devenus de plus en plus nombreux.

A. a, par exemple, agressé et blessé des infirmières et un infirmier avec une paire de ciseaux, avec une seringue, en lançant des objets contondants et en mordant. Elle a également, entre autres, détruit du matériel médical de désinfection.

Ces faits ont entraîné une grande insécurité ainsi qu'une désorganisation de l'unité de Pédiatrie. Certains soignants ont été reconnus en incapacité de travail et d'autres ont refusé de continuer à prendre en charge A.

Après un mois d'hospitalisation, le chef de Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile a été appelé auprès de la direction médicale. La jeune ne pouvait plus rester en Service de Pédiatrie et une prise en charge au KaPP fut imposée.

SON HISTOIRE AU KAPP...

Dès son arrivée, A. nous a montré les mêmes signes de souffrance, mettant cette fois-ci à mal notre équipe et perturbant les autres patients.

Très rapidement nous avons recherché une structure plus adaptée à ses besoins. Cette recherche était compliquée car beaucoup de structures exigeaient qu'A. ait un lieu de vie pour d'éventuels retours en week-end. Or, depuis le début de son séjour, le désinvestissement de la maman rendait impensable un retour en famille.

Nous avons dès lors interpellé le S.A.J. qui a proposé, malgré l'accord de collaboration de la maman, l'appel à un Juge de la jeunesse et au S.P.J. (Service de Protection de la Jeunesse). Faute de solution A. a été placée au KaPP.

Après une longue recherche et de nombreux refus, A. a pu intégrer un nouvel S.R.J. tout en poursuivant son hospitalisation en journée à mi-temps au KaPP et en retournant dans son ancienne école pour l'autre mi-temps.

Cette nouvelle configuration a permis un apaisement du comportement d'A. au KaPP et à l'école, mais a malheureusement entraîné un déplacement des comportements de violence avec destruction de biens et atteinte aux personnes (adultes et enfants) dans son nouveau lieu d'hébergement.

ACTUELLEMENT...

Le nouvel S.R.J. demande impérativement au Juge de la jeunesse une réorientation d'A.

Il n'y a pas d'avancée dans les démarches auprès d'autres structures. Certaines de celles-ci ont marqué leur refus.

Le Juge de la jeunesse semble démunie et sans solution à proposer. Un placement en I.P.P.J. (Institution Publique de Protection de la Jeunesse) a été évoqué.

ANALYSE DES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE CRISE

Selon Mairiaux, Govers et Absil (4), l'observation de phénomènes en sciences humaines et sociales peut se faire à différents niveaux. Nous proposons d'examiner nos propos au travers de cette logique d'échelle.

Au niveau Macro-social : l'analyse porte sur des phénomènes observables au sein de la société dans son ensemble. Lorsqu'on évoque la crise on pense le plus souvent à la crise sanitaire récente liée à la Covid-19, ainsi qu'à la crise socio-économique connexe.

Au niveau Méso-social : l'analyse porte sur des phénomènes observables dans les institutions ou les organisations. On parle dans ce cas-là de la crise au niveau de la cellule familiale d'A., des crises au niveau des différentes structures comme le KaPP, les S.R.J., le S.A.J., le S.P.J., le tribunal de la jeunesse...

Rappelons le mouvement de grève de plusieurs semaines, commencé en juin 2023, des S.A.J. et S.P.J. de Belgique francophone. Ceux-ci protestaient contre le manque de places d'accueil pour les jeunes en difficulté ou en danger. Ils réclamaient de nouvelles places structurelles pour les mineurs contraints, comme A., d'être installés dans des hôpitaux ou des lieux d'urgence, inadaptés sur le long terme.

Au niveau Micro-social : l'analyse porte sur des phénomènes observables au niveau des individus ou des groupes. Il s'agit dès lors de la crise vécue par A. et de la souffrance qu'elle exprime, entre autres, au travers de ses troubles du comportement.

Il nous paraît indéniable que ces trois niveaux sont reliés, voire enchevêtrés et que les phénomènes observés à l'un des échelons exercent une influence sur ceux observés à un autre.

CE QUI NOUS A FRAGILISÉS

Nous avons très vite pris conscience que notre cadre de travail n'était pas suffisamment contenant, ni suffisamment rassurant pour A. ainsi que pour le personnel soignant.

Nous avons aussi compris que notre communication

d'équipe n'était pas assez efficiente pour adopter une attitude commune et cohérente face à cette jeune. Ce à quoi nous avons rapidement tenté de pallier afin d'arrêter le début d'un clivage qui menaçait l'équipe. Cela a permis de relancer un processus de différenciation entre les membres de l'équipe (5), autorisant chaque professionnel à exposer son point de vue sur la situation.

La « différenciation du soi » est un processus de croissance personnelle. Il vise à sortir des relations fusionnelles, que l'on rencontre spontanément lorsqu'il y a angoisse, lorsque la cohésion du système est mise en péril de l'intérieur ou de l'extérieur et que chacun appréhende un risque d'éclatement. Il est élaboré par un individu au sein de son groupe d'appartenance. Cela implique une prise de distance du facteur émotif pour sortir de la masse du « moi institutionnel indifférencié » (6).

Par ailleurs, nous nous sommes également rendu compte que certaines des problématiques des enfants accueillis au KaPP pouvaient potentialiser la fragilité d'A. En effet, dès qu'A. repérait l'un ou l'autre enfant plus faible et ne sachant pas bien se défendre, elle s'en prenait systématiquement physiquement à lui. Cela a d'ailleurs amené certains parents à mettre fin de façon prématurée à l'hospitalisation de leur enfant.

De même, nous nous sommes aperçus que le travail de maintien du lien familial et le travail avec le réseau étaient très énergivores et demandaient un investissement nettement plus important que celui consacré habituellement.

LES STRATÉGIES D'ADAPTATION ADOPTÉES

Certaines personnes de l'équipe ont été d'accord pour adapter leurs horaires de travail afin d'organiser un renforcement au niveau de la présence des intervenants les soirs et les week-ends. Des duos de soignants se sont créés avec mise en avant de personnes plus à l'aise et possibilité de démobilisation des personnes ne se sentant pas suffisamment confiantes.

Nous avons été particulièrement attentifs à ne pas verser pour autant dans la croyance imaginaire et illusoire de la toute-puissance de certains intervenants, pouvant se traduire en attentes irréalistes et confronter immanquablement à la déception, entraînant un possible clivage destructeur entre les bons et les mauvais (7).

Par ailleurs, pour A., nous avons modifié le schéma classique d'organisation des soins en intensifiant les prises en charge individualisées et sur mesure. L'objectif étant qu'elle ait des moments en groupe plus courts, sereins et constructifs et qu'elle ait plus de temps individuels de parole et plus de moments axés sur son

bien-être et la valorisation de son image de soi.

Nous avons tenu compte d'une possible loyauté invisible d'A. envers sa maman, qui expliquerait en partie qu'elle nous mette tellement à mal. Nous sommes conscients que les relations entre une institution et la famille sont primordiales afin d'éviter au maximum de travailler dans l'évitement ou la rivalité (8).

C'est pourquoi il était primordial pour nous de maintenir le lien familial envers et contre tout. En plus, nous avons simultanément assuré un travail de soutien et de communication avec les intervenants des différentes unités et structures en lien avec A.

Parallèlement, nous avons mis un frein au niveau des nouvelles entrées, diminuant le nombre de patients hospitalisés pour que plus d'intervenants puissent être disponibles.

Nous avons aussi porté une attention particulière aux interactions d'A. avec les enfants plus fragiles.

Concernant les enfants ayant été agressés par elle : nous avons prévenu les familles, nous les avons soutenues et accompagnées (jusqu'au dépôt de plainte pour certaines) et nous avons accepté les décisions de protection prises par certains parents.

Concernant les membres du personnel ayant été agressés par elle : nous les avons orientés vers le service des Urgences quand cela s'avérait nécessaire (avec possibilité de faire un dépôt de plainte), nous leur avons proposé un débriefing, un temps d'écoute dans l'équipe et l'occasion de s'adresser à la cellule d'écoute des Cliniques.

Auprès d'A., nous avons tenté de mettre en place des sanctions ayant du sens au regard des actes posés. Nous avons porté une attention particulière à l'aménagement d'actions de restauration matérielle et sociale, comme recoller une tasse cassée, préparer un gâteau pour les enfants de son groupe de vie, rédiger une lettre d'excuse ou faire un dessin...

Nous avons également eu recours à des mesures d'écartement avec séjour de quelques jours dans un autre hôpital par activation d'un lit de crise.

En nous référant à la boucle du contact d'Etienne Dessoix, il semble que les transgressions permettent au jeune de revenir dans le pôle de l'écart, au travers d'une reprise du contrôle de celui-ci sur la situation, notamment après une ébauche de circulation vers plus de proximité relationnelle (avec un soignant ou avec un autre jeune) (9). Cette proximité semble entraîner une réactivation de l'angoisse et de l'insécurité, ravivant des vécus de relations antérieures non fiables, abusives ou violentes.

Les sanctions ont donc pour but, après un temps dans le pôle de l'écart, de revenir dans une meilleure relation

à l'autre, permettant de réguler la distance relationnelle vers à nouveau plus de proximité.

En outre, plusieurs traitements médicamenteux à base de neuroleptiques ont été testés sans grand succès.

De façon concomitante, nous nous sommes interrogés sur nos pratiques. Nous avons organisé un temps de réflexion sur le thème des troubles de l'attachement et celui de la gestion de la violence et de l'agression.

En nous inspirant de Beaumont et Sanfaçon (10), nous avons tenté d'identifier les différentes phases observables dans le déroulement des crises comportementales : l'apparition, le développement, la désorganisation, la décompression et la récupération, afin de pouvoir mieux anticiper celles-ci et mieux ajuster nos attitudes. Cela nous a permis d'élaborer collectivement une procédure commune, un plan d'action, pour que notre approche soit la plus appropriée et harmonieuse possible.

Des temps de supervision institutionnelle nous ont permis d'évoquer le vécu d'impuissance à aider cette jeune en souffrance avec l'évocation des ressentis de tristesse, de déception, d'échec. Nous avons abordé la notion d'isomorphisme et les pièges qui peuvent en résulter.

L'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 de la changer. Il convient donc de repérer ce phénomène à temps si on souhaite réaliser un changement (11).

AU FIL DE NOS LECTURES...

Le cas d'A. correspond à une situation appelée « incasable » (12) ou « complexe » (13).

