

L'HÔPITAL DE JOUR : THEATRE D'AVANT-GARDE D'UNE PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE EN MOUVEMENT

Tineke THIELS

Assistante en psychiatrie

Jean-Marc TRIFFAUX

Psychiatre Chef de service

Davy WEBER

Ergothérapeute

Michel VOOS

Psychologue clinicien

*Hôpital de Jour Universitaire "La Clé"
bd de la Constitution, 153 - B - 4000 Liège
Belgique*

Résumé

Dans cet article, nous nous sommes réinterrogés sur l'évolution de la psychothérapie institutionnelle dans notre hôpital de jour se caractérisant par une prise en charge intensive pendant de courts séjours. Tout en soulignant l'importance de l'aspect psychanalytique et sociologique, nous insistons surtout sur la notion systémique de milieu thérapeutique avec ses 3 instances : l'éthique, les représentations et surtout l'ambiance. L'ambiance, ou le monde du sentir, détermine les inter-relations et influence en permanence le système (patients et équipe), au travers des mouvements de proximité et de distance. Une analyse permanente du système entier est importante pour comprendre les interactions humaines complexes qui se jouent et se rejouent dans le microcosme hospitalier.

Summary

Dayhospital : « avantgarde » theater of an always changing institutional psychotherapy?

In our article, we try to understand why we have results with institutional psychotherapy in our dayhospital, "La Clé".

We'll underline the importance of the psychoanalytic and sociological aspects, but we'll emphasize particularly the systemic concept of "psychotherapeutic environment" with his 3 instances of ethics, representations and above all "atmosphere". The atmosphere, or the world of feeling, determines the inter-relationships and influences permanently the system (patients and team), what can be explained by the concepts of proximity and distance. An analysis of the whole system is important so that the team can be neutral and can question himself for being therapeutic.

Mots clés : Hôpital de jour, psychothérapie institutionnelle, ambiance, aspect psychanalytique, aspect sociologique.

Keywords : Dayhospital, institutional psychotherapy, atmosphere, psychoanalytic part, sociological part.

INTRODUCTION

Dans un premier temps, nous avons tenté de redéfinir ce qu'est la psychothérapie institutionnelle à l'heure actuelle. Nous n'avons pas trouvé de défini-

tion simple. J. Oury dans un des ses séminaires disait « qu'il ne savait toujours pas ce qu'est la psychothérapie institutionnelle ». (12)

Minard et Castera, en évoquant la psychothérapie institutionnelle, citent Horace Torubbia : « *si ça marche, en parlant de la psychothérapie institutionnelle, c'est parce qu'on était une vraie bande de copains, avec tout ce que ça comporte d'amour, d'amitié, de violence, de tendresse, de conflits, de brouilles et de rabibochages* ». Ensuite ils nomment d'autres aspects importants liés à la psychothérapie institutionnelle : la lutte contre l'aliénation, la relation soignant-soigné, une théorie toujours en mouvement, le début de la psychiatrie de secour, ... (11)

Mais alors, c'est quoi la psychothérapie institutionnelle et comment fonctionne-t-elle ?

La psychothérapie institutionnelle

C'est Georges Daumezon qui a introduit le terme de psychothérapie institutionnelle en 1952. Il insistait surtout sur l'importance du volet social. Par rapport à la facette psychanalytique il a gardé une position très ambivalente. D'un séminaire à l'autre il tenait des discours différents en accentuant par moment l'importance de l'aspect psychanalytique puis, à d'autres moments, en minimisant son impact (3).

La théorie psychanalytique était utilisée comme référence et adaptée à l'aspect groupal de l'institution, où la majorité des patients étaient des malades psychotiques. « *Le schizophrène est ou était le maître de la psychothérapie institutionnelle.* » (3)

Actuellement les institutions psychiatriques ne sont plus seulement préconisées pour des prises en charges de schizophrènes, mais également pour bien d'autres pathologies psychiatriques.

