Réadaptation et psychose : de l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale

Guy Gimenez, Sophie Barthélémy, Monique D 'Amore

▶ **To cite this version:**

Guy Gimenez, Sophie Barthélémy, Monique D 'Amore. Réadaptation et psychose : de l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2008, 2 (108), pp.29-33. hal-01386844

HAL Id: hal-01386844
https://amu.hal.science/hal-01386844

Submitted on 24 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Réadaptation et psychose : de l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale

S. BARTHÉLÉMY[1], G. GIMENEZ[2], M. D'AMORE[3]

1. Psychologue clinicienne au C.H.Montperrin (service du Dr D'Amore, Aix-en-Provence). Docteur en psychologie clinique et psychopathologie.
Université de Provence – Centre de Lettres et Sciences Humaines. Laboratoire PsyCLE. 29, avenue Robert Schuman 13621 – Aix-en-Provence Cedex 1 ;
2. Psychologue clinicien. Maître de Conférence en psychologie clinique et psychopathologie. Directeur du Département de psychologie et psychopathologie cliniques.
Université de Provence – Centre de Lettres et Sciences Humaines. Laboratoire PsyCLE. 29, avenue Robert Schuman 13621 – Aix-en-Provence Cedex 1 ;
3. Praticien hospitalier. Chef de service du secteur 13G20. Centre hospitalier de Montperrin. 109, avenue du Petit Barthélémy. 13617, Aix-en-Provence, France.

RÉSUMÉ.
Après un rappel théorique des notions essentielles de réadaptation, réhabilitation et réinsertion, les auteurs ouvrent la réflexion sur la réadaptation à partir d'une expérience clinique auprès de patients psychotiques chroniques en appartements thérapeutiques. Ils montrent comment le patient réaménage ses liens à son entourage et au monde social, à travers une réorganisation psychique parsemée de moments de crise : le patient doit progressivement se détacher de l'« enveloppe soignante » pour investir des enveloppes substitutives, avant de pouvoir intégrer un nouveau groupe constitutif de l'« enveloppe sociale ».

Mots clés : Enveloppe psychique, psychose, réadaptation, réhabililitation, réinsertion.

Readjustment and psychosis: from nursing envelop to social envelop.

SUMMARY.
After a theoretical reminder of main notions of readjustment, rehabilitation, reintegration, the authors broaden the thought on readjustment from clinical experience near chronic psychotic patients in therapeutic flats. They show how the patient converts his ties with his circle and social world, through a new psychic organization with moments of crisis: the patient must gradually free oneself from "nursing envelope" to invest others envelopes, before being able to integrate a new group which constitute "social envelope".

Key words : Psychic envelope, psychosis, readjustment, rehabilitation, reintegration.

INTRODUCTION

La thérapie des patients psychotiques en institution nous amène à un constat clinique : l'évolution du patient est ponctuée à un moment donné par la nécessité qu'a l'équipe soignante de penser la nouvelle nature du lien que le patient doit constituer avec le monde extérieur, ses composantes relationnelles, groupales, sociales et culturelles. Cette évolution du lien va de pair avec l'évolution du patient par rapport à ses investissements, notamment les investissements sur l'équipe de soin. Le patient a en effet à réorganiser ses liens avec l'ensemble de ses interlocuteurs (Gimenez, 1998). Ce réagencement est constitué par plusieurs étapes : il s'amorce tout d'abord par une *expérience de crise* pour le patient, sous-tendue par une rupture avec un ancien mode de fonctionnement ; celle-ci s'accompagne d'une réorganisation des mécanismes de défense, des identifications et de la construction d'un pare-excitations plus efficace à travers le *changement d'« enveloppe »* (Anzieu, 1974, 1985), pour permettre enfin *l'intégration à un nouveau groupe* dans lequel la réalité extérieure et l'objet ont un nouveau statut. Le travail de réadaptation avec le patient psychotique peut être pensé sous l'angle de ces trois dimensions.

