



**HAL**  
open science

## Le soin de réadaptation auprès de patients schizophrènes

Guy Gimenez, Monique D 'Amore, Jean-Louis Pardinielli, B Barut

► **To cite this version:**

Guy Gimenez, Monique D 'Amore, Jean-Louis Pardinielli, B Barut. Le soin de réadaptation auprès de patients schizophrènes: L'unité de soin de réadaptation; une étapes dans le cheminement d'Ali. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, tome IV (42). hal-01393521

**HAL Id: hal-01393521**

**<https://amu.hal.science/hal-01393521>**

Submitted on 8 Nov 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.

# le soin de réadaptation auprès de patients schizophrènes

## L'Unité de Soins de Réadaptation ; une étape dans le cheminement d'Ali

G. GIMENEZ<sup>1</sup>, B. BARUT<sup>2</sup>, M. D'AMORE<sup>3</sup>, J.L. PEDINIELLI<sup>4</sup>

### Résumé:

Dans cet article, les auteurs posent la question de la réadaptation des patients schizophrènes. Ils soutiennent que cette réadaptation est spécifique : elle implique, du côté des patients, la réorganisation des liens, des investissements, des identifications, la réorganisation des mécanismes de défenses, la construction d'un pare excitations plus efficace, et le deuil de la maladie. Le travail de réadaptation implique également, du côté de l'équipe, un nouveau mode de relation au patient et une évolution de la représentation que le groupe soignant a du patient, de sa place dans l'institution et de son devenir.

### Mots clés :

réadaptation - psychose - schizophrénie - institution - réhabilitation, réinsertion.

### Readaptation of Schizophrenic's patient

#### Summary :

In this article, the authors treat the question of the readaptation of schizophrenic's patient. They sustain that this readaptation is specific: it implies, the reorganization of bonds, and identifications, the reorganization of defenses, and the mourning of the sickness. The readaptation's work also implies a new style of relationship between the patient and the the institution. It also implies an evolution of the institution's representation about the patient, and about its place and its projects.

#### Key words :

readaptation - psychosis - schizophrenia - institution - rehabilitation - reinsertion.

## Introduction

La thérapie des patients psychotiques en institution nous conduit à un constat clinique : un certain nombre de patients schizophrènes évoluent jusqu'à un point qui nous apparaît comme un point de butée si nous ne parvenons pas à penser pas le lien, ou plutôt la nouvelle nature du lien que le patient doit constituer avec le monde extérieur. Il s'agit en particulier du lien qu'il doit reconstruire (ou pour certain constituer enfin) avec le monde externe dans ses composantes relationnelles, groupâtes, sociales, culturelles. Ce réagencement peut donner lieu à une expérience de crise pour le patient, sous-tendue par une rupture par rapport à un ancien mode de fonctionnement. L'équipe soignante doit pouvoir accompagner un tel changement pour qu'il ne soit pas vécu comme un cataclysme psychique (et ainsi favoriser le dépassement de la crise).

Nous avons à réfléchir sur les deux versants qu'impliquent ce changement : le versant *du côté du patient* : la réorganisation des liens, des investissements, des identifications, la réorganisation des mécanismes de défenses, la construction d'un pare-excitations plus efficace, le deuil de la maladie etc., mais aussi le *versant du côté des soignants* (y compris le thérapeute) : la capacité à travailler autrement avec le patient, c'est-à-dire sur un autre mode de relation, d'autres types d'interventions: en un mot, une évolution de la représentation qu'a l'équipe soignante de ce patient, de sa place dans l'institution et de son devenir. Nous proposons de réfléchir sur ces deux axes de transformations : du côté du patient et du côté de l'équipe soignante à partir du cas d'Ali\*.