C'est surtout Tosquelles qui lança l'idée de la psychothérapie institutionnelle avec ses 2 "jambes" (une analytique, une sociologique) (10). Une première jambe est basée sur les concepts psychanalytiques et la deuxième jambe est décrite ainsi : « *nous avons à travailler au niveau des institutions, donc des groupements et dans des appareils sociaux qui sont liés, qui sont conditionnés, qui sont soutenus et souvent rendus peu plastiques par des structures socio-économiques contraignantes qui les dépassent.* » (19)

Il compare cette dyade au mouvement des "jambes". « *Si nous avançons d'une "jambe", il faut que l'autre suive. Si on veut marcher, pour que la première "jambe" ose se projeter dans le vide, tout le corps prend appui sur l'autre "jambe", et ainsi alternativement.* » (19)

Chacun des thérapeutes de l'école de psychothérapie institutionnelle a ses particularités, mais tous ont une vision en commun « *une création d'un lieu de vie qui articule une action d'inspiration psychanalytique centrée sur le patient avec une gestion permanente du milieu de vie* ». (3) Dans ce cadre, l'importance est donnée à la satisfaction des be-

soins des patients, ainsi que la qualité de contact avec les soignants, tout au long de la journée.

La "jambe" psychanalytique

« *Il ne suffit pas de faire entrer un psychanalyste, ni même un bataillon de psychanalystes, mais la psychanalyse comme un fait de culture pénétrant tous les rouages de cette microsociété, y compris sous ses aspects socio-économiques et gestionnaires.* » (3)

Il faut en effet rester prudent lorsque des concepts analytiques sont utilisés en dehors d'une thérapie individuelle, et il est important que le milieu soit bien structuré et travaillé pour pouvoir permettre l'usage de l'approche psychanalytique sur la trame de la vie quotidienne. Les concepts fondamentaux de la psychanalyse dont on doit tenir compte sont le transfert, l'inconscient, la répétition, la pulsion. (2)

Benoît Dalle a détaillé l'aspect du transfert chez les psychotiques. (7) Le psychotique ne va pas transférer sur une personne. « *Il existe chez eux un rapport objectal particulier, qui fait que la personne vivra des investissements transférentiels partiels, de divers ordres sur des personnes, des choses, des espaces, à cause des clivages pathologiques* » (6).

Le malade peut diffuser et multiplier ses réactions transférentielles sur les différentes personnes de l'équipe. Le transfert s'organise des 2 côtés, aussi bien du côté des malades, que des soignants. « *Le transfert peut être pris comme un artéfact à éliminer ou à prendre comme support des soins. C'est l'effet d'une goutte d'huile ou d'un grain de sable dans la machine institutionnelle.* » (18)

Dans la vie institutionnelle nous constatons surtout 2 types de transfert, un premier qui est un investissement narcissique de l'objet et un deuxième qui est un investissement sadomasochique. La première variante est surtout basée sur la séduction, tandis que la deuxième joue plus sur la destructivité qui doit être repérée, sans vouloir absolument l'effacer. Il existe également un mélange des deux, où nous remarquons des mouvements clivés de séduction et de sadomasochisme. Ce dernier risque cependant de faire éclater l'institution. (4)

Le service est un microcosme et pour qu'il soit thérapeutique, il doit donner à chaque malade la possibilité d'investir ses conflits. Il doit fournir des occasions prenantes d'identification et de transfert. (9)

« *L'institution sera psychothérapeutique dans la mesure où les drames de la vie mentale du sujet vont s'y rejouer avec les soignants, qui l'accueillent, soignants préparés à y répondre par une attitude réfléchie et en principe plus ouverte que dans le milieu habituel.* » (1)

La "jambe" sociale

À côté de cette approche analytique, il est également important de prendre en compte les éléments de la vie quotidienne.

La "jambe" sociale, selon Sivadon est surtout centrée sur la visée réadaptative et rééducative par le travail et la réinsertion sociale des malades. La sociothérapie consiste en des activités de groupe organisées pour les malades dans un but d'occupation, réadaptation au travail, amélioration et restauration de la communication (clubs thérapeutiques, ergo, activités culturelles, exercices physiques, discussions,...)(17)

Elle consiste en des activités de jeux, des activités sportives en vue de la rééducation corporelle, de l'ergothérapie, qui vise à une réintégration socioprofessionnelle. Par étapes successives, le malade assume des tâches de difficulté progressive.