Cette réflexion part d'une expérience auprès de patients psychotiques chroniques pour lesquels de nombreuses années d'hospitalisation avaient accentué la dépendance institutionnelle. la nouvelle nature du lien a été pensée à travers un projet de soin de réadaptation dans le cadre d'appartements thérapeutiques. Cette structure intermédiaire se situe dans une alternative à l'hospitalisation à temps plein, dans laquelle l'environnement social et les potentialités adaptatives relationnelles et sociales des patients constituent un élément majeur du soin. Il s'agissait de construire, selon l'expression de Vidon (1995), un *« espace intermédiaire entre le champ thérapeutique et le champ social »*. Après un bref rappel théorique, nous tenterons de présenter les dimensions psychiques de la réadaptation dans la psychose, à travers la rencontre avec Eliot.

RÉADAPTATION, RÉHABILITATION, RÉINSERTION ET PSYCHOSE

Les concepts de réadaptation, réinsertion et réhabilitation, bien que de significations proches, traduisent des réalités différentes.

Réadaptation

Le terme de réadaptation est utilisé pour toute nouvelle adap-

tation à des situations différentes de celle que l'on vient de quitter. En cela, il convient parfaitement à tout état post-critique (pris au sens large) dans lequel le sujet est censé faire un rétablissement pour retrouver un état antérieur ou s'adapter à une situation nouvelle. Dans le domaine médical, la réadaptation se situe dans une prolongation nécessaire (ou non) des soins de première intention.

À ses origines, la réadaptation était centrée sur la préoccupation du retour des malades au travail, sous-entendant que le travail et la réadaptation sont intégrés dans le soin. Par la suite, les « thérapies réadaptatives » prirent davantage en compte les aspects relationnels et s'intègrent dans le courant de psychothérapie institutionnelle. La meilleure connaissance et la prise en compte des processus sociaux devaient inaugurer ce changement, les particularités du malade étant à prendre dans un champ plus large, familial, professionnel, social et économique (Vidon, 1995).

Pour Got (1989), la réadaptation représente le temps du passage de l'« être malade » à l'« être social », phase qui se déroule dans une unité spécifique (un « centre de réadaptation »). La réadaptation est l'action de préparer à une vie autonome, dans le monde ordinaire de vie (professionnel ou social). C'est une action qui fait suite aux soins de la phase aiguë : elle vise à rétablir le lien social, en ré-intégrant la capacité à entrer en contact avec les autres. Jolivet (1987, 1989) distingue deux temps dans le processus d'actions dont doit bénéficier le malade mental, la réadaptation, suivi de la réhabilitation ou réinsertion : *« Le premier temps englobe le traitement et la (ré)adaptation. Selon lui, la réadaptation est une notion liée au soin, mais pas forcément au traitement - distinction qui renvoie à celle de langue anglaise entre "care" et "treatment". La réadaptation en tant qu'aspect du soin commence « à partir du moment où est introduit dans la dynamique du soin un objet finalisé soumis aux règles de la réalité externe et en particulier aux circuits de production […]. L'aboutissement du soin de réadaptation ne se trouve pas forcément dans l'insertion sociale et professionnelle mais dans le moment où le sujet peut se passer de soin psychiatrique ».*[5] (Garrabé & Kapsambelis, 1992, p. 3).

Notons qu'il s'agit en effet moins de « réadapter » les personnes que de faciliter leur réarticulation avec un milieu d'appartenance qui peut être très différent de celui issu de l'imagination des soignants et des acteurs sociaux. La réadaptation n'est pas et ne peut pas être la normalisation, la soumission de l'autre à nos désirs, nos projets, ni l'assignation à une place dans laquelle il ne pourrait trouver un espace pour lui-même.