Ces expressions réfèrent avant tout à une inadéquation entre les besoins de certains jeunes et les différents systèmes d'offre et de contrôle (éducatif, thérapeutique, judiciaire) assurant traditionnellement aide et contenance aux mineurs en difficulté.

Ces situations ont pour point commun une impasse, ou plutôt une impossibilité à trouver une place dans les dispositifs de prise en charge classiques. Celles-ci doivent donc s'appréhender dans le cadre d'une réflexion systémique incluant des aspects psychodynamiques et contextuels dont la complexité ne peut se réduire à un diagnostic.

L'anamnèse de ces jeunes comporte souvent des carences affectives et/ou des situations traumatisques qui constituent autant d'éléments essentiels pour la compréhension de leur comportement et de leur symptomatologie.

Celle-ci peut prendre des formes variées incluant généralement des passages à l'acte auto et/ou hétéro-agressifs ainsi que la recherche de sensations et d'excitations. Ces symptômes sont parmi ceux qui mettent le plus à mal les équipes. Ces comportements sont généralement porteurs de l'ambivalence fondamentale qui anime la dynamique interne du sujet. D'une part elle ne laisse aucun doute sur l'importance qu'il y a à se préoccuper de lui et de l'autre elle met à mal la confiance et le lien entre le jeune et son entourage (famille, institution...) (12, 13).

La difficulté qu'il y a à intégrer ces jeunes dans un lieu de vie, quel qu'en soit le cadre, amène systématiquement les institutions à ne plus s'identifier comme qualifiées les concernant. Les tentatives de nouvelles solutions se succèdent alors sans plus de succès.

La situation d'A. réunit tous ces critères.

Dans la petite enfance elle a été confrontée à des difficultés familiales sources d'une souffrance aiguë. Plusieurs événements vécus comme traumatisques à l'entrée dans la puberté sont venus très certainement réveiller une blessure enfouie. Aux problèmes identifiés comme psychiatriques (trouble de l'attachement) sont venus s'ajouter de graves problèmes comportementaux. C'est le temps des premières évaluations psychiatriques, le début de la médicalisation de la situation. Les comportements agressifs, les crises clastiques, les fugues, les menaces et violences sur des personnes connues (maman, éducateurs, autres jeunes de l'institution) et les comportements à risques sont autant de causes identifiées qui vont à la fois signifier sa souffrance mais aussi précipiter des exclusions multiples.

Celles-ci s'inscrivent à tous les niveaux : la famille d'origine, l'école, l'institution, les pairs...

Sa situation est venue perturber le système d'offre tel qu'il est organisé et nous a amenés à ne pas nous reconnaître compétents pour l'accueillir.

Nous craignons que les solutions et les ruptures s'enchaînent sur fond de polémique autour des « besoins » d'A. (psychiatriques ou éducatifs). Nous redoutons que la spirale infernale dans laquelle elle est lancée et l'absence de solutions crédibles aboutissent au recours à l'I.P.P.J. et/ou aux services FOR-K (unités de traitement intensif de soins destinés à des jeunes placés sous mesure judiciaire par un Juge de la jeunesse et qui présentent un problème psychiatrique grave).

En effet, si l'entrée dans l'adolescence se marque par des passages à l'acte, sa sortie peut inscrire le sujet dans la grande exclusion, celle dont on ne revient pas.

CONCLUSION

À ce jour A. est toujours en hospitalisation partielle de jour au KaPP. À défaut de structure thérapeutique adaptée (ou de place dans une structure adaptée), le placement en I.P.P.J. semble rester la dernière option possible.

En effet, la crise étant à son paroxysme, le S.R.J. dans lequel elle est hébergée met fin à sa prise en charge en l'excluant, mettant le Juge de la jeunesse dans une position où il doit prendre une décision.

Nous sommes convaincus que ni A. ni nous ne sortirons indemnes de cette rencontre. Celle-ci nous a poussés et nous pousse encore, non sans mal, à adopter des stratégies de fonctionnement différentes, à éprouver notre solidarité, à interroger nos convictions, nos valeurs de travail et notre éthique ainsi qu'à bousculer nos repères...

Comme souligné par Muriel Meynckens, la santé d'une équipe, d'une institution, ne réside pas dans l'absence de crises mais dans sa capacité de les vivre, d'identifier ses maladies et de voir comment les dépasser. Les tensions font partie de la vie institutionnelle, comme le conflit intérieur est inhérent à la condition humaine (14).

De façon plus élargie, il nous paraît indispensable d'encourager la poursuite d'un travail de réflexion au niveau des acteurs des différents secteurs afin d'améliorer les pratiques de prévention et de prise en charge permettant d'éviter, voire à minima de maîtriser, ces situations complexes qui résultent de crises multiples.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paul E, Crommelinck B, Decker M, Doerane S, Kaisin P, Lallemand B et al. Impacts de la crise du COVID-19 sur un hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux. 2020 ; **65**(2) : 185-20.
2. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. Enfances & Psy. 2002 ; **18**(2) : 17-23.
3. Marcelli D, Braconnier A. L'adolescence aux mille visages. Paris : Odile Jacob ; 1998.
4. Mairiaux P, Govers P, Absil G [En ligne]. Dimensions psychosociales de la santé. Introduction aux rôles sociaux et à la culture des professionnels de la santé, des malades et des patients. Disponible : <https://orbi.uliege.be>
5. Bowen M. La différenciation du soi. Paris : ESF ; 1996.
6. Benoit JC. Parents, familles et soignants. Toulouse : Erès-Rélations ; 1992.
7. Marquebreucq AP, Nyssens G. Adolescents traumatisés, intervenants en crise : isomorphisme au travail. Thérapie familiale. 2014 ; **35**(2) : 157-175.
8. Ducommun-Nagy C. Comprendre les loyautés familiales à travers l'œuvre d'Ivan Boszormenyi-Nagy. Enfances & Psy. 2012 ; **56**(3) : 15-25.
9. Dessoix E. Le milieu humain, I : De l'intérêt du concept en psychothérapie institutionnelle et en approche systémique. Thérapie Familiale. 1993 ; **14**(4) : 311-330.
10. Beaumont C, Sanfaçon C. L'intervention en situation de crise. Dans : Les troubles du comportement à l'école : Prévention, évaluation et intervention. 2 éd. Montréal : Gaëtan Morin ; 2014, 161-193.
11. 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.
12. Barreyre JY, Fiacre P, Joseph V, Makdessi Y. Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits «incasables». Recherche réalisée et financée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne et le Conseil général du Val d'Oise. 2008, 15.
13. Minotte P, Donnay JY. Les situations « complexes ». État des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Rapport de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. 2010, 70.
14. Meynckens-Fourez M. Au-delà des pièges qui paralysent les équipes, comment construire un espace de confiance ? Thérapie familiale. 2010 ; **31**(3) : 195-214.

LES AUTEURS :

Sophie SYMANN, Katy ALBINOVANUS, Serdar ALTINER

Le KaPP - Cliniques Universitaires Saint-Luc
Avenue Hippocrate 10 bte 2381, 1200 Bruxelles (Belgique)
sophie.symann@saintluc.uclouvain.be

L'ART-THÉRAPIE : UNE ALTERNATIVE À LA DESTRUCTION PENDANT LA CRISE ?

- Naomi MIDDELMANN, Sara URBINATI, Eléonore PONCE, Cecilia SALAUN,
Olga SIDIROPOULOU -

RÉSUMÉ - SUMMARY

De nombreuses études de la littérature scientifique montrent que les enfants qui vivent en internat ou qui ont été exposés à des violences familiales ou qui ont subi des carences psychoaffectives importantes ne peuvent pas ou ne veulent pas verbaliser leurs expériences. L'expression à travers la création, comme travaillé en art-thérapie, peut être donc de plus facile accès qu'avec des thérapies qui utilisent en premier lieu la parole. Dans cet article, à travers l'analyse de cas cliniques d'enfants du Centre Psychothérapeutique (CPT) à Lausanne (Suisse), nous allons discuter de comment pendant les moments de crise la création pouvait être un exutoire pour les enfants et pouvait prendre un rôle d'apaisement et de canalisation émotionnels. Cela avec le but de se sentir contenu psychiquement et de créer une possibilité de transformation, dans un processus où la création vient se substituer à la destruction. Dans un deuxième temps, le cadre rassurant et sécurisant de l'atelier et un accompagnement spécifique de l'art-thérapeute permet à certains enfants de s'exprimer plus facilement à travers les métaphores et d'ainsi transformer leur vécu. Nous allons présenter également comment certaines créations (cabanes, camping-car, etc.) deviennent des endroits de refuge pour l'enfant, qui existent au-delà de l'espace thérapeutique, et répondent à un besoin psychique de l'enfant. Dans le travail multidisciplinaire au CPT, des divergences parfois rencontrées entre l'équipe éducative et thérapeutique seront également mises en évidence.

MOTS CLÉS: Art-thérapie - Crise - Contenant - Créativité - Création

ART THERAPY: AN ALTERNATIVE TO DESTRUCTION DURING A CRISIS?

Numerous scientific studies show that children who live in foster care, or who have been exposed to family violence, or who have suffered significant psycho-affective deficiencies, are unable or unwilling to verbalize their experiences. The expression of difficult emotions through art making as promoted in the art therapy setting, may therefore be better suited than therapy settings that depend primarily on language. While reviewing children's clinical cases at the Centre Psychothérapeutique (CPT) in Lausanne (Switzerland), we observed how, during moments of crisis, art making can be a welcome outlet for children in crisis and can be a soothing experience. Secondly, the art therapy setting's reassuring and safe environment and with the guidance of a licensed art therapist enables children to express difficult emotions and experiences through the use of metaphors and object making. The objects not only contain the child's emotions and experience, but also takes on new meaning and becomes a new experience. Therefore, creation replaces the destructive elements of the crisis. In this article, we will reflect on an example of a child in crisis who used the making of objects to help build a sense of identity, transform his life experiences, express difficult emotions, and communicate with the multidisciplinary team. We will present how the creation of solid cardboard structures (houses, camping cars, etc) become necessary shelters for these children, which continue to exist outside of the therapeutic setting. We will also address how in the multidisciplinary team, misunderstandings are sometimes encountered between the educational and therapeutic staff.