Sivadon distingue, en ce qui concerne l'ergothérapie, 3 niveaux fonctionnels dans la prise en charge ergothérapeutique : biologique, psychologique et social.(16)

Bilan des 2 "jambes" en mouvement

Ces 2 "jambes" sont donc doublement articulées dans la psychothérapie institutionnelle.

La pratique psychanalytique, qui vise l'accession de la personne au monde des valeurs, des normes et de la loi, s'inscrit donc dans le milieu de vie aux contours flous.

Chaque auteur de l'école de la psychothérapie institutionnelle privilégie l'une ou l'autre manière d'exister dans le milieu. Le milieu constituera le climat psychothérapeutique.

Le milieu psychothérapeutique

Dans la notion de milieu psychothérapeutique on retrouve 3 instances, qui ont été développées par les systémiciens (10), l'ambiance, l'éthique et les représentations.

Souvent le registre du sentir et de l'ambiance (c.à.d. du milieu affectif), est oublié et défavorisé par rapport aux notions de perception, (c.à.d. les événements, les interactions, l'élaboration des lois, des valeurs et des normes) ainsi que par rapport à la notion de connaissance (c.à.d. la théorie explicative de la maladie et du traitement).

L'ensemble des 3 instances peut être comparé à une pièce de théâtre.

« L'éthique est analogue à une pièce de théâtre : les acteurs mettent en scène le scénario qui a été pensé et écrit (niveau de la représentation) et ils suscitent des émotions en créant des ambiances qui englobent autant les acteurs que les spectateurs » (10).

Quand nous apprécions une pièce de théâtre, souvent ce sont les émotions qu'elle évoque en nous, l'ambiance créée qui nous touche le plus, et qui fait que la pièce nous semble réussie.

Dans un milieu psychothérapeutique, il y a donc l'ambiance du groupe, qui prend une grande place. C'est dans la qualité des relations que l'on trouve la force d'un changement. Les soignants et les soignés adhèrent à l'éthique, c.à.d. aux valeurs, aux normes et aux lois de leur groupe. Dans l'institution il y a un passage obligatoire de la relation duelle à la relation

triangulaire dû à l'introduction de la loi, de l'éthique. P. ALARY le rappelle de la manière suivante : *« il faut le répéter : la nécessaire reconnaissance de l'autre, implicite de la relation thérapeutique, passe par un certain nombre de règles dont le patient va progressivement prendre la mesure. Il est une limite à mettre aux droits des patients, c'est celle de la libre jouissance qui est insupportable, car elle ne conduit, au fond, qu'à la mort, symbolique ou réelle »*(1).

Les patients sont confrontés aux exigences du contexte, qui s'établit autour des représentations qui ont soit une origine interne, (les croyances, qui se réfèrent aux connaissances que le collectif a de lui-même) soit une origine externe, (le savoir scientifique, la connaissance). Nous mettons donc fort l'accent sur la notion de l'ambiance dans la réussite de la thérapie institutionnelle.

L'ambiance

L'ambiance comprend la communication basale, les affects et les émotions, le contact. L'optique où le projet du malade se trouve au centre d'intérêt de tous, doit être encouragée. C'est le climat qui règne dans le système, qui détermine les inter-relations. Si les membres du personnel s'entendent bien et s'il y a une harmonie dans l'équipe, les patients le ressentent et ceci est la meilleure base de chaque milieu. C'est surtout au cours des réunions d'équipe, que l'équipe se ressource et remet en question l'ambiance dans le groupe, pas seulement entre collègues, mais également avec les patients. C'est l'ambiance qui va aider la personne à vivre pleinement sa panoplie d'émotions, puisque le patient sera intégré dans le milieu de vie, où il sera confronté à tous les aspects du contact. L'ambiance l'aidera à apprendre à se réapproprier ses affects.

Tosquelles insiste sur les notions de proximité et de distance, qui créent l'ambiance. Les intervenants doivent trouver un juste milieu entre les 2, entre lesquels ils pourraient osciller sans trop aller dans une direction. (19).

L'ambiance peut être comparée à l'humeur, toutes deux sont une première manière d'exister avec le monde qui nous entoure et une première manière de communiquer, puisqu'il s'agit avant tout d'éprouver une qualité de contact liant un sujet avec son environnement.