Réhabilitation

Pour de nombreux auteurs le temps de la réhabilitation fait suite à celui de réadaptation. Le processus de réhabilitation (proche de celui de réinsertion) constitue le *« pôle social de la réadaptation »*. Il représente la véritable insertion ou réinsertion du patient après sa sortie du centre (Garrabé, J. Kapsambelis, V., 1992, p. 3). Le terme de réhabilitation trouve sa racine dans le mot latin habilis signifiant « capable ». En français ce terme continue à appartenir à la terminologie juridique (fait de rétablir dans une situation juridique antérieure en relevant de déchéance d'incapacité), mais signifie aussi le fait de regagner l'estime et la considération perdue. En anglais, le vocable « réhabilitation » provient des termes « able » capable et « ability », signifiant « capacité », « compétence ». Pour Lalonde (1991), réhabiliter, c'est permettre aux patients et à leurs parents de reprendre une place dans l'estime et la considération d'autrui. Toutefois, ce concept de réhabilitation est porteur d'ambiguïté (Leguay, 1998). En effet, la conception anglo-saxonne insiste sur la restauration des habiletés et des capacités sociales, la plaçant du côté de soins de réadaptation. Dans sa conception française, la réhabilitation est proche du terme de réinsertion (du côté du social), avec l'idée de « restaurer une dignité perdue » du patient et est alors située du côté de la réinsertion. La réhabilitation psycho-sociale est une action centrée sur l'individu dans le but de diminuer les incapacités et handicaps résultants de la pathologie. Elle permet à un sujet ayant souffert de troubles psychiatriques, de développer des habiletés, des capacités nécessaires à son adaptation à l'environnement économique et social. Ce processus a lieu lorsque le sujet *« est amené à formuler une demande d'insertion professionnelle et sociale qui soit sa demande, c'est-à-dire suffisamment soutenu libidinalement » - un moment où l'« on sent que pour le sujet, il y a du « possible », mais que le « passage » lui est trop difficile pour des « raisons internes et externes ».* (Garrabé, J., et V. Kapsambelis, V., 1992, p. 3).

(Ré)insertion

L'insertion est l'action d'insérer, d'intégrer un individu ou un groupe dans un milieu social. La notion d'insertion implique l'autonomisation sociale de la personne. Le préfixe « ré » de réinsertion suppose qu'il y a antérieurement eu une insertion (familiale scolaire, sociale, professionnelle), suivie d'une rupture qui renvoie à l'exclusion, la marginalisation et la désinsertion. Ré-insérer c'est réintroduire quelqu'un dans une société et dans un groupe (Grasset, 1997). La réinsertion, résultat de l'action de réadaptation, s'inscrit dans la réintroduction dans le groupe social. Elle est précisément l'objectif et souvent le résultat de la réadaptation. Elle peut être conduite soit par les mêmes équipes de soin, soit par des travailleurs sociaux œuvrant dans le champ non spécifique de la lutte contre l'exclusion. L'exclusion se trouve être à la fois cause et facteur venant réactiver des fragilités psychologiques et déclenchant des modifications plus grandes dans les relations sociales, allant jusqu'à mettre en cause les liens fondamentaux de la famille. Parallèlement aux actions de soins de réadaptation, la réinsertion doit être précocement un souci pour les soignants pour deux raisons : premièrement la réadaptation ne supprime pas la totalité du handicap, même si elle aide à la gérer, deuxièmement l'aspect concret du projet soutient l'investissement du patient (et de l'équipe) dans la dynamique du soin. Les termes de réadaptation, réhabilitation et réinsertion éclairent déjà quelque peu le travail dans les appartements thérapeutiques. Ces trois concepts constituent trois phases d'un même processus, n'apparaissant pas de manière cloisonnée dans le temps, mais en interaction à un moment donné. En outre, ces trois concepts sont sous-tendus par la question de l'autonomisation. Aussi, nous retenons la notion de « travail d'autonomisation » pour définir une partie de l'action menée avec les patients dans le cadre des appartements thérapeutiques. Le mot « travail » vient ici rompre avec la conception du travail dans le sens concret du terme, et vient signifier que l'entrée et le passage en appartement thérapeutique est déjà un travail, nécessitant un coût tant cognitif qu'affectif. Le « travail d'autonomisation » dans les appartements thérapeutiques se fait autour de l'aide à la gestion du quotidien, de l'accompagnement dans les démarches administratives, de l'intégration dans l'environnement immédiat (voisinages, commerces, vie associatives, etc), et pour certains patients de la participation à la restauration de liens familiaux.