KEY WORDS: Art therapy - Crisis - Safe space - Creativity - Creation

L'INTRODUCTION

CONTEXTE D'INTERVENTION

Le centre psychothérapeutique de Lausanne (CPT) est un centre d'enseignement spécialisé pour des enfants de 6 à 12 ans doté d'une structure de soins offrant une prise en charge institutionnelle multidisciplinaire. La structure est gérée par une équipe pédago-éducative et une équipe médico-psychologique comprenant des pédopsychiatres, des psychologues, des logopèdes, des ergothérapeutes, une art-thérapeute et des assistantes sociales. Le CPT accompagne des enfants au potentiel cognitif préservé, souffrant des troubles pédopsychiatriques suivants : troubles du neurodéveloppement, troubles émotionnels, troubles du comportement et troubles des apprentissages qui compromettent leur évolution et leur intégration sociales et scolaires et qui nécessitent un enseignement spécialisé et un accompagnement thérapeutique important. Les enfants scolarisés au Centre ont souvent subi des carences psychosociales et une enfance traumatique et ils présentent un besoin important de protection, de réassurance et de stabilité. Le CPT accueille 54 enfants, dont 33 en externat et 21 en internat thérapeutique. Le centre fait partie de la filière Centre de jour et école spécialisée du SUPEA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois).

APPORTS THÉORIQUES

La littérature montre que la pauvreté chronique, les situations familiales fragiles et dysfonctionnelles, la maltraitance des enfants ainsi que le placement en famille d'accueil ou en foyer sont des facteurs de vulnérabilité pour les enfants qui présentent des troubles psychiatriques (1, 2, 3). Le placement constitue un défi supplémentaire pour les enfants qui sont déjà vulnérables. Alors que ceci est destiné à améliorer les conditions défavorables de l'enfant ; l'accumulation des expériences nécessitant le placement rend souvent les enfants encore plus vulnérables aux troubles émotionnels, à l'anxiété, à la violence, aux troubles affectifs et aux troubles comportementaux. Ceci peut impacter négativement la performance scolaire (4), le comportement (5) et entraîner des conséquences sur l'évolution des troubles psychiatriques (4). Un autre facteur de risque inhérent aux raisons et aux conséquences du placement est le trouble de l'attachement qui est préexistant et mis davantage à l'épreuve (6). Les enfants qui ont vécu le rejet, des soins insensibles ou ont vécu l'indisponibilité de leurs parents sont susceptibles de développer des comportements qui entraînent des conséquences négatives à long terme sur leur développement socio-émotionnel (7). Le placement en famille d'accueil, en foyer, ou en internat,

par sa conception, peut remettre en question les relations entre les personnes qui s'occupent des enfants et les enfants. Pour certains enfants, ces séparations de la structure familiale peuvent être vécues comme un rejet ou une perte importante de repères, malgré un accompagnement et une transition soignée qui s'ajoutent à un éventuel passé difficile au niveau de l'attachement parental (8). Les séquelles des traumas laissent aussi des séquelles neurobiologiques (9).

Le vécu de l'enfant avant son placement ainsi que le placement en internat lui-même peut donner aux enfants un sentiment d'insécurité, de manque de confiance envers les adultes, et de manque d'appartenance. En outre, se rajoutent des sentiments de culpabilité, d'être une mauvaise personne et d'être responsable de ce qu'ils subissent (10). Il est souvent difficile pour un enfant placé de sentir qu'il a encore un pouvoir d'action sur son présent ou de sentir qu'il peut se projeter dans le futur de manière sereine (10).

Le même auteur stipule que c'est seulement lorsque l'enfant peut se sentir en sécurité dans le dispositif thérapeutique et que le dispositif est pensé pour lui permettre de retrouver un sentiment d'agentivité ou de pouvoir d'action que l'enfant peut retrouver de l'espoir dans ses capacités de changement et dans son futur.

Ce cadre théorique et la prise en considération des séquelles laissées par les raisons et conséquences du placement sur l'enfant ont mené à une nécessité d'élaborer le dispositif de l'art-thérapie dans l'internat institutionnel. Comment pourrait-il intervenir afin que les enfants puissent se sentir en sécurité dans cet espace thérapeutique, créer un lien de confiance avec le thérapeute, retrouver un sentiment d'agentivité et se projeter positivement dans le futur, tout en s'investissant dans leur prise en charge globale au Centre psychothérapeutique ?

L'art-thérapeute, Malchiodi (11) a pu montrer que l'art-thérapie est particulièrement pertinente car son dispositif permet :

- ◆ D'assurer un sentiment de sécurité et de stabilité dans les modalités de prises en charge (horaires par exemple), dans les règles énoncées pour le bon déroulement des séances, dans l'accompagnement thérapeutique des enfants et dans la réflexion des médiations proposées.
- ◆ Aux enfants d'exprimer des émotions, des difficultés et un bout de leur vécu, dans un espace sans jugement et sans recourir forcément au langage.
- ◆ D'offrir un espace où l'enfant peut développer un sentiment d'être acteur, de pouvoir faire des choix, de les tester, d'explorer différentes médiations, etc.
- ◆ De transformer la matière artistique et ainsi son vécu. Il peut se permettre d'être surpris par ce qu'il

crée et retrouver un sentiment de contrôle et une conscience de sa situation, mais aussi développer des compétences et des ressources au fil des séances.

- ♦ De soutenir l'investissement de l'enfant dans sa prise en charge à l'internat et soutenir les objectifs et besoins énoncés par l'institution, notamment la possibilité de s'approprier des espaces qui lui sont dédiés en y mettant ses œuvres.

Les écrits et recherches scientifiques ont pu démontrer la pertinence de cette approche et les bienfaits de l'art-thérapie au niveau relationnel, affectif et identitaire (12, 13, 14, 15). Par exemple, Malchiodi (15) aborde la place de l'art-thérapie avec des enfants issus de foyers familiaux violents ou qui ont été témoins de violences. Un bon nombre d'enfants placés à l'internat ont vécu des expériences similaires : de la violence physique et/ou psychique, de la négligence, des carences matérielles mais aussi affectives, des ruptures de liens multiples et des séparations violentes. Ils peuvent aussi avoir fait face à différents types d'adversité tels que les difficultés économiques, la toxicomanie ou les troubles psychiatriques parentaux. Dans son expérience d'art-thérapeute, Cathy Malchiodi constate que, souvent, ces enfants ne peuvent pas ou ne veulent pas verbaliser leurs expériences. L'art-thérapie, selon elle, peut devenir un espace thérapeutique où les enfants peuvent exprimer leurs sentiments complexes et difficiles. Elle stipule que la création et l'œuvre peuvent être tout ce dont l'enfant a besoin qu'elles soient. L'œuvre peut être détruite, cruelle, laide tout comme elle peut être malléable, transformable et contenir tous les espoirs de l'enfant. L'expression à travers la création peut être plus sécurisante que celle à travers les mots. Les enfants peuvent se sentir en sécurité par le biais de la création qui permet néanmoins d'exprimer des émotions fortes.

La création dans une séance d'art-thérapie donne la possibilité de métaphoriser le vécu et permet d'aborder la notion qu'une transformation est possible. L'art-thérapie travaille à la bonne distance, sans brutaliser les symptômes, en respectant les défenses et en contournant les résistances et les inerties. Selon Klein (16), à travers l'acte de création, l'enfant est amené à transformer la matière, ce qui lui permet dans un deuxième temps de se transformer lui-même. L'enfant ainsi se crée en créant. C'est une symbolisation accompagnée par l'art-thérapeute. La créativité et les créations rappellent l'espace transitionnel de Winnicott pour qui la créativité était essentielle pour tout individu (17). « Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ».

L'art-thérapie offre un espace où les difficultés ne sont pas nécessairement soulevées spontanément ni abordées de manière frontale, mais plutôt apparaissent dans les thèmes développés par l'enfant, dans ses explorations

de la matière, sa rencontre avec la médiation, les détails des éléments, de la qualité du trait et du contenu (15). De même, Malchiodi (18) suggère que l'art-thérapie permet d'offrir d'autres manières de réagir aux événements, d'encourager l'expérimentation et de faciliter l'accès à des expériences positives, de répondre aux événements de manière différentes, d'encourager l'expérimentation et de faciliter l'accès à un changement émotionnel et comportemental.

Les objets créés en séance sont des témoins de l'espace transitionnel et des objets transitionnels tel que décrit par Winnicott (17).

Siegel (19) suggère que les prises en charge art-thérapeutiques devraient être basées sur les propriétés expérientielles et relationnelles de la matière, et viser à promouvoir l'intégration des sensations et perceptions. Perry (20), comme psychiatre présente une perspective neurodéveloppementale. Selon Perry (20), les expériences sensorielles de la petite enfance jouent un rôle essentiel dans le développement de l'enfant, en venant renforcer l'attachement sécurisant, l'affiliation aux autres, l'empathie et l'autorégulation (21).

SUR LE TERRAIN

Les enfants scolarisés au Centre psychothérapeutique (CPT), présentent des difficultés de régulation émotionnelle et de gestion de la frustration très importantes et ils peuvent souvent présenter de crises clastiques voire des comportements auto et hétéro-agressifs. Ces comportements peuvent se présenter pendant l'horaire scolaire, ou pendant les espaces thérapeutiques et surtout dans les moments de transitions, par exemple entre l'école et l'internat ou entre la récréation et la classe. Est-ce que la fonction sécurisante et rassurante de l'art-thérapie pourrait être utilisée pour contenir l'enfant face à un moment de crise ?

VIGNETTE CLINIQUE 1 : A. ET SON CAMPING-CAR

L'équipe éducative de l'internat fait une demande d'intervention à l'art-thérapeute pour rentrer dans une situation très complexe qui mettait à mal le travail multidisciplinaire de l'équipe. Il s'agit du cas clinique d'A., un enfant de 10 ans qui présentait un comportement violent : il pouvait mordre et taper les autres enfants ainsi que les éducateurs. Il pouvait également fuguer et se mettre en danger. Un atelier de réflexion avec les différents intervenants autour d'A. a été mis en place et a abouti à une demande de prise en charge en art-thérapie de manière hebdomadaire au début. Ensuite, A. fuguait tous les jours de son groupe pour joindre l'atelier d'art-thérapie, donc nous avons ajouté une deuxième séance hebdomadaire.

Les objectifs de cette prise en charge étaient de travailler son autorégulation émotionnelle, lui donner un moyen d'expression autre que la parole, travailler la capacité de narration (pouvoir raconter son histoire) et travailler les enveloppes psychiques pour répondre à son besoin d'être contenu autant psychiquement qu'au niveau sensoriel.