« C'est dans le monde du sentir, selon Straus Erwin, que prend naissance l'humeur d'une personne, ainsi que l'ambiance familiale »(10). *« Dans ce monde de base, tout s'éprouve. On ressent de la sympathie et de l'antipathie, de la fusion et de l'abandon, de la joie et de la tristesse, de l'amour et du ressentiment, ce qui englobe le monde du proche et du lointain »*. Toute notre vie consiste en différents passages d'un mode de contact à un autre, avec les émotions qui fluctuent. C'est la succession de ces passages qui font que l'on reste en mouvement. Ce mouvement est indispensable pour ne pas stagner dans un mode de contacts extrêmes.

Nous pouvons éprouver différents contacts avec notre entourage, qui expriment l'ensemble de notre répertoire des émotions. Dans l'ambiance familiale ou de n'importe quel système, les systémiciens pensent que les contacts qui y ont lieu, forment un cycle qui détermine le rythme du mouvement de l'ambiance en quatre grandes tendances. À l'une extrémité, on retrouve la fusion ou un contact symbiotique, à l'autre extrémité, il y a rupture de contact. Deux autres tendances font le lien entre ces deux pôles opposés. Il y a la tendance vers le désaccord et la tendance vers l'accord.

Dans la fusion, on ressent une ambiance chaude et proche, qui crée un sentiment d'appartenance entre tous les membres de la famille ou du groupe. Mais cette ambiance fusionnelle amène en même temps un risque que les personnes se sentent absorbées dans le groupe et envahies et qu'ils n'aient plus la possibilité de vivre leur propre identité et de se différencier les uns par rapports aux autres. Ceci peut entraîner une envie de prendre ses distances et de rompre avec cette fusion. Cette phase correspond à la tendance vers le désaccord.

Après cette phase, on peut aboutir à une rupture de contact avec une ambiance très froide. Le milieu familial ou du groupe devient alors hostile et les personnes sont méfiantes et ont peu de contacts et ont l'impression de devenir des étrangers.

Mais dans cette phase les personnes aspirent à une remise en contact avec une restauration de la tendance unitaire. Ceci est la tendance vers l'accord.

Dans tous les systèmes, groupes et familles nous retrouvons ce cycle d'ambiance. Tout le monde éprouve les différentes émotions, selon sa façon d'entrer en contact avec les autres. Chaque groupe traverse ce cycle à sa façon, qui, à chaque fois, est une façon originale et qui détermine le rythme qui caractérise la famille ou le groupe. Ce rythme dépend du mouvement et ainsi de la vitesse avec laquelle on parcourt les différentes phases. On peut parfois stagner davantage dans une ambiance ou passer plus vite par une autre.

Ce mouvement continu à travers ces différentes phases est primordial pour l'existence de l'ambiance. Quand nous pensons à quelqu'un, souvent la première chose qui nous vient à l'esprit est son style, sa façon d'entrer en contact. On est d'abord tenté de penser aux émotions qu'elle évoque et à l'ambiance. C'est là que la communication humaine de base a lieu. L'importance dans cette communication n'est pas de transmettre un message vers l'extérieur, mais plutôt de pouvoir communiquer dans le groupe ou dans la famille.

«L'ambiance est donc le lieu du proto-apprentissage de l'interrelation et du discours qui exprimera les croyances familiales. Si la famille possède la capacité de communiquer, elle est capable d'entrer en contact avec les autres (voisinage, parentés, institution) pour former avec eux une plus large ambiance.»(10)

Cette idée générale de milieu thérapeutique s'applique autant à l'institution thérapeutique qu'au milieu familial et elle pourrait être considérée comme une référence commune permettant d'établir des correspondances pertinentes entre des milieux très différents. L'importance c'est de pouvoir tenir compte de l'ambiance dans laquelle le patient vit avec son entourage, ce qu'il reproduit éventuellement dans le centre, mais également les ambiances vécues par l'équipe dans les relations entre collègues, ainsi qu'avec les patients.