DEUIL DE LA MALADIE ET « CRISE ADAPTATIVE »

Eliot est un patient schizophrène de 37 ans. Il est hospitalisé pour la première fois à l'âge de 20 ans suite au divorce de ses

parents : un état dissociatif se manifeste notamment à travers un certain hermétisme, une froideur affective, et un repli autistique important. Des angoisses intenses de morcellement sont présentes, concernant son intégrité corporelle. Il se représente le monde de façon bi-partitionnée : une partie de sa famille est investie positivement comme c'est le cas de son père et de sa sœur, et l'autre partie (sa mère et son frère) fait l'objet d'agressivité et parfois même de passages à l'acte impulsifs l'ayant conduit à une hospitalisation en unité pour malades dangereux. Ses hallucinations sont à l'image de ce clivage : des « petites voix de femmes » le guident dans sa vie de tous les jours, d'autres « voix agressives » lui font perdre tout contrôle, accompagnées de scénarios délirants violents et destructifs. Eliot entretient des relations conflictuelles avec sa mère jusqu'au remariage de ses parents ; il a alors 32 ans, et construit une trame délirante selon laquelle sa mère, à nouveau femme de son père, est en fait une autre mère, la « bonne mère » ; il peut ainsi mettre à distance la haine ressentie à l'égard de celle-ci en la projetant sur une « mauvaise » mère, ancienne femme de son père, qu'il ne voit que rarement. Après plus de 10 ans d'hospitalisation, il intègre une Unité de Soin et de Réadaptation dans laquelle il élabore son projet de réadaptation. Il commencera à le mettre en œuvre dans un appartement thérapeutique qui sera pour lui un tremplin dans la construction de sa nouvelle vie.

Eliot montre combien ce réaménagement adaptatif est difficile : dans la thérapie, il continue parfois à recourir à la même trame délirante lorsqu'un conflit ou une mésentente familiale réapparaît ; le travail thérapeutique, centré sur le repérage des tensions internes, lui permet de verbaliser progressivement ses ressentis, « ses boules de nerfs dans le ventre », « le cerveau qui étouffe » et de se dégager peu à peu de son scénario délirant ; il énonce toutefois avec nostalgie « ses voix gentilles qui lui disaient où aller dans la vie ». Il exprime par exemple le désir de travailler au CAT (Centre d'Aide par le Travail), mais se révèle incapable d'aller s'y présenter, demandant à la thérapeute ce qu'il faut dire, comment se présenter, questionnant celle-ci sur son identité par rapport au groupe social. Avec l'accompagnement des infirmières, il arrive finalement à investir certaines activités, comme la natation ; mais il ne parvient que difficilement à envisager de les faire seul, ne trouvant pas alors l'énergie suffisante. De même, alors qu'il présente une motivation certaine pour son projet d'appartement associatif, il manifeste une inquiétude quant à sa capacité à s'en sortir financièrement, à intégrer un nouveau lieu et à rencontrer de nouveaux colocataires. Eliot paraît avoir acquis certaines aptitudes en terme d'autonomie, mais elles ne semblent permettre à elles seules la progression du patient. En effet, le changement semble d'autant plus difficile qu'il s'inscrit dans une séparation avec l'équipe de soin, dans un conflit entre désir d'autonomie, les risques qui y sont associés, et l'attrait des bénéfices secondaires de la maladie (Gimenez, 1998). La rencontre avec Eliot conduit alors à questionner ce travail sur le versant de l'autonomie psychique lorsqu'une certaine autonomie physique était acquise.

Nous remarquons que ce travail s'inscrit à partir de la difficulté du patient à prendre de la distance vis-à-vis de son ancien univers, sa maladie, ses modes de relations, tout ce qu'il avait construit pour survivre jusqu'alors. Il se confronte alors à l'expérience de la crise sans avoir à sa disposition de délire ou d'hallucination pour l'aider à la gérer. Commence alors le travail de deuil de la maladie. Selon Garrabé et Kapsambelis (1992, p. 3), *« Les patients en réadaptation, et notamment les schizophrènes en rémission, développent une résistance considérable à la guérison, fondée à la fois sur la fixation nostalgique à ce qui a été irrémédiablement perdu, sur l'attachement aux satisfactions liées au statut de malade mais aussi sur le caractère particulier de leur pathologie. »* Comme le décrivent plusieurs auteurs (Quidu et Got 1981, 1982 ; De Verbizier, 1972), le travail de réadaptation peut être marqué par une *« crise adaptative »*, pouvant être accompagnée d'une *« possible aggravation de la symptomatologie des patients : résurgences anxieuses, troubles du sommeil, passages à l'actes, sentiments d'étrangeté, compensations diverses (alcoolisations, appels itératifs à la famille), mais aussi des éléments plus directement liés à la « résistance à la guérison » : soumission, passivité, asthénie »* (Garrabé, J., V. Kapsambelis, V., 1992, p. 3).