Au début de la prise en charge en art-thérapie A. était à l'internat du CPT pour 4 nuits par semaine. Le reste du temps il était à la fois chez sa tante et à la fois dans d'autres structures d'accueil le week-end quand sa tante n'était pas disponible. A. a perdu sa mère quand il était tout petit et il n'a jamais connu son père. Il a vécu entre différents foyers, sa tante maternelle et sa grand-mère qui l'ont accueilli par périodes mais pas de manière constante et stable. Pendant une période de sa vie il a été confié à un autre membre de la famille qui n'a pas pu garantir sa protection et l'a exposé à des violences physiques et d'ordre sexuel.

Il reçoit le diagnostic du syndrome de stress post-traumatique et de dyspraxie visuelle qui impacte ses capacités visuo-spatiales, sa motricité fine, sa motricité globale et son autonomie.

La prise en charge :

Dès la première séance avec l'art thérapeute A. demande à construire une voiture en carton, assez grande pour se mettre à l'intérieur. Il dit qu'il va l'utiliser pour aller au Ghana, son pays d'origine. À la vue de sa dyspraxie, il demande à l'art-thérapeute de l'aide dans la construction de sa voiture. Il demande un volant, un moteur, des miroirs, un frein, il réalise un GPS pour connaître le chemin. Il dit ensuite vouloir agrandir sa voiture qu'il trouve trop petite. Il veut que ce soit un camping-car pour qu'il puisse se coucher à l'intérieur. En effet, le voyage pour « rentrer chez lui » est long, donc il a besoin de plus de place. À l'intérieur du camping-car, il ajoute un frigo, un évier, une toilette, de la nourriture et des jeux pour jouer pendant les moments de pause de son voyage. Il rajoute aussi une toilette. Il insère ainsi dans son camping-car chaque élément qu'il imagine. Il demande une couverture pour qu'il puisse y dormir durant le voyage.

Il fait un passeport du Ghana et de la Suisse et une carte de crédit pour avoir un peu d'argent. Une fois le véhicule construit, il passe des séances à conduire son camping-car, à s'arrêter un instant pour rajouter un élément ou parfois il se couche dans son camping-car en demandant à la thérapeute de lui lire des histoires. Il peut expérimenter ces moments de régression, une fois que l'endroit thérapeutique devient sécurisant et contenant. Pour terminer son camping-car, il met en place des systèmes de sécurité pour protéger l'accès à ses structures en installant des codes d'entrée, des serrures et des clés. Parfois, quand être en classe s'avère trop

difficile, il s'enfuit pour se réfugier dans son camping-car.

Durant cette période de construction du camping-car, il n'a pas d'endroit fixe de domicile dans la réalité : A. alterne des semaines à l'internat à des week-ends chez la tante ou dans d'autres structures d'accueil. C'est une grande période d'incertitude car il arrive à sa tante de ne pas à honorer les week-ends chez elle et A. est alors très affecté par ses absences.

Son besoin de stabilité et de trouver sa place est mis alors en forme dans l'atelier. A. décide de construire une maison dans laquelle il s'installe durant quelques séances. Il peut mettre des mots sur son manque de foyer familial. Pendant cette période, les crises d'A. sont de plus en plus importantes et violentes, il n'arrive pas à rester en classe, il se montre oppositionnel vis-à-vis des adultes et persécuté par rapport aux autres enfants. Il n'arrive pas à expliquer ses comportements, il se renferme et il ne répond qu'avec de la colère aux questions et aux tentatives des éducateurs de comprendre ses actes. Cependant à l'atelier d'art-thérapie, il arrive à canaliser sa colère. Il construit ce qui lui manque. Il cherche des solutions et il avance dans son processus de compréhension et d'acceptation de sa réalité actuelle. Après avoir construit une maison, il demande à réaliser une cage pour un hamster. Il parle d'adopter un animal qui sera le sien et dont il pourrait prendre soin. Il fait un lit à trois étages pour les hamsters, tout comme les étages de l'internat où A. habite à ce moment-là. Il questionne l'idée de soin et ce que cela comprend, en posant aussi plusieurs questions concernant la nourriture, le soin, et les nécessités de la vie. Pendant qu'A. réalise cette œuvre il se montre en extrême opposition et très revendicatif vis à vis de l'internat, même si l'équipe peut identifier un certain début d'attachement d'A. à sa chambre et à ses camarades.

À un moment donné, A. quitte l'internat du CPT pour aller dans un foyer de placement de 365 jours, car le relai des week-end et jours fériés par la famille n'était plus fiable ni régulier. À l'atelier il commence à réaliser toute une série de jeux de société. Il veut les utiliser pour jouer avec l'autre, tout en montrant des difficultés à laisser la place à l'autre et en exigeant de gagner à chaque fois. Ces jeux deviennent néanmoins une manière de tenter d'être avec l'autre.

Il explore aussi les sensations, les matières, il fait des mélanges de colle et de peinture, de farine, il ose maintenant toucher les matières. Alors qu'auparavant il ne pouvait utiliser que le carton comme matière pour réaliser ses œuvres, au fur et à mesure il peut choisir d'autres matériaux de consistance plus liquide, plus malléable et commencer à nommer ce qu'il ressent en les touchant.

Lors de la dernière séance avant son départ du CPT, il dit qu'un jour il adoptera des lapins, précisément deux, comme cela ils ne seraient pas seuls. Il insiste sur le fait

qu'il adoptera deux lapins de refuge, car « eux aussi ont le droit d'être aimés. Ce n'est pas leur faute si on les a abandonnés. Et moi, je les aimerai ».

L'atelier d'art-thérapie comme refuge de la crise

A. pouvait souvent aller se réfugier à l'atelier d'art-thérapie pendant la crise ou alors demander de voir l'art-thérapeute. L'atelier a pu rester un espace constant dans le vécu de A. au CPT et il a pu créer un lien de confiance avec l'art-thérapeute. Il parlait souvent de cet espace thérapeutique à l'école, au foyer, à sa famille. Il l'avait intégré comme un espace sûre et protégé. Il a pu vite intégrer que pendant les moments de crise la création semblait le canaliser, mais aussi lui donner un espace où il pouvait s'exprimer à travers les métaphores. Lorsqu'il était en création son agitation motrice diminuait, son débit de parole ralentissait, il parvenait à se poser, à décélérer. La création lui a permis d'entrer dans une interaction de plaisir partagé, de pouvoir jouer et être ensemble. Il a pu ainsi, à travers ses créations, déposer un bout de son vécu, explorer ses origines et son identité et transformer la matière en étant acteur. Durant tout le suivi, il était important pour A. de pouvoir prendre certaines de ses créations avec lui. Nous pouvons imaginer que les ruptures violentes qu'il avait vécues avaient fragilisé sa confiance dans le fait qu'il allait pouvoir y revenir et que ces choses lui appartenaient. Il amenait, par exemple, sa cage à hamster en classe, en thérapie et de retour en classe. Il utilisait clairement ses constructions comme objet transitionnel mais aussi comme objets avec lesquels il pouvait entrer en lien avec les autres. Lorsqu'il était à l'internat, ses objets occupaient sa chambre, comme témoins de l'espace thérapeutique et témoins de son vécu.

Lorsqu'il a quitté l'internat du CPT pour la structure de foyer, cette possibilité d'utiliser les créations comme objets de transition et comme moyens pour l'enfant de s'exprimer dans ses différents espaces de vie, est devenue plus compliquée à mettre en place. Les créations avaient tendance à se perdre. Néanmoins, des photos de chaque création étaient conservées. À la fin du suivi, un petit album photos de ses créations a été donné à A. pour qu'il puisse en avoir la trace. Concernant la prise en charge d'A., le travail se focalise sur le thème de la maison du « chez soi » et de manière plus large des contenants et des enveloppes. En transformant la matière (voiture qui devient camping-car) il transforme son vécu par la création. Il dépose dans cette création ses souhaits, ses envies, mais aussi son monde intérieur. La création et l'atelier de création deviennent un moyen et un espace où A. peut s'exprimer et trouver un terrain de jeu et créativité tel que décrit par Winnicott (17).

VIGNETTES CLINIQUES 2 ET 3 : M. ET S. ET LES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION INTERPERSONNELLES ET INTRA-INSTITUTIONNELLES

L'espace thérapeutique de l'art-thérapie permet de se réfugier dans un moment de crise mais aussi de transformer la crise en création. À ce sujet, M. est une enfant de 10 ans scolarisée au CPT. Elle est d'allure très timide et réservée et elle peut bouder, se renfermer, se montrer en opposition sans pouvoir mettre des mots sur son état psychique. Dans les moments de crise, quand les mots ne viennent pas, elle peut taper très fortement sur l'argile, la malaxant, la frappant, exprimant et externalisant son agressivité qui autrement resterait « bloquée » dans son corps. Ensuite, en s'appuyant sur l'étayage de l'art-thérapeute, elle peut commencer à interagir et transformer le bout d'argile en une tortue qui avec sa carapace peut faire face aux adversités.

Comment sensibiliser l'institution à faire recours à l'art-thérapie en temps de crise ?

L'intervention de l'art-thérapeute a été sollicitée dans la situation de S., 10 ans, qui a de la peine à s'apaiser dans les moments de frustrations et qui peut vite déborder au niveau émotionnel. Un travail par rapport à la gestion des émotions est fait de manière quotidienne par l'équipe éducative, mais il a été décidé de demander aussi l'aide de l'art-thérapeute pour construire une cabane à la demande de l'enfant. S. a en effet créé sa cabane en carton, elle l'a décorée à son goût et l'a mise dans sa chambre à l'internat. En amont de la crise, la cabane peut offrir un lieu pour apaiser la crise naissante chez S., elle se sent contenue et en sécurité. S. a beaucoup investi sa cabane, elle a voulu la montrer aux autres adultes, elle a pu mettre une serrure avec une clé sur la porte de la maison, faire une fenêtre qui reste toujours ouverte pour garder un contact avec l'extérieur quand elle en a envie. Les cabanes en carton prennent souvent beaucoup de place et cela peut devenir problématique pour l'équipe éducative car souvent les enfants sont en chambre double. Comment faire avec les autres enfants, en sachant que l'enjeu est que la cabane soit présente en cas de crise, mais que les autres enfants n'y aient pas forcément accès ? Comment rendre ce setting possible dans une institution ? Pour sensibiliser les équipes éducatives à faire recours à l'art-thérapie et aux créations des enfants en temps de crise, c'est important d'informer en amont les équipes. L'art-thérapie a été présentée aux équipes éducatives, avec des exemples, afin de sensibiliser les différents professionnels sur les objectifs de l'art-thérapie, pour les aider à concevoir ces « bouts de carton » comme une extension du monde de l'enfant qui permet à ce dernier de retrouver un apaisement. Plusieurs échanges et discussions avec les équipes éducatives ont été mis en place au cours de l'année scolaire pour prendre en compte leurs

difficultés au quotidien et les sensibiliser au travail de l'art-thérapie avec des exemples concrets de prise en charge.