Importance d'analyse du système

Selon Racamier, on ne sait pas séparer la psychanalyse de la vie quotidienne. *«C'est l'institution tout entière, c'est à dire l'ensemble organisé de l'équipe traitante et des malades en un ou plusieurs dispositifs différenciés, c'est l'ensemble même qui doit être constamment étudié, analysé, orienté, voire même soigné.»*(13) Déjà H. Simon disait : *«pour soigner les malades, il faut soigner l'hôpital.»* (15)

Là, on rejoint Tosquelles qui propose d'inventer une analyse relationnelle, sociologique et structurale du microcosme hospitalier. Il est indispensable de créer des organes d'analyse permanente, il ne suffit pas de le contrôler une fois, il faut tout le temps le remettre en question (3). Yves Racine remarque que cette analyse institutionnelle aide à détecter et lever les obstacles à une libre circulation de l'information entre des personnages supports de transfert. JC (14). Benoît *«réalise un traitement du milieu soignant, en demeurant très attentif au repérage des conduites pathologiques, liées au contexte et aux fausses manoeuvres de l'entourage, y compris l'équipe soignante et accorde une place prédominante à la parole.»*(5) Il peut y avoir des réponses inadéquates de l'institution aux symptômes du malade, comme par exemple une surprotection qui implique une régression du patient, un morcellement des équipes qui donne un morcellement vécu du malade, une attitude trop rigide qui fait que l'institution prend l'allure d'un **sur-moi** intolérant et culpabilisant, ou une attitude d'indifférence qui augmente l'autisme des patients.

La valeur psychothérapeutique repose sur l'harmonie entre les soignants, où les décisions sont prises en commun, l'information circule librement via des réunions d'équipe, où l'on trouve une référence à des règles souples, qui se situent plus proches du **moi**, que du **sur-moi**. Il n'y a pas de consensus utopique, débarrassé de toutes les oppositions, mais création d'une libre expression des conflits insérée dans la dynamique institutionnelle.

Oury, comme d'autres, préconise un système bifocal. *«Il est insurmontable d'assumer à la fois une fonction de chef et à la fois une fonction de psychothérapeute.»* (7). Celui qui exerce une fonction d'autorité sur la structure des soins d'un patient ne peut être son thérapeute (7,8).

«L'institution n'est ni bonne, ni mauvaise, mais elle réalise un cadre, un contenant, voire un conteneur»(3).

LE FONCTIONNEMENT DE NOTRE HOPITAL DE JOUR LA CLE

Description

L'hôpital de Jour Universitaire "La Clé" est une unité de soins privée, à temps partiel, indépendante d'un hôpital général et psychiatrique, qui accueille les patients du lundi au vendredi pendant la journée, de 8h30 à 16h. Une présence obligatoire tous les jours au centre est demandée, pour que le patient puisse participer à tout le programme de l'hospitalisation et pour instaurer un cadre rigoureux, mais pas rigide.

En moyenne, le nombre de patients hospitalisés oscille autour de 25 personnes, hommes et femmes, à partir de 16 ans. Les pathologies présentées peuvent être très différentes, avec en majorité des dépressions et états anxieux névrotiques, mais nous prenons également en charge les alcooliques et les états limites, ainsi que certains patients psychotiques, qui ont acquis un minimum d'autonomie et de sociabilité. Nous ne pouvons pas accueillir les grands suicidaires, les agités, les malades dangereux, ni les déments, les déficients mentaux trop profonds.

La durée moyenne de l'hospitalisation est de 6 semaines, mais souvent elle est adaptée individuellement en fonction de l'évolution et la demande du patient.

Déroulement de l'hospitalisation

Avant que le patient ne soit admis à l'hôpital de jour, il est reçu en consultation par un des médecins pour un ou plusieurs entretiens préliminaires, afin d'évaluer la demande et la motivation du patient. Pendant cette première entrevue, la structure et le fonctionnement de l'hôpital sont expliqués, et il y a possibilité de visiter le centre.

Souvent, nous prenons des contacts avec le réseau qui nous envoie les patients. Les "envoyeurs" sont surtout des médecins traitants et des psychiatres privés ou travaillant en hôpital général ou psychiatrique, ainsi que parfois d'autres intervenants (assistants sociaux, psychologues,...).

Ensuite cette demande est discutée en réunion d'équipe, pour réfléchir si notre structure peut apporter un plus au patient. Nous évaluons si le patient est un "actif demandeur de soins", c'est à dire s'il est dans une dynamique de changement potentiel. Nous tenons également compte du groupe des patients existant, dans lequel le patient sera amené à s'intégrer, pour garder un certain équilibre dans le fonctionnement du groupe. Au début de chaque hospitalisation, un infirmier référent est désigné pour chaque patient. Nous rédigeons ensuite, avec le patient, un contrat thérapeutique, dans lequel les objectifs par rapport à son séjour sont repris et mis sur papier par le patient, après avoir été rediscutés avec le médecin et l'infirmier référent.