La crise réadaptative est potentiellement présente dans chaque étape du processus de réadaptation-réinsertion, et on la repère particulièrement au moment de la sortie. Le patient peut alors être accompagné par l'équipe soignante pour traverser ce moment difficile de la sortie, où, confronté à la réalité externe de façon plus frontale, il doit faire le deuil de sa maladie et des avantages qu'elle lui a apportés jusqu'à présent.

Le travail en appartement thérapeutique nécessite donc une réflexion sur la notion de séparation, notamment pour des patients psychotiques pour lesquels les années d'hospitalisation et la psychopathologie de la psychose posent la question de la dépendance à l'institution. Pour pouvoir s'éloigner, le patient doit néanmoins avoir un point de repère qui le sécurise, il doit pouvoir avoir confiance en un élément stable dans ce travail de séparation, élément vers lequel il peut retourner si l'angoisse devient trop forte. Ainsi, le travail de séparation se développe à la fois dans le lien soignants-patients et le lien entre les patients. Aussi, faire lien avec le patient pour l'amener à se séparer constitue l'aspect paradoxal mais aussi toute la teneur du travail thérapeutique. Arveiller et Bonnet (1994, p. 103) parlent à ce propos du *« jeu compliqué de l'attachement-détachement »* dans le travail d'accompagnement. En ce sens, le passage en appartement thérapeutique peut être considéré comme un espace transitionnel, selon la terminologie de Winnicott (1968), c'est-à-dire un espace qui n'est plus tout à fait l'hôpital, mais qui n'est pas non plus la réalité sociale ordinaire. Ce lieu va permettre un va-et-vient entre le dedans et le dehors afin de rendre possible le « travail d'autonomisation » sous ses différentes formes.

ADAPTATION ET CHANGEMENT D'« ENVELOPPE »

Progressivement, à travers le « jeu de la présence-absence » de l'équipe soignante, Eliot commence à investir de plus en plus son colocataire et les activités alors quelque peu ritualisées de ce dernier. Il entreprend toutefois de nouvelles démarches vers l'extérieur, comme par exemple aller au centre commercial, aller boire un café en ville ; il est alors amené à rencontrer de nouvelles personnes, amies de son colocataire. La relation à ce dernier s'établit toutefois de manière très fusionnelle, l'autre est investi comme un *« pseudopode narcissique »* (Gimenez, 2000), de manière indifférenciée ; l'utilisation du « on » indéfini est souvent présente, l'humeur de l'un pouvant envahir l'autre, tous deux s'attribuant même des ressentis et des idées identiques sans avoir échangé au préalable : « On a froid », « Je pense comme lui »… La thérapeute s'adapte alors à ce nouveau changement, étayant toujours Eliot dans la verbalisation de son ressenti, mais en insistant sur le travail de différenciation du sien et de celui de l'autre. Toutefois, Eliot sort progressivement de la position de retrait dans laquelle il a tendance à s'installer, et bien que son orientation

sur le monde externe soit dépendant de la présence de son colocataire, il parvient progressivement à se détacher de la présence des soignants, jusqu'alors indispensables pour contenir ses angoisses devant l'inconnu de la réalité sociale. Toutefois, il lui arrive parfois de verbaliser son ressenti nostalgique de l'équipe infirmière précédente qui, selon lui, organisait plus de sorties avec les patients, qui était plus présente pour les détails de la vie quotidienne comme par exemple le changement d'une ampoule électrique.

Pour Freud (1914), le psychotique a, pour se protéger, désinvesti une partie du monde externe, pour réinvestir son propre Moi (stase de la libido). Le patient peut alors investir le monde comme un prolongement de lui-même, les objets sont appréhendés comme des extensions du moi. Le travail de soin consiste à accompagner le patient dans la confrontation au monde extérieur. Pour cela, le patient devra renoncer progressivement à son étayage sur le groupe soignant, afin d'investir d'autres types de relation.