CONCLUSION

À l'aide des cas cliniques d'enfants du Centre Psychothérapeutique, une réflexion plus large sur la possibilité d'utiliser les outils de l'art-thérapie en temps de crise a pu être développée. Nous avons vu comment elle peut être appropriée pour les enfants carencés, négligés, et qui présentent un excès de symptômes externalisés dans leur quête d'élaboration de leurs expériences, de leur identité, de leur espace symbolique et de leur place subjective dans l'espace imaginaire et réel. La transformation à travers la matière résonne avec la transformation de la crise en

opportunité thérapeutique. Dans les moments de crise, l'enfant peut se calmer à travers le contact avec la matière, en malaxant par exemple l'argile ou en allant se réfugier dans une cabane qui délimite un espace sécurisant autour de lui. La crise doit être contenue dans un premier temps au niveau sensoriel, au niveau du corps pour être seulement, dans un deuxième temps, intégrée au niveau psychique. L'enjeu qui subsiste actuellement consiste à réfléchir à comment régulariser cette approche dans les institutions à vocations et missions multiples pour le bien-être des enfants et comment faire reconnaître la complémentarité des différentes approches dans la thérapie institutionnelle.

Peut-on penser à un modèle d'intervention de crise en institution basé sur l'art-thérapie ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Engler AD, Sarpong KO, Van Horne BS, et al. A Systematic Review of Mental Health Disorders of Children in Foster Care. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022 ; **23**(1) : 255-264. <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>
2. Gypen L, Vanderfaillie J, De Maeyer S, et al. Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Children and Youth Services Review*. 2017; **76** : 74-83. <https://doi.org/10.1016/j.chydro.2017.02.035>
3. Garmezy N, Masten A. Chronic adversities. Dans : Rutter M, Herzov L, Taylor E directeurs. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford : Blackwell Scientific Publications ; 1994, 191 – 208.
4. Egeland B. The effects of trauma on the developmental process. Rochester, NY: University Press of Rochester ; 1997.
5. Egeland B. A longitudinal study of high risk families: Issues and findings. Dans : Starr RH, Wolfe DA directeurs. *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. New York : Guilford Press ; 1991, 33-56.
6. Carlson, EA. A prospective longitudinal study of attachment disorganization and disorientation. *Child Development*. 1998 ; **69** : 1107–1128.
7. Egeland B, Carlson EA. Attachment and psychopathology. Dans : Atkinson L, Goldberg S. *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers ; 2004, 27-48.
8. Dozier M, Stovall KC, Albus KE, et al. Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*. 2001 ; **72** : 1467–1477.
9. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2014 ; **23**(2) : 185-vii. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
10. Herman JL. Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1998 ; **52**(1) : 98-103.
11. Malchiodi CA. Creative interventions with traumatized children. *Creative arts and play therapy*. 2e éd. New York : Guilford Press ; 2015, 3-20.
12. Appleton V. Avenues of Hope: Art Therapy and the Resolution of Trauma. *Art Therapy*. 2001 ; **18**(1) : 6-13. DOI: 10.1080/07421656.2001.10129454
13. Gutierrez C. Effects of Art Therapy on Identify and self-Esteem in Adolescents in the foster care system. Dans : Berberian M, Davis B directeurs. *Art Therapy Practices for Resilient Youth*. New York : Routledge ; 2019, 241-255.
14. Coholic D, Lougheed S, Cadell S. Exploring the Helpfulness of Arts-Based Methods with Children Living in Foster Care. *Traumatology*. 2009 ; **15**(3) : 64–71. <https://doi.org/10.1177/1534765609341590>
15. Malchiodi CA. *Understanding children's drawings*. New York : Guilford Press ; 1998.
16. Klein J. L'art-thérapie ou : la création comme processus de transformation. *Perspectives Psy*. 2020 ; **59** : 395-396. <https://doi.org/10.1051/ppsy/202059395>
17. Winnicott D. *Jeu et réalité*. 2^e éd. Paris : Gallimard ; 1975, 127-161.
18. Malchiodi CA. *Art therapy and the brain*. *Handbook of art therapy*. New York : The Guilford Press ; 2003.
19. Siegel DJ. *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. 2e éd. New York : The Guilford Press ; 2012.
20. Perry BD. *Child maltreatment: A neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology*. Dans : Beauchaine T, Hinshaw S directeurs. *Child and Adolescent psychopathology*. Hoboken : Wiley and sons ; 2008, 93-128.
21. Perry BD. *Brain structure and function*. New York : N.W Norton & Company ; 2002.

LES AUTRICES :

Naomi MIDDELMANN, Sara URBINATI, Eléonore PONCE, Cecilia SALAUN, Olga SIDIROPOULOU

Centre Psychothérapeutique (CPT), SUPEA-CHUV
Chemin de Montétan 14, 1004 Lausanne (Suisse)
Naomi.Middelmann-Murray@chuv.ch

QUELS FILS D'ARIANE POUR SE RETROUVER, SE RENCONTRER ?

- Claire SOLHEID^{1,2}, Amandine BOES¹, Charline JASPERS¹, Haitham MOURAD¹ -

RÉSUMÉ - SUMMARY

Des changements importants ont été observés durant la pandémie au niveau du rythme de la prise en charge et au niveau de la relation entre le patient et le cadre institutionnel.

L'intégration de l'idée d'un projet de soins limité dans le temps semble difficile à réaliser tant pour le patient que pour le soignant.

Par ailleurs, la société d'aujourd'hui semble davantage imprégnée par une recherche de plaisir immédiat, une revendication de droits et de libertés avec une demande de soins adaptés à chaque situation. Ceci nécessite forcément un changement dans les méthodes de soins et dans leurs rythmes pour répondre à cette évolution.

Quels nouveaux fils conducteurs pour s'approprier ces changements, reprendre le fil du chemin ?

Comment notre clinique de thérapie institutionnelle peut-elle s'adapter, remettre des repères et baliser de nouvelles trajectoires mais surtout continuer d'appréhender la singularité de la rencontre ?

MOTS CLÉS: Cadre thérapeutique - Temporalité - Isomorphisme - Changement - Co-construction

WHICH « ARIADNE'S STRING » TO GET TOGETHER, TO ENCOUNTER AGAIN?

Major changes have been observed during the covid period and its aftermath in terms of intensity of care and the relationship between the patient and the institutionnel framework. Integrating the idea of a time-limite care plan seems difficult to achieve for both patient and caregiver.

Moreover, today's society seems to have been impregnated by the search for immediate pleasure, the claim for patient's rights and liberties with a request for appropriate care to every single case. This situation requires a change in care methodes and their paces to respond to this évolu-tion.

What new threads would help us to make these changes our own, to regain the pathway?

How could we adapt our institutional therapy, re-establish benchmarks, mark out new trajectories and above all, apprehend the singularity of the encounter?

KEY WORDS: Therapeutic framework - Temporality - Isomorphism - Change - Co-construction.

INTRODUCTION

L'IMPRESSION DE PERDRE LE FIL AU FIL DES CRISES

Pour comprendre l'histoire d'un projet, il est important d'en revenir à sa genèse. La fondation de notre hôpital de jour (HJ) se situe en mars 1995 dans un pavillon hospitalier. Il a d'abord accueilli des patients qui sortaient d'hospitalisation ou qui vivaient en habitations protégées. En 2000, l'HJ a été transféré à l'extérieur de l'enceinte de l'institution. À cette époque, l'encadrement thérapeutique se limitait à 2 infirmières, 1 infirmier en chef et 3 paramédicaux. Au fil des années, le nombre

de patients accueillis et le personnel encadrant n'ont cessé de croître. Après de nombreux changements et adaptations de part et d'autre, l'HJ est devenu Ka-dence et a déménagé dans un bâtiment rénové pour l'accueillir.

Le bébé « Ka-dence » est né le 1^{er} octobre 2019, avec un projet thérapeutique clair, une durée de soins limitée et une équipe pluridisciplinaire investie. Tout a été pensé pour que la prise en charge corresponde aux besoins des patients mais aussi à ceux de l'institution. Les prises en charge sont désormais réfléchies en fonction du diagnostic du patient (clinique de la dépendance, clinique de l'anxiо-dépression, clinique de la psychose et clinique du maintien).

Comme lors d'une naissance, l'idée fantasmée s'est rapidement confrontée à la réalité. L'HJ a dû faire face à diverses crises définies au niveau systémique comme « le moment d'instabilité où un changement devient possible (1) ».

La pandémie du Covid étant l'une des réalités auxquelles il a fallu s'adapter, l'HJ a cessé de recevoir les patients en présentiel, durant plus de trois mois. Le travail avec les patients s'est résumé à maintenir le lien au travers d'appels téléphoniques quotidiens. Face à la crise, l'équipe a redéfini un cadre de travail au cours duquel elle a réalisé des masques et des tabliers en tissu pour pallier la pénurie à laquelle les hôpitaux faisaient face.

Sur un second plan, la pénurie de personnel soignant demande à chacun de s'adapter au manque, d'être polyvalent, chacun s'essayant à différents rôles, au risque de perdre son identité professionnelle. Dans ce contexte, les possibilités de différenciation semblent impossibles. Or, pour Bowen Murray : « la santé mentale de l'individu est fonction de sa capacité à pouvoir se différencier (2) ».

Il y a également la crise liée à l'accueil de patients « en crise » en milieu ambulatoire. Les parcours psychiatriques sont loin d'être linéaires, ne passant pas tous par une hospitalisation complète avant l'entrée à Ka-dence. En effet, l'hôpital de jour devient régulièrement une porte d'entrée du milieu de soin, s'inscrivant ainsi comme un acteur de première ligne dans le réseau. Les mutations sociétales induisent l'émergence d'un public qui présente une symptomatologie dont l'état de crise est un symptôme en tant que tel.

Quoi ou qui que nous perdions, il s'agit toujours d'une rupture qui nous fait perdre le fil. Le mythe est mis en péril. Les équipes connaissent de vertigineux moments d'égarement où les objectifs de travail semblent s'enliser dans un indéchiffrable dédale de sens. Si l'on accepte que notre travail soit saturé de larges zones d'obscurité, on peut comparer ce monde mental à l'espace réel du labyrinthe, dont le mot même dit « l'enchevêtrement », la complexité et les innombrables voies sans issue...