## I. Présentation d'Ali

Ali est un patient psychotique de 36 ans, hospitalisé une quarantaine de fois depuis 1985 (c'est-à-dire depuis l'âge de 23 ans), hospitalisations de courtes ou moyennes durées en HL ou HDT, le plus souvent accompagnées d'épisodes délirants et/ou hallucinatoires. Avant dernier enfant d'une fratrie de sept, Ali a été scolarisé jusqu'à 16 ans (4<sup>ème</sup>) et a eu une formation de mécanicien électricien. Lors de ses premières hospitalisations, il est aux prises avec des hallucinations visuelles (une Égyptienne lui apparaît et lui parle, des anges bons et mauvais se posent sur ses épaules), des éléments d'influence (on lui vole ses idées), des difficultés par rapport aux limites de son corps (son cerveau se vide dans la pièce), des étrangers qui prennent possession de lui (en particulier un marabout dangereux)\*\*. L'équipe se mobilise autour de lui et met en place un suivi important.

### *1. Le délire et les hallucinations*

Pendant plusieurs années, il est centré sur son délire et sur lui-même. Dans la dynamique de la prise en charge pluridisciplinaire, certains soignants apprennent à repérer les moments où il hallucine et parviennent à distinguer les différents personnages hallucinés à partir des émotions que ceux-ci lui font éprouver : par exemple la terreur face au marabout dangereux, l'aspect relation de connivence avec l'Égyptienne, la fascination devant des personnages idéalisés : Mahomet et des personnages culturels comme Abraham. Il vit également, lors des entretiens, des moments impressionnants de dépersonnalisation où il revit des passages

\* De nombreux travaux, fort stimulants ont été écrit sur l'historique du travail de réadaptation et de réhabilitation. Nous renvoyons le lecteur au travail synthétique de J. Garrabé et V. Kapsambellis (1992) et à sa bibliographie très complète.

\*\* Des moments cliniques du suivi de ce patient ont été présentés dans un article (Gimenez, 1994).

<sup>1</sup> Psychologue, Centre hospitalier Montperrin, chemin du Pelit Barthélémy 13100 Aix-en-Provence

de la Bible : Abraham qui doit tuer l'agneau, lui-même étant l'agneau etc. Moïse dans le désert... L'intensité de la construction délirante est à la mesure de la fragilité qui viendra progressivement s'exprimer au cours des entretiens.

Dans le suivi thérapeutique, après avoir appréhendé les membres de l'équipe comme des étrangers, il commence à en idéaliser quelques-uns et les investit comme une partie de lui. Le monde est alors appréhendé comme un prolongement de lui-même (Freud), et les objets comme des pseudopodes narcissiques (Freud) ou des extensions du moi (« me extension » pour Winnicott). C'est ce que Freud nomme narcissisme primaire : temps caractérisé par le mode de satisfaction dite « auto-érotique ». Ali s'étonne que les soignants ne voient pas ce qu'il voit, qu'ils ne comprennent pas bien ce que l'Égyptienne lui dit, ce que le marabout lui fait. Il investit ensuite quelques membres de l'équipe comme un double de lui-même (au sens double narcissique) (Gimenez, 1994, 1997).

## 2. *Évolution et discontinuité*

Il faudra plusieurs années de suivi et d'accompagnement de l'équipe pour qu'il se sente moins envahi par ses hallucinations, moins persécuté par le marabout, moins aux prises avec ses hallucinations cénesthésiques qui le secouent brutalement. C'est alors que commence une période où le suivi devient très difficile, voire quasi impossible ; avec une grande discontinuité. Il ne vient plus aux rendez-vous (entretiens avec le médecin et le psychologue), il décide subitement de faire des voyages où il dépense tout son argent et revient très angoissé et éparpillé, il retourne alors au domicile familial ce qui se termine systématiquement par une dispute violente avec les parents et une hospitalisation dans un état de régression importante.

Sa tutelle cristallise une partie du délire paranoïde autour de thèmes mégalomaniaques et persécutif : il est riche et on lui prend son argent. Son infirmier référent l'invite à participer à des activités dans un lieu extérieur au pavillon mais dans l'hôpital (la sociothérapie) : il ne parvient pas à y investir une quelconque activité, restant des heures sans rien faire dans le pavillon. Des séjours à l'extérieur, en appartements associatifs puis en studio sont scandés par de brèves hospitalisations, suite à des montées d'angoisse, des passages à l'acte, ou des difficultés relationnelles avec l'environnement. Un jour, après une discussion avec son infirmier référent concernant son intégration sociale, il demande à parler à son psychologue. Il lui dit : « Vous ne croyez pas que, maintenant que je vais bien, après l'enfer que j'ai vécu, que je vais me tuer au travail comme mon père. Je préfère revenir ici plutôt que travailler un jour ». Le patient vit de façon violente ce qu'il ressent comme l'assignation à une place dans le monde social par l'équipe soignante : s'il doit choisir entre être fou ou travailler comme son père (mouvement identificatoire), il préfère rester à l'hôpital pour le reste de sa vie. Neuf ans après le début de la prise en charge, il n'est plus dissocié, halluciné ou délirant comme à son entrée, sauf dans ces moments de « rechute ». Il a une vie instable dans un versant proche du comportement psychopathe, tolérant très mal la frustration.

Ali sort à plusieurs reprises, mais est à nouveau hospitalisé. Au bout d'une année, il parvient enfin à trouver un appartement dans la campagne aixoise avec deux étudiants, gérant son argent, son temps, ses activités de façon cohérente et satisfaisante. Mais l'été arrivé, les co-locataires étudiants quittent l'appartement, et il se retrouve sans abri. Après une période difficile, il retourne chez ses parents, ce qui l'angoisse beaucoup, il est alors à nouveau hospitalisé. Après un temps d'errance dans l'hôpital, pendant laquelle il ne parvient plus à investir ni un projet véritable, ni des activités ; il a l'impression que son équipe ne parvient plus à l'aider. Celle-ci partage son sentiment : l'équipe se sent impuissante et découra-

gée. bien qu'elle repère le potentiel d'Ali. Ils pensent en effet qu'il est nécessaire de raccompagner. Les soignants pensent que la prise en charge par une nouvelle équipe, ayant plus de temps disponible pour l'accompagner, est indispensable. Ali construit un début de projet et il est reçu à l'Unité de Soins de Réadaptation qui continue le suivi.

## **II. L'arrivée à l'USR : un nouveau point de vue**

### *1. L'alliance de travail et la co-construction d'un projet*

#### **L'alliance de travail**

Une alliance de travail se constitue autour de la préparation à la sortie : il demande clairement qu'on l'aide à se donner les moyens de sortir de façon durable. A partir d'une trame qu'il avait commencée à élaborer avec son équipe d'origine, il co-écrit alors un projet avec ses deux référents. Il s'agit du projet de réapprendre à vivre au-dehors de l'hôpital, d'abord dans un appartement associatif (avec accompagnement en hôpital de jour), puis dans un appartement personnel. Il est d'accord pour faire des économies dans une gestion pour lui assez rude de son argent. Il sera soutenu dans cette tâche difficile par l'assistante sociale et ses deux référents qu'il mettra à rude épreuve.

#### **Le calme, le rythme, le temps, la disponibilité**

Ce qui le frappera tout d'abord c'est le calme de son nouveau pavillon. Il fait l'expérience d'une équipe moins soumise à un rythme de travail affolant, accaparé par les entrants, la gestion de la crise et des chambres d'isolement, les urgences etc... Un lieu qui n'est pas (encore) pris par le rythme infernal des pavillons d'entrants qu'il évoque comme un brouhaha étourdissant. Le rythme qu'il repère dans l'USR, lui permet, comme il dit « de se poser ». Un temps mis à part. Il dira plus tard qu'il arrivait enfin à se poser, à se re-poser. Ce rythme, l'organisation du travail, et le nombre de patients accueillis permettent à l'équipe d'avoir une grande disponibilité et de prendre du temps pour l'accompagner : beaucoup de temps pour le recevoir, reprendre avec lui ses difficultés, ses angoisses... Ali peut trouver son temps, un temps pour lui, dans un espace qu'il constitue enfin. Un espace au-dehors mais aussi et surtout au dedans de lui.