La notion d'enveloppe psychique, élaborée par Anzieu (1974, 1985), nous permet de penser ce changement, vécu comme une crise par le patient. À travers sa notion de « Moi-peau », Anzieu (1974, 1985) reprend l'idée freudienne du Moi construit comme une enveloppe autour du Ca. Il propose alors de penser le Moi comme la peau qui entoure le corps, le protège et le délimite. Le Moi-peau remplit les mêmes fonctions pour la psyché. De par son moi morcelé, le patient schizophrène investit le monde externe comme des parties de lui-même, sans distinction avec sa propre enveloppe psychique. Il recherche une enveloppe pouvant le contenir, et investit alors des enveloppes de substitution. Cette perspective nous permet de concevoir la réadaptation mais aussi la réhabilitation et la réinsertion sous un nouvel angle. Il s'agit alors pour le patient de se détacher progressivement de l'enveloppe du groupe des soignants pour investir d'autres enveloppes (Gimenez, Barut, D'Amore, Pedinielli, 2000) ; l'enveloppe soignante reste présente, tout en laissant de la place à d'autres types d'enveloppe, limitant ainsi la potentialité d'une relation de dépendance institutionnelle. C'est le cas d'Eliot qui après un surinvestissement de l'équipe soignante, investit de façon indifférenciée une autre enveloppe constituée par la présence de son colocataire. Toutefois ce changement d'enveloppe ne se fait pas sans souffrance, comme le montre les rappels nostalgiques d'Eliot. En effet, ces réinvestissements d'enveloppes successives, emboîtées, s'entrecroisant, demandent à l'individu une capacité de repérage et de symbolisation importante. Grâce à l'interaction entre ces différentes enveloppes, le patient pourra alors constituer sa propre enveloppe psychique, rétablissant deux fonctions principales du Moi qui sont de différencier le dedans et le dehors, et de filtrer les excitations internes et externes (Anzieu, 1974, 1985 ; Kaës, 1993).

La réadaptation consisterait alors dans le passage de l'enveloppe soignante aux autres enveloppes externes, non soignantes, constituées en partie par le groupe social, culturel (Gimenez, 1998). Le patient doit donc trouver une place à l'intérieur de l'enveloppe sociale, dans laquelle se différencie un dehors et un dedans et dans laquelle des fonctions sont définies.

La réadaptation serait donc un travail préalable à effectuer pour amorcer ce processus de changement, d'exploration d'un autre espace. La réhabilitation et la réinsertion constitueraient le temps suivant dans lequel le sujet trouverait vraiment sa place dans cette autre enveloppe, constituée par le monde social. Ce temps de passage de l'enveloppe soignante à l'enveloppe sociale fait écho à la définition que donne Got (1989) de la réadaptation comme passage de *« l'être malade »* à *« l'être social »* (ibid.).

INTÉGRATION DANS UN NOUVEAU GROUPE

Dans l'avancée de la thérapie, Eliot commence à investir l'autre comme différencié de lui-même ; ceci est perceptible notamment lorsqu'il parle de son colocataire (D.), il dira à la psychologue : *« j'aime beaucoup D., c'est très intense, mais il ne faudrait pas que je sois dépendant… »* La relation à l'objet se modifie progressivement chez Eliot, l'autre n'est plus investi sur le mode de l'identification primaire (« je suis l'objet »), mais commence à être investi sur le mode de l'identification secondaire (« je suis comme l'objet ou comme un aspect de l'objet ») (Freud, 1925). De plus, son colocataire est moins présent à cause d'une relation amoureuse qui lui prend beaucoup de temps. Aussi, Eliot souffre beaucoup de son absence, il se réfugie tout d'abord dans le sommeil, et parle peu. Puis progressivement, il recommence à réinvestir l'extérieur, organise des sorties avec d'autres patients, et présente une motivation certaine quant à son projet d'appartement associatif… Eliot doit en effet faire le deuil de l'enveloppe constituée par la relation d'indifférenciation à son colocataire pour investir d'autres types d'enveloppes, de plus en plus proches de l'enveloppe sociale, dans un élargissement de son monde relationnel.