LES SITUATIONS CLINIQUES QUI DONNENT DU FIL À RETORDRE

Le cadre thérapeutique est une frontière qui délimite un intérieur et un extérieur. Il énonce ce qui est admis et interdit ainsi que la manière dont sont traitées les informations. Il se définit par des critères précis tels que la durée, le lieu, la position des personnes, le rapport contractuel et la confidentialité. Le cadre est énoncé en début de processus et sera rappelé à plusieurs reprises. S'il est intégré, il permet de créer de l'alliance assurant une sécurité psychique. À défaut d'intériorisation ainsi que dans les moments de crise ou d'instabilité, il est

ré-explicité.

Suite à la crise du Covid, nous avons régulièrement réfléchi à notre cadre thérapeutique.

Nous avons notamment observé qu'il est difficile pour le patient de sortir du temps arrêté, d'intégrer l'idée d'une temporalité du processus. Par ailleurs, le patient adopte tantôt une posture de soumission au cadre, tantôt de revendication. Il oscille dans un mouvement dichotomique passant de la confusion avec le cadre à une confrontation dans laquelle il rejoue probablement d'autres dynamiques relationnelles.

Chaque situation clinique dans sa singularité mobilise l'équipe autour de questionnements divers. Comment mettre du sens sur la difficulté du patient à intérioriser les règles ? Comment se saisir des diverses attaques du cadre comme des leviers au service de la prise en charge ? Comment rester cohérent et sécurisant dans notre rôle, dans notre fonction de soignant, tout en restant ouvert à la différenciation, tout en restant en mouvement ?

Pour illustrer notre propos, nous avons choisi de présenter 3 vignettes cliniques qui ont mobilisé l'équipe par rapport à la question du cadre.

Nathalie : le réajustement du cadre



Il était une fois Nathalie (N.), 46 ans. Cela fait des années qu'elle multiplie les cures pour soigner son trouble d'usage d'alcool (TUA). Elle demande à fréquenter notre HJ car elle y voit un levier dans le maintien de son abstinence. Elle demande à travailler son estime d'elle-même.

L'équipe se mobilise pour soutenir son projet mais s'inquiète de ses fréquentes rechutes de consommations et de ses absences récurrentes.

Après questionnement, l'équipe et le médecin proposent à N. une postcure dans un autre centre. La patiente refuse catégoriquement.

Tant du côté de l'équipe que de celui de la patiente le symptôme alcool semble prendre toute la place.

Quelques jours plus tard N. évoque dans le cadre d'un entretien avec ses référents son souhait de ne plus participer au groupe « dépendance » qui la renvoie à son propre échec.

Cette nouvelle demande suscite débat au sein de l'équipe. Nous décidons d'organiser une réunion de concertation en présence de la patiente. La discussion débouche sur la décision de ne plus appréhender la problématique par le symptôme alcool. Par ailleurs, nous demandons à la patiente de faire en sorte que son TUA ne soit plus un frein à la prise en charge auquel cas nous y mettrions un terme.

Paradoxalement depuis ce jour, N. se montre plus investie, semble plus confiante. Elle note une amélioration de son estime d'elle-même et semble se responsabiliser davantage. Le TUA semble moins présent dans le discours mais aussi dans la vie de la patiente. Elle envisage une reprise de son activité professionnelle.

Cette prise en charge ne crée plus le débat entre les différents intervenants qui sont tous d'accord pour observer un changement significatif chez la patiente.

Quelques éléments de réflexion

Dans cette situation, l'alcoolisme de Madame avait « pris toute la place », au point que les tentatives de notre service pour répondre au problème « alcool » avaient peut-être et paradoxalement eu pour impact d'entretenir la dépendance de N. Comme le suggère Paul Watzlawick, « en faisant plus de la même chose, on s'étonne que, loin de parvenir au but souhaité, la solution aggrave le problème (3) ».

Autrement dit, tant que nous restions cantonnés dans une posture rigide, les comportements de la patiente se rigidifiaient également.

L'équipe et la patiente semblaient pris dans un jeu sans fin, essayant de provoquer un changement de l'intérieur, en répétant « du même ».

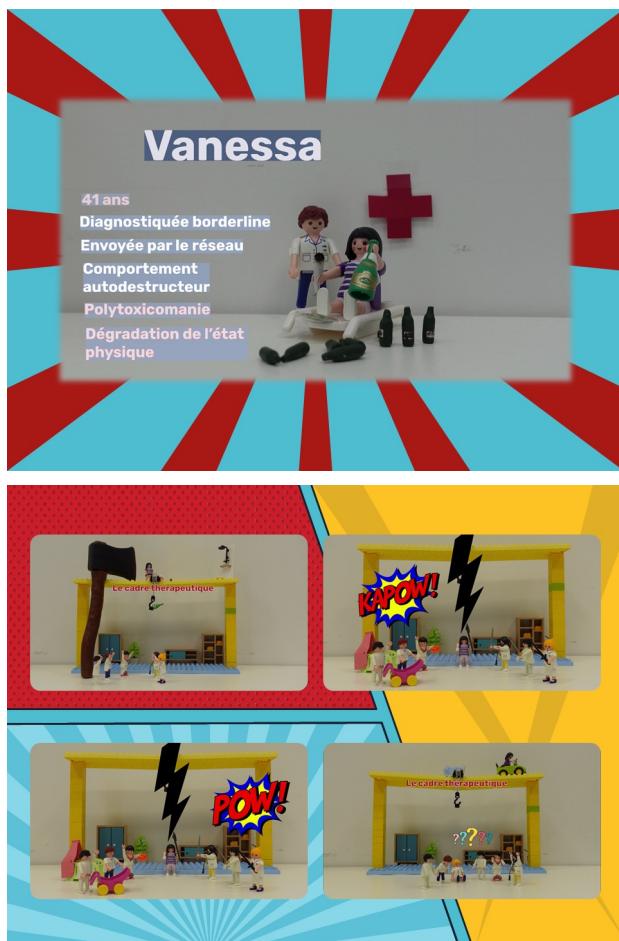
Au niveau des ressentis, l'équipe et la patiente finirent

par s'accorder, partageant les mêmes sentiments d'impuissance et de découragement.

Il aura été nécessaire que l'équipe prenne une position « méta » et sorte de son référentiel habituel.

« Un système ne peut engendrer de l'intérieur les conditions de son propre changement, il ne peut produire les règles qui lui permettraient de changer les règles (4) ».

Vanessa se joue du cadre



Il était une fois Vanessa (V.) 41ans. Elle intègre notre service sur l'insistance de l'équipe mobile qui l'accompagne depuis plusieurs mois. Elle se présente d'emblée comme suit : « j'ai été diagnostiquée Borderline. Je suis dépendante à peu près à tout. Tous les intervenants m'ont conseillé de venir, je suis réellement soulagée d'être là. Je suis convaincue que cela va m'aider ».

V. décrit un parcours d'autodestruction depuis l'adolescence. Celui-ci est jalonné de pertes. Elle semble peu ancrée et instable, tant d'un point de vue social que d'un point de vue émotionnel et affectif.

Elle consomme de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne. Ces comportements addictifs ont des répercussions sur sa santé physique (ulcères à répétition, présence d'ascite au niveau abdominal, œsophagite)

Actuellement, elle multiplie les intervenants autour d'elle.

Rapidement, la prise en charge de V. met l'équipe en difficulté suite à ses multiples transgressions du cadre (suspicion de consommation à l'intérieur du bâtiment, présentation en état d'ébriété, manque de responsabilisation par rapport à son état de santé physique, ...). Sa problématique clive l'équipe déchirée entre deux positions :

- « Elle a besoin d'aide, si on la laisse dans cet état, elle va mourir ».

- « Elle ne respecte rien, il y a lieu de la mettre dehors ».

Lors d'un entretien avec ses référents, l'équipe inquiète tente de maintenir l'alliance thérapeutique en formulant : « *il serait dommage d'en arriver à une situation telle que vos comportements ne nous laissent d'autre choix que de vous faire vivre l'expérience d'une rupture supplémentaire mais nous ne pouvons pas travailler sans vous* ».

Quelques semaines plus tard, nous perdons le contact avec la patiente qui ne se présente plus et ne répond plus à nos sollicitations téléphoniques.

Par la suite nous apprendrons par d'autres patients du groupe qu'elle était à l'initiative d'invitations alcoolisées et d'un trafic de médicaments dans l'enceinte de l'hôpital.

L'équipe se pose diverses questions.

- Avons-nous été trop cadrants ou trop laxistes ?
- Quel impact le contre transfert de l'équipe a-t-il eu sur la patiente ?
- Quel était finalement l'objet de la demande de la patiente ? Y avait-il une réelle demande ?
- Notre équipe n'a-t-elle pas réagi de manière isomorphe, répétant quelque chose de la vision clivée du monde de la patiente ?

Quelques éléments de réflexion

La notion d'isomorphisme rend compte de la tendance d'un individu à reconstruire autour de lui une constellation relationnelle relativement invariable. Il en découle le fait que les modalités de communication qu'il propose ne sont pas dues au hasard.

Selon L. Cancrini « *l'individu qui présente un fonctionnement borderline fonde ses émotions, ses vécus, ses comportements sur des représentations primitives de soi et de l'autre typiques de sa vie précoce (5)* ».

Son expérience la confronte alternativement à des objets totalement bons (qui nourrissent) et totalement mauvais (qui privent) et à deux représentations du Soi : celle triomphante de la toute puissance et celle

douloureuse et humiliante de l'impuissance. La caractéristique essentielle du fonctionnement borderline serait l'oscillation clivée entre ces états d'âmes opposés et les sentiments qui leur correspondent.

Cette oscillation généralement comportementale se manifeste dans la relation thérapeutique mais aussi dans toutes les relations importantes à ses yeux.

Dans la situation de V., l'équipe dans son mouvement contre-transférant, semble avoir inconsciemment et de manière isomorphe rejoué quelque chose de l'ordre du clivage de la patiente. Certains d'entre nous, en empathie avec la fragilité et la souffrance de la patiente, ont spontanément adopté une posture maternante. D'autres ont cherché à cadrer et à réprimer les comportements problématiques.

Ainsi que formulé, l'expérience et le ressenti de l'équipe face à cette patiente nous laissent en questionnement. Qu'aurions-nous pu mobiliser pour créer l'alliance thérapeutique ? Avons-nous suffisamment utilisé le contre-transfert pour dégager de nouvelles pistes de travail ? Ou encore avons-nous été instrumentalisés dans le cadre d'une demande dont le but premier était pour la patiente de réduire la pression mise par l'extérieur ?