Dès le premier jour, le programme des activités est élaboré pour toute la semaine. Différentes acti-

vités sont proposées, certaines au choix, d'autres institutionnelles, où la participation est obligatoire. Les activités institutionnelles sont le repas thérapeutique, les réunions hebdomadaires entre soignés et soignants, les activités sportives et les ateliers d'expression. Tous ces ateliers sont animés par les différentes personnes de l'équipe soignante. Nous proposons aux patients, des ateliers d'ergothérapie (peinture, sculpture, bricolage, perles,...), des activités de jeux, des activités corporelles, de la relaxation et du chant, des ateliers de cuisine et d'expression (atelier de discussion libre, organisée autour d'un thème, interprétation de chansons, atelier conte, commedia, collage,...). Nous organisons également des excursions avec les patients (activités culturelles, promenades dans la nature ou en ville, bowling,...).

Les patients se répartissent les tâches ménagères, comme la vaisselle et le rangement des tables.

Il y a aussi des thérapies de groupes qui sont organisées par le psychologue, autour de différents thèmes comme l'affirmation de soi, ou la dépendance éthylique. Les patients passent une série de tests psychologiques (tests projectifs, questionnaires p.ex. MMPI) pour aider à établir un diagnostic.

A plusieurs reprises pendant la semaine, et souvent à la demande du patient, il est reçu par son infirmier référent, pour des entretiens de soutien, pour organiser des démarches sociales, pour recadrer le patient suite à des distorsions du cadre...

Les patients sont vus en entretien psychiatrique chez le médecin, 2 fois par semaine, pour faire un travail psychothérapeutique d'introspection ou de soutien à partir de leur vécu en atelier, de leur histoire personnelle, ainsi que pour des raisons plus concrètes comme la mise en place des projets de sortie, leur rappeler le cadre, instaurer des traitements médicamenteux...

Nous sommes également amenés à rencontrer les patients avec leur famille. Nous les recevons en entretiens de couple, ou avec les parents, la fratrie, les enfants, selon la situation de vie du patient. Souvent nous recevons un éclairage sur le fonctionnement du patient dans son environnement naturel. Nous essayons de voir les répercussions de la pathologie ou des symptômes sur le système familial, ainsi que les possibilités de changement du système.

Des réunions d'équipe journalières permettent de verbaliser les interactions avec les patients pendant les différents ateliers et entretiens et de comprendre le fonctionnement du patient dans l'hôpital. Les difficultés que les soignants peuvent éprouver dans la prise en charge de certains patients sont analysées et les discours éventuellement discordants du patient sont expliqués. Nous réfléchissons ensemble, sous supervision du médecin directeur, au diagnostic et la prise en charge de chaque patient, où nous cherchons un maximum à réintégrer le patient

dans son milieu social et éventuellement professionnel.

A la fin de leur séjour, les patients sont cotés, selon l'échelle STAR, où nous évaluons l'évolution de ses symptômes, son attitude vis-à-vis du symptôme et son fonctionnement relationnel. (20)

Ensuite un compte-rendu de l'hospitalisation est envoyé au médecin-traitant et au psychiatre, qui continueront le suivi du patient, et aux "envoyeurs", pour garantir un meilleur fonctionnement du réseau.

CONCLUSION

Nous fonctionnons donc, sur base de différents référents théoriques. Le premier est d'abord le versant psychodynamique avec d'une part la demande de "holding" du patient, qui sollicite de notre part une fonction maternante, favorisant chez le patient une certaine régression. D'autre part, nous veillons à ce que se mette en place, un travail d'individuation qui apprend aux patients de confronter leurs désirs à la réalité et de réagir en conséquence (20).

Notre vision systémique nous aide à rencontrer les familles et l'entourage du patient et avoir une vue critique sur le fonctionnement institutionnel et les interrelations entre les différents membres de l'équipe, où nous avons particulièrement mis l'accent sur la notion de l'ambiance.