Il s'agit ici pour Eliot d'assumer le lien au monde extérieur, au monde social, à une organisation de groupe. Pour Kaës (1993), celle-ci est homologue à la structure psychique ; il montre que le groupe est le modèle des liens intersubjectifs par le biais de groupement de plusieurs sujets de l'inconscient. Kaës (1993) parle d'*« appareil psychique groupal »*, comme une entité à part entière, lieu de formations et de processus psychiques spécifiques. C'est par ce qu'il est sujet du groupe, que le sujet peut se construire comme sujet individuel ; les processus intrapsychiques de l'individu sont constitués d'éléments (pulsions, représentations, instances psychiques…) mis en relation par une structure de groupe *(« groupes internes »)*, permettant normalement à l'individu de se représenter du lien avant d'être en lien ; Kaës montre comment le groupe primaire, qui est la famille, va permettre la constitution des *« groupes internes »* dans un processus d'intégration des liens de ce groupe. Ces formations vont être mobilisées lors de la constitution d'un nouveau groupe. L'espace des liens intersubjectifs *(« groupe externe »)* n'est donc pas une pure externalité par rapport à l'appareil psychique individuel. *« L'appareil psychique groupal »* est en fait une articulation entre ces deux espaces hétérogènes dans un étayage mutuel ; le groupe externe est le lieu de mise en scène des groupes internes et contribue à la construction de certains d'entre eux.

Il est donc nécessaire de travailler un va-et-vient entre l'individu et le groupe. Une partie du travail dans les appartements thérapeutiques se fonde sur cette idée que l'intrapsychique et l'intersubjectif sont en co-fondation permanente, et que le groupe vient médiatiser la relation à l'autre. Le dispositif thérapeutique en porte la trace sur plusieurs plans, à travers l'emboîtement de plusieurs enveloppes groupales :

- l'architecture des appartements thérapeutiques, constitués de lieux individuels (chambres) et de lieux communautaires (cuisine, salon…) ;
- l'alternance entre des temps thérapeutiques individuels (entretiens infirmiers, médicaux, psychologiques et avec l'assistante sociale ; certaines activités ; accompagnement infirmier sur des démarches dans le quotidien…) et des temps thérapeutiques groupaux (réunions communautaires où les patients échangent autour de la vie communautaire dans les appartements, ou plus généralement autour de la relation à l'autre ;

activités groupales comme l'activité cuisine…) ;
- la différenciation entre la prise en charge individuelle (soins adaptés à chaque patient) et les règles communautaires (identiques pour tous, permettant le respect de l'autre dans le quotidien) ;
- l'articulation de plusieurs sous-groupes (un groupe de patients répartis en deux sous-groupes en fonction de deux appartements thérapeutiques, groupe de patients ayant le passé commun de l'U.S.R et groupe de patients plus récemment arrivés, dans un partage de vécus et d'expériences différentes, groupe des soignants).

C'est dans l'interaction entre ces groupes et sous-groupes que se construit le moi dans la différenciation dedans-dehors.

Le bilan de trois années de travail avec les patients psychotiques dans le cadre des appartements thérapeutiques tend à montrer que l'individuation prend d'autant plus de sens qu'elle s'inscrit dans un contexte d'altérité. En effet, ce cadre thérapeutique permet au patient de distinguer les différents temps de sa prise en charge, individuels et groupaux, de se différencier des autres patients, d'investir à nouveau le monde, tolérant davantage la différence et la frustration. Certains patients semblent sortir progressivement de l'indifférenciation moi/non moi qui pouvait jusqu'alors caractériser leur mode de relation à l'autre (Barthélémy, Gimenez, & Pedinielli, 2004).

Le travail de réadaptation semble pouvoir s'avancer progressivement vers la réhabilitation et la réinsertion à partir d'une essence groupale du soin, qui sous-tend notamment le changement d'enveloppes évoqué ci-dessus. Le patient va alors investir progressivement des nouveaux groupes, pour intégrer le groupe social.

CONCLUSION

Le travail de réadaptation doit permettre au patient de constituer un nouveau type de relation avec le monde extérieur et avec l'ensemble de ses interlocuteurs (Gimenez, 1998 [7]). L'équipe soignante doit pouvoir accompagner un tel changement pour qu'il ne soit pas vécu comme un cataclysme psychique (et favoriser le dépassement de la crise). Le travail de l'équipe pluridisciplinaire sera alors centré sur le lien du patient au groupe social, ses achoppements, et les moyens de permettre une nouvelle articulation intra-psychique / inter-psychique pour le patient et l'équipe, afin de favoriser la croissance psychique. Ainsi le patient peut passer d'un surinvestissement de l'enveloppe soignante à un investissement progressif de l'enveloppe sociale, en passant par un travail de deuil de la maladie et un investissement de différentes enveloppes groupales intermédiaires.