#### **L'inscription dans le (petit) groupe des patients**

Le nombre, peu important, des patients hospitalisés (15 maximum en même temps et 20 en tout) a rassuré Ali : il se sent moins intrus ici, moins en danger dans les relations avec les autres patients qu'il apprend assez vite à connaître. On le sent inscrit dans le groupe des patients, et dans une dynamique qui cherche à mettre en œuvre son projet. Il fait l'expérience des « autres que lui » qui ont un point commun : un début de projet et qui aspirent à le mettre en œuvre, et qui en parlent : même si c'est souvent en termes de difficulté, douleur, et de souffrance. Le groupe de parole et les réunions communautaires sont les témoins de ce type d'échange, très émouvants, où chacun évoque avec émotion les étapes de son cheminement, des points de butée et encourage les autres.

#### **L'investissement de son unité et du soin**

Ali s'adapte rapidement à sa nouvelle unité, sociable et développant de bonnes relations avec l'équipe, participant activement aux activités proposées (sorties, équitérapie, camps). Il est contractuel dans ses sorties : demande des permissions pour sortir le soir et respecte les horaires qui lui sont proposés. Il investit le travail d'accompagnement individuel (entretiens thérapeutiques, suivi médical) mais aussi le travail de grou-

pe. Avec l'équipe soignante, il apparaît comme un véritable interlocuteur : échangeant, négociant, faisant part de ses opinions et de ses réflexions. Se dé-calant par rapport à ses anciens modes de fonctionnement : collé ou en opposition. Il commence à trouver sa place et se positionne. Les membres de l'équipe sont alors investis comme tiers pensés, comme séparés de lui. pouvant l'aider, le soutenir, l'étayer. A son arrivée à l'Unité de Soins de Réadaptation, il parvient à parler de la souffrance qui est la sienne dans un « no man's land » psychique : il ne se sent plus le malade qu'il était auparavant, envahi par ses hallucinations et son délire, mais ne se sent pas encore « normal » comme il dit... Ce qu'il traduit par ces mots : « J'étais malade... je ne suis pas encore bien... ». Plus assez malade pour avoir l'impression d'avoir une place à l'hôpital, mais pas assez « bien » pour se sentir à l'aise dehors. Il fait l'expérience que quand il sort en ville, il ne sait plus ce qu'il faut faire ou dire, comment aborder les gens, alors il « tourne en rond » et revient au pavillon découragé, déprimé, vide... Il demande alors, à sa manière, qu'on l'aide à gérer son nouveau contact au monde qui lui paraît insurmontable. L'équipe réfléchit alors avec lui à son nouveau mode de relation au monde extérieur. Ali explique ses difficultés : difficultés à assumer une continuité dans ses engagements, à tolérer les horaires, à différer ses désirs, à tolérer la frustration... Mais quelques semaines avant la sortie à l'appartement associatif, la somme économisée est beaucoup plus faible que celle qui était prévue : pour combler ses moments de vides et d'angoisse, il a dépensé une partie de cet argent en invitant des amis et en faisant des cadeaux... Sans pouvoir en parler aux soignants. Malgré une certaine irritation chez certains membres de l'équipe, le projet est maintenu et il sort en appartement associatif avec un co-locataire. Devant cette difficulté à gérer son argent et l'angoisse que cela suscite en lui, il demande une curatelle, acceptée par l'équipe après quelques discussions.

## *2. La sortie et la crise de réadaptation : la préparation au relais*

Une seconde étape du soin de réadaptation commence. La sortie le confronte avec la solitude, la difficulté à gérer son temps, la gestion douloureuse de l'argent, la gestion du lien avec son co-locataire. Il se sent fragile et sans défense, son pare-excitations, insuffisamment constitué, trop fragile ne lui permet pas de se protéger du monde extérieur. Il est alors confronté à des angoisses aiguës. Il vit également une période dépressive difficile (dépression primaire). Réapparaît de façon plus aiguë la