L'approche cognitivo-comportementaliste se manifeste surtout sous un mode orthopédagogique dans les activités de la vie quotidienne.

Le versant pharmacothérapeutique vient en soutien de la psychothérapie.

Dans les réunions d'équipes, tous ces éléments sont rapportés et analysés, pour constater des mouvements identificatoires, des tendances projectives, des conflits avec les pairs ou l'autorité, la capacité d'intégration groupale ou le rejet, les mécanismes de triangulation (entre le patient, l'institution et l'extérieur)...

Nous devons nous rendre compte que nous ne sommes qu'un maillon d'un ensemble thérapeutique, et donc pas à l'abri d'un fonctionnement fusionnel avec le patient, si nous prenons une position maternelle toute puissante, non représentative de la loi.

Notre fonctionnement institutionnel a manifestement pris le large par rapport aux structures hospitalières psychiatriques antérieures. La psychiatrie institutionnelle semble y avoir trouvé un cadre dynamisant au service de la créativité du patient et des soignants. Afin de partager notre expérience avec des "images en mouvement" véhiculant à la fois la représentation et la perception de notre mode de fonctionnement, nous avons réalisé un court-métrage, intitulé « *Quand la vie bascule* » diffusé dans ce XXXI^{ème} Congrès des Hôpitaux de Jour et destiné à ouvrir le débat sur le rôle de l'Hôpital de Jour après plus d'un siècle de psychanalyse...

BIBLIOGRAPHIE

1. ALARY P., La démarche-qualité au service de l'institution : un pari fou ?, réflexions après-coup sur les enjeux et la méthode. Pratique et recherches en Santé mentale, 2001, n°31, p.13-16.
2. AMATI U., La psychothérapie institutionnelle en Italie, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.28-31
3. AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
4. AZOULAY J., Le psychiatre-analyste en institution ou la psychothérapie institutionnelle, Pratique et recherches en Santé mentale, 2001, n°31, p.2-4
5. BENOIT JC., in AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
6. CRETE P., Le temps, l'espace, l'institution, Pratique et recherches en Santé mentale, 2001, n°31, p.7-8
7. DALLE B., Traitement à l'hôpital des psychoses au long cours, Nervure, vol.3 n°4 p.28-32
8. DAUMEZON G., TOSQUELLES F., PAUMELLE Ph., Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique. Ergothérapie, sociothérapie, EMP, 1955, n°37930A10, p.1-8
9. DAUMEZON G., TOSQUELLES F., PAUMELLE Ph., Le fonctionnement thérapeutique, EMP, 1955, n°37930A20, p.1-8
10. DESSOY E., L'homme et son milieu, Etudes systémiques, Université catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, département de psychologie clinique, unité de recherche CLES, université de Liège, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, service de psychologie systémique, 1999-2000, 277 pages, p34,35,46,47,52-62,77-90,106-112
11. MINARD M., CASTERA A., La psychothérapie institutionnelle, est-elle morte et enterrée ? in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.285-292
12. OURY J., dans AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
13. RACAMIER PC., dans AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
14. RACINE Y., dans AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
15. SIMON H., dans TORRUBIA H., La psychothérapie institutionnelle par gros temps, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.15-27
16. SIVADON P., dans AYME J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, in Actualité de la psychothérapie institutionnelle, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.32-69
17. SIVADON P., dans DAUMEZON G., TOSQUELLES F., PAUMELLE Ph., Le fonctionnement thérapeutique, EMP, 1955, n°37930A20, p.1-8

18. **TORRUBIA H.**, La psychothérapie institutionnelle par gros temps, in *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, DELION P, PI, Matrice, 1994, p.15-27
19. **TOSQUELLES F.**, dans **DESSOY E.**, L'homme et son milieu, *Etudes systémiques*, Université catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, département de psychologie clinique, unité de recherche CLES, université de Liège, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, service de psychologie systémique, 1999-2000, 277 pages, p34, 35, 46, 47, 52-62, 77-90, 106-112
20. **TRIFFAUX J-M.**, L'éloge de la folie en hôpital de jour : présent du passé et perspective d'avenir, *Revue des Hôpitaux de jour psychiatriques et des psychothérapies institutionnelles*, n°5, 2003, p.23-30.