Toutefois, si nous avons à réfléchir ce changement du côté du patient à travers la réorganisation des liens, des investissements, des identifications, la réaménagement des mécanismes de défenses, la construction d'un pare-excitations plus efficace, le deuil de la maladie etc., nous avons aussi à le penser du côté des soignants (y compris le thérapeute) : en effet, ceux-ci doivent développer la capacité à travailler autrement avec le patient, c'est-à-dire sur un autre mode de relation, avec d'autres types d'interventions. La représentation qu'a l'équipe soignante du patient, de sa place dans l'institution et de son devenir, doivent évoluer. Le travail d'autonomisation ne peut donc s'effectuer que dans le cadre d'un accompagnement jouant progressivement sur la présence-absence, nécessitant donc de la part des soignants un deuil de l'omniprésence du maternage et une confiance dans les capacités psychiques des patients. Aussi, si l'on parle de *«crise adaptative»* (Garrabé, J., Kapsembelis, V., 1992, p. 3) pour le patient, peut-être ce terme concerne-t-il également le travail du soignant en institution ■

RÉFÉRENCES

ANZIEU D. (1974). Le Moi-peau. Nouvelle Revue de Psychanalyse, 9, 195-203.

ANZIEU D. (1985). Le Moi-peau. Paris : Dunod.

ARVEILLER J.P., & BONNET C. (1994). L'insertion du malade mental. Une place pour chacun ou chacun sa place. Ramonville Saint-Agne : Erès.

BARTHÉLÉMY S., GIMENEZ, G., & PEDINIELLI (2004). Dégel des affects et changement dans la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*, 57, 151-156.

FREUD S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In La vie sexuelle. Paris : P.U.F., 1914, 1985, p. 81-105.

FREUD S. (1921). Psychologie collective et analyse du moi. In Essais de psychanalyse. Paris : Payot, 1921, 1981, p. 117-217.

GARRABÉ J.,& KAPSAMBELIS V. (1998). Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizophréniques, l'expérience française. In Encyclopédie médico-chirurgicale, 37295 E10.

GIMENEZ G. (1998). La thérapie des psychoses et la question de la réadaptation. Actes des 1res Rencontres des C.A.T.T.P., Réinsertion, réhabilitation, réadaptation, Avignon, le 09, 10 & 11 décembre 1997, Ed. ERAP, p.5-13.

GIMENEZ G., BARUT B., D'AMORE M., & PÉDINIELLI J.L. (2000). Le soin de réadaptation auprès de patients schizophrènes. L'Unité de Soin de Réadaptation : une étape dans le cheminement d'Ali. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2000, 42, 30-34.

GIMENEZ G. (2000). Clinique de l'hallucination psychotique. Paris, Dunod.

GOT R. (1989). Continuité et réadaptation. Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 35(3), 30-35.

GRASSET M. (1997). Insertion, réinsertion, réhabilitation, réadaptation. Premières Rencontres National des CATTP (9-10-11 déc. 1997) Avignon.

JOLIVET B. (1987). Traitement et réhabilitation en psychiatrie. Actualité psychiatrique, 17(6), 54-60.

JOLIVET B. (1989). Argumentaire sur la réhabilitation en tant que pôle social de la réadaptation, Actualité psychiatrique, 19(5), 48-50.

KAËS R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. Paris : Dunod.

LALONDE P. (1991). Schizophrénie : vers une nouvelle synthèse. Psychologie Médicale, 23 (6), 591-593.

LEGUAY D. (1998). Un sens nouveau pour les soins. Santé mentale, 29, 19-24.

QUITU M., & GOT R. (1981). Aspects psychologiques de la réadaptation. Actualité psychiatrique, 11(3), 69-75.

QUITU M., & GOT R. (1982). Marginaux et santé. La réadaptation sociale en psychiatrie. Paris : Les Editions ESF.

DE VERBIZIER J. (1972). La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail. Thèse de médecine. Bordeaux, 1954.

VIDON G. (1995). La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Frison Roche Edit.

WINNICOTT D.W. (1975). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In Winnicott, W.D. Ed. Jeu et réalité. Paris : Gallimard, p. 27-64.