Nous avons retenu cette dernière hypothèse pour expliquer la situation clinique en imaginant que la patiente était restée à l'extérieur du cadre thérapeutique et n'y était jamais vraiment entrée. Mais, cette hypothèse n'est-elle pas une manière de nous dédouaner, de nous mettre à distance, de nous protéger en tant qu'équipe pour continuer à exister ?

Michel : l'imposition du cadre



Il était une fois Michel (M.), 53 ans. Il arrive à l'hôpital de jour après un long parcours hospitalier dans diverses institutions. Il séjourne dans notre hôpital pour une cure de désintoxication à la cocaïne et à l'alcool. Il se présente avec une grande assurance et un côté



obséquieux. Il demande à maintenir son abstinence. Capable d'identifier le fonctionnement impulsif qui le met en difficulté dans sa vie sociale, affective et professionnelle, il questionne d'emblée la durée de prise en charge. Il est tiraillé entre son envie de travailler, de pouvoir à nouveau briller socialement, et la crainte qu'une sortie trop précipitée ne le fasse retomber dans son fonctionnement addictif. Dans le cadre d'entretiens psychologiques, il énonce clairement son besoin que nous l'aidions à maintenir le cadre qu'il s'est fixé. Il reconnaît avoir été, à plusieurs reprises, en difficulté face à l'autorité qu'il bafoue par la force. Monsieur a d'ailleurs des antécédents judiciaires liés à des accès de violences physiques.

Très rapidement, il va trianguler et faire alliance avec certaines personnes de l'équipe. Il cherche la faille dans le système afin de pouvoir s'y engouffrer. Lors d'une réunion d'équipe, il prévient qu'il sera, pour raison professionnelle, dans l'impossibilité de respecter la fréquentation prévue initialement car sa situation financière amplifierait son mal être et ses angoisses. Face à cette réalité, l'équipe est divisée : certains souhaitent maintenir le cadre pour lequel il nous a mandaté et d'autres craignent de perdre la confiance du patient en s'opposant à lui. L'équipe décide d'organiser une réunion en présence du patient, de l'équipe et de l'autorité médicale afin de lui renvoyer nos observations ainsi que les objectifs de travail pour lesquels il nous a mandatés.

Cette réunion permettra d'expliquer notre surprise par rapport à la manière dont il formule ses demandes et à la place qu'il laisse à l'autre dans l'espace d'une négociation. Le patient se reconnaîtra dans ces observations. Il lui sera proposé de s'engager à respecter le contrat de départ ou de clôturer sa prise en charge, l'équipe ne souhaitant en aucun cas rentrer dans un rapport de force. Finalement, le patient comprendra la position thérapeutique et continuera à fréquenter l'HJ comme convenu. Il demandera même par la suite à continuer au-delà de la durée prévue.

Cela lui sera refusé.

Quelques éléments de réflexion

Dans le cadre de cette situation, l'équipe a pris appui sur les défenses observées chez le patient pour maintenir l'alliance thérapeutique. D'emblée, le cadre - plus précisément la durée de la prise en charge - est remis en question par le patient.

Dans un premier temps, il aura été nécessaire de construire une relation humaine « sur un pied d'égalité ». L'engagement à respecter le cadre proposé était bien le projet du patient mais aussi une de ses difficultés principales à mettre en lien avec sa tendance à l'impulsivité et à l'acting out. Cette intervention a permis à M. de garder une place « d'acteur-demandeur ».

Sans avoir été mandaté par le patient lui-même pour l'aider à tenir, il nous aurait été difficile de l'accompagner sans risquer de rentrer dans un rapport de force.

LA NÉCESSITÉ DE CRÉER DE NOUVEAUX FILS CONDUCTEURS

Au fil des crises, beaucoup d'idées ont émergé avec pour objectif commun de rencontrer davantage le patient dans sa singularité et de rester au plus proche de la demande énoncée par le patient.

Le projet initial fantasmé qui proposait une prise en charge différenciée en fonction d'un diagnostic avait souvent tendance à focaliser sur la pathologie et offrait peu d'ouverture.

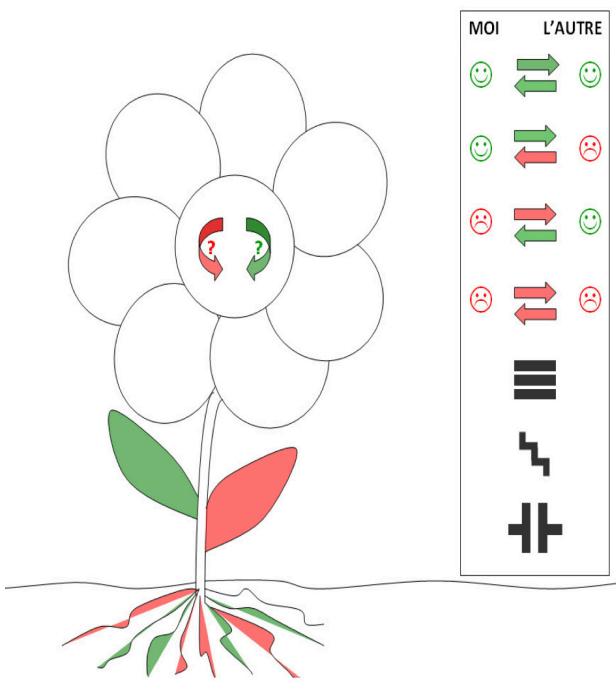
Lors d'une journée de réflexion, l'équipe thérapeutique a finalement opté pour l'abandon de modules basés sur le diagnostic au profit d'une prise en charge plus individualisée partant des besoins et des objectifs identifiés par le patient lui-même.

Notre réflexion nous a conduits à la mise en place de nouveaux ateliers, points de repères exposés ci-dessous.

1. LE GROUPE « AU FIL DU LIEN »

La plupart de nos patients éprouvent une difficulté à se définir en tant que sujet, à se différencier de l'autre. Dans le lien, ils passent sans discontinuité de la fusion à la rupture.

Le groupe « Au fil du lien » propose un exercice de symbolisation au travers la métaphore d'une fleur. Ce support est un matériel projectif visant à aider le patient à prendre conscience de sa part active dans la manière dont il investit la relation à l'autre et de la répétition de ces dynamiques dans différents systèmes relationnels.



Le cœur de la fleur symbolise le MOI. S'il n'est pas bien nourri, aucun pétalement ne pourra s'accrocher durablement. Les racines représentent le rapport au passé. La tige, illustre, l'environnement de la personne. Enfin, chaque pétalement ramène à un type particulier de relation (partenaire affectif, relation professionnelle, relation thérapeutique, ...).

Lors de cette activité, nous privilégions un cadre sécurisé et des « objets flottants (6) » (sculpting, photo-langage, boutons, chutes de tissus, ...) de manière à faire émerger certains contenus émotionnels jusque-là restés hors du champ de la conscience.

2. LA RÉUNION « FOCUS »

Comme son nom l'indique, la réunion « Focus » est une réunion de mise au point pour faire, avec le patient, le bilan de sa prise en charge. L'originalité de cette réunion systématisée pour chaque patient est qu'elle se tient en présence de ce dernier et de toute l'équipe pluridisciplinaire.

La systématisation officialisée de cette réunion en fait désormais un temps charnière dans le parcours du patient. Cette réunion permet tant pour l'équipe que pour le patient de clarifier les relations, les mouvements de personnes, les projets, les ressentis etc...

Cette réunion a pour fonction de remettre de la temporalité dans la prise en charge du patient mais est aussi un espace de ré-accordage entre le patient et l'équipe de soins.

3. LA RÉUNION COMMUNAUTAIRE

La réunion communautaire qui avait lieu de manière sporadique a été réinvestie. Outre le rappel du cadre thérapeutique et des règles du vivre ensemble, elle donne l'occasion au patient de questionner, de proposer, d'initier et ainsi de devenir co-acteur dans la recherche de solutions.

4. LE GROUPE « RETOUR VERS LE FUTUR »

C'est en fin de processus que le manque d'intégration de la temporalité de la prise en charge devient explicite ; les symptômes présentés à l'admission ressurgissent quand vient le moment de la séparation.

Le temps de l'après hôpital de jour semble pour beaucoup occulté, désinvesti.

En concertation avec les patients a émergé l'idée d'un groupe « Retour vers le futur », dont les objectifs sont les suivants : renforcer les ressources individuelles et collectives, favoriser l'empowerment, faciliter la projection vers l'après hospitalisation par le témoignage d'anciens patients, ritualiser le moment de la séparation, améliorer la connaissance du réseau extérieur.

CONCLUSION

UN FIL D'ARIANE EN FILIGRANE EN GUISE DE DENOUEMENT

Ariane, princesse de l'île de Crète et fille du roi Minos fut séduite par Thésée. Il proposa de l'épouser après avoir tué le minotaure enfermé dans un labyrinthe (7). Afin de l'aider à retrouver le chemin de sortie du labyrinthe, Ariane lui confia son fil rouge.

Les situations complexes et enchevêtrées auxquelles nous sommes confrontés dans notre cadre professionnel nous ramènent métaphoriquement au labyrinthe, avec ses impasses et son impression d'égarement.

À l'instar d'un Minotaure, les situations de crises nous mettent par moment sous tension, en insécurité.

L'équipe soignante et le patient s'allient pour chercher une issue, pour ouvrir de nouvelles pistes.

Mais quel est le fil ? Sur quels repères s'appuyer pour donner l'impulsion d'un mouvement balisant de nouvelles trajectoires ?

Notre cadre thérapeutique semble avoir plus que jamais fonction de point d'appui, de fil rouge. Comme le dit si bien Alfredo Zenoni : « *l'institution est premièrement un refuge, une mise à distance de cet insoutenable du lien*

social qui met à mal le sujet. La vie en commun permet un premier traitement par sa dimension d'accueil sous la forme d'un lien social protégé (8) ».

L'expérience post-covid, nous invite à reprendre conscience de la nécessité de réfléchir à la notion de cadre. Nous rêvons pour le futur d'un cadre à la fois solide et souple, d'un cadre qui puisse tenir compte de ce qui se joue dans le moment présent, d'un cadre sécurisant mais restant ouvert sur l'extérieur. Surtout, nous rêvons d'un cadre co-construit qui implique le patient de manière concrète et qui ne se résume pas à une perche tendue par l'un à l'autre sans tenir compte de ce qui se joue dans l'espace de la relation, d'un cadre qui s'autorise à se réinventer continuellement.

En définitive, n'est-ce pas au sujet de montrer l'usage qu'il fait de l'institution, ce à quoi elle lui sert et non l'inverse ?

La préparation de ce colloque nous a donné l'opportunité d'un temps d'arrêt, d'une sortie du temps de la prise en charge pour nous imprégner du fait que l'expérience nous construit, bouscule en permanence ce que ne croyons savoir et nous remet continuellement en chantier.

En acceptant de s'écartez du projet idéalisé, l'équipe soignante découvre une évolution de ses représentations, de son mode d'interaction et de son approche thérapeutique.

Le fait de passer par l'étape de la symbolisation grâce aux jeux et de ritualiser a permis à l'équipe et aux patients de prendre le petit recul nécessaire à l'émergence d'autres lectures du soin.

Enfin, c'est en prenant en compte ce qui se joue dans le relationnel avec nos patients, dans la singularité de chaque rencontre, que nous pouvons chercher un sens, une direction.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ausloos G. Eduquer et soigner en équipe. 2^e éd. Montréal : De boeck ; 2017, 13-16.
2. Murray B. La différenciation du soi : les triangles et les systèmes émotifs. 2^e éd. Paris : ESF ; 1999, 84.
3. Watzlawick P, Weakland J, Fish R. Changements, paradoxes et psychothérapies. Paris : Seuil ; 1975, 50.
4. Watzlawick P, Weakland J, Fish R. Changements, paradoxes et psychothérapies. Paris : Seuil ; 1975, 42.
5. Cancrini L. L'Océan Borderline. Paris : de boeck ; 2009, 32.
6. Caillé P, Rey Y. Les objets flottants : Méthodes d'entretiens systémiques. Paris : Fabert ; 2017
7. Vatin C. Ariane et Dionysos. Un mythe de l'amour conjugal. Paris : Presses de l'ENS Ulm ; 2004.
8. Zenoni A. Le symptôme et le lien social. Mental. 2006 ; 17 : 127-132.

LES AUTEURS :

Claire SOLHEID, Amandine BOES, Charline JASPERS, Haitham MOURAD

Hôpital de jour « Ka-dence », CHS l'Accueil de Lierneux, ISOSL
Rue du Doyard 15, 4990 Lierneux (Belgique)
c.solheid@isosl.be

SYNTHÈSE DU COLLOQUE

- Professeur Jean-Marc TRIFFAUX -

Mon cher Ludovic,
Chères participantes, chers participants,

Au terme de ce colloque exceptionnel, il me revient tout d'abord de remercier très chaleureusement Ludovic et toute son équipe organisatrice. La sympathie de leur accueil et le professionnalisme de leur organisation nous ont permis de vivre pour la 50^{ème} fois de notre histoire un colloque historique, perpétuant ainsi, la tradition du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.

Grâce au dynamisme de Ludovic Gicquel et à sa participation active dans notre association, le pilier français du Groupement est efficacement redynamisé.

De toute évidence, le succès de ce colloque témoigne que le feu a pu être préservé pour reprendre la citation de Jean Jaurès que nous a rappelée Muriel Reboh-Serero à Liège l'année passée : « *la tradition n'est pas le culte des cendres, mais la préservation du feu* ».

Le programme diversifié que Ludovic nous a offert ainsi que la qualité de vos interactions au cours des différents ateliers auront une fois de plus été particulièrement enrichissants. Chacun d'entre nous rentrera sans aucun doute transformé et équipé de nouvelles idées pour aborder sa pratique professionnelle.

Gisèle Apter a commencé son exposé en nous disant d'emblée : « *il n'y a que les bébés qui m'intéressent, dès leur conception, c'est-à-dire dans le ventre de leur mère...* ». Elle nous a fait part de son engagement inconditionnel et nous a démontré tout l'intérêt à prendre en charge les traumas et les facteurs de stress pendant la grossesse. Créer un réseau autour de la femme enceinte et de son futur enfant, afin de favoriser une prise en charge avant et autour de la naissance, devrait rester une priorité en Santé Mentale. Ses travaux de recherche, sa pratique clinique et sa connaissance pointue de la périnatalité l'ont incitée à développer concrètement des environnements sûres propices à l'accueil de pandas, de kangourous et d'oursons...

Elle nous a démontré, études scientifiques à l'appui, que si l'environnement était plus fort que les gènes chez les rongeurs, il en était probablement ainsi chez les humains.

Avec Jean Van Hemelrijck, c'est dans un climat d'humour contagieux, dont il est le seul à avoir le secret, qu'il nous a réunis autour du thème de notre colloque.

Avec lui, nous sommes restés dans un premier temps

proche de la périnatalité, en écoutant la description d'un de ses premiers entretiens cliniques avec une dame adulte qui ne cessait de lui répéter : « *ze ne veut pas naître ...* ».

Bien que complètement démunie dans un premier temps par la souffrance de cette dame, il réussit à l'écouter dans ses points forts, dans ses métaphores, dans son indéchiffrable. Cette écoute attentive et bienveillante permet à cette patiente de se re-compenser psychiquement et de se restaurer dans sa subjectivité.

Aucune version même des plus sophistiquées de chat GPT ne pourra jamais atteindre un tel résultat...

Il a ensuite attiré notre attention sur trois dangers qui menacent dangereusement notre humanité :

- ◆ *l'arithmétique de l'homme* qui risque de le réduire à un objet chiffrable, faisant l'impasse sur son côté, intrinsèquement indéchiffrable, c'est-à-dire son inconscient,
- ◆ *la compression du temps* où « *l'instant présent* » se réduirait à un « *instant compact* », faisant fi de toutes références au passé et au futur,
- ◆ *la dissolution des certitudes* qui entraînerait la perte des points de repères constitutifs de notre Histoire.

La citation célèbre du philosophe George Santayana, reprise ensuite par W. Churchill, « *ceux qui ne peuvent se rappeler le passé sont condamnés à le répéter* », résonnerait alors comme une prophétie brûlante d'actualité...

Grâce au concept d'*isomorphisme* qui lui est cher, il nous a rappelé que toutes les agressions et les dysfonctionnements qui frappent les institutions sont les mêmes désordres que ceux qui ont atteint les patients qui nous consultent.

Je ne peux m'empêcher de faire ici le lien avec une citation de François Tosquelles : « *les fous qu'on met dans les hôpitaux psychiatriques, c'est des types qui ratent leur folie. L'important de l'homme, c'est de réussir sa folie...* » (François Tosquelles à Cécile Hamsy, octobre 1985).

Avec Bernard Hunziker, ce fut l'invitation au voyage. Nous sommes partis en Chine en partant des anagrammes chinoises où le terme « *crise* » véhicule deux signifiants qui se côtoient simultanément : danger /opportunité. Il nous a plongé ensuite dans le fameux « *Livre des Mutations* » *Yi King*, issu des pratiques

divinatoires de l'Antiquité chinoise. Cet outil permet d'analyser les lignes de force qui sous-tendent nos comportements et le monde dans lequel nous vivons. Dans le monde que nous traversons, cet ouvrage de sagesse ancestrale pourrait certes s'avérer bien utile au moment où le concept de Crise semble avoir définitivement laissé place à celui de Polycrise.

Ce profond « *Malêtre de la civilisation* », décrit par René Kaës, a déjà été anticipé par le philosophe italien, Antonio Gramsci, à la fin de la deuxième guerre mondiale : « *la crise, c'est quand le vieux monde se meurt et que le nouveau tarde à apparaître. Dans ce clair-obscur surgissent les monstres et les phénomènes morbides les plus variés* ».

Si, parmi les nouvelles générations, les jeunes que l'on considère désormais comme des « mutants », les modèles d'autorité paternelle, d'hiérarchie, de soumission à l'autorité ne font plus partie de leurs valeurs, écoutons attentivement ce qu'ils ont à nous apprendre sans renoncer pour autant aux processus de transmission de notre Histoire.

Il est de notre responsabilité, en tant que « moins jeunes », adultes, enseignants, parents, grands-parents, soignants..., d'assumer notre fonction de « courroie de transmission ».

Je terminerai enfin par une citation de Winnicott :

« *Il est vrai que les gens passent leur vie à porter le réverbère sur lequel ils s'appuient, mais quelque part au commencement il doit y avoir un réverbère qui tient tout seul, sinon il n'y a pas d'introjection de la fiabilité...* »

Le processus de subjectivation reste intrinsèquement lié à la qualité de nos interactions sociales.

En attendant notre prochaine rencontre à Vevey les 15 et 16/11/2024, une formule me vient à l'esprit qui pourrait nous s'inspirer...

C'est le Groupe qui fait l'Homme...

L'AUTEUR :

Professeur Jean-Marc TRIFFAUX

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

ARGUMENT DU COLLOQUE 2024 - VEVEY

Hôpital de jour avec fin, hôpital de jour sans fin

- Professeur Philippe Rey-Bellet -

Nos sociétés contemporaines préoccupées d'efficience, de mesures ou de contrôle, nous confrontent constamment à un questionnement sur le temps. Pressé 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 51ème 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.

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

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

1998-2024

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

Hors-Série - Octobre 2022 - Numéro du cinquantenaire : Ecouteons 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 2025 seront soumis à l'adresse mail suivante : philippe.reybellet@nant.ch

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 31 décembre 2024** suivant le Colloque à l'adresse

mail de l'organisateur local du colloque 2024 : philippe.reybellet@nant.ch

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.biium.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**

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 : ghpsy@hjulacle.be

Vice-Président français

Docteur Jean-Yves COZIC
CHU de Brest
Hôpital de Bohars
Route de Ploudalmézeau
29820 Bohars - France
Téléphone : 33 (0) 2 98 01 51 09
Courriel : jean-yves.cozic@chu-brest.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

Docteur P. ALARY	Urcuit
Professeur J. BERTRAND	Liège
Docteur H. BORREMANS	Bruxelles
Docteur M. CANDELAS	Bruxelles
Professeur E. CONSTANT	Glain
Docteur J.-Y. COZIC	Brest
Docteur J.-B. DESERT	Liège
Monsieur B. HUNZIKER	Lausanne
Professeur Y. KHAZAAL	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	Theulain
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

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR PSYCHIATRIQUES - ASBL -

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.ghpsy.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.

© 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
- Novembre 2024 - Liège
BELGIQUE

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

Rédacteur en chef de la Revue 2024
Prof. J.-M. TRIFFAUX, Liège

**Rédacteurs en chef adjoints de la Revue
2024**

Mr. J.-P. LECLERCQ, Thieulain
Dr. A. VERNET, Bourges

Comité éditorial de la Revue 2024

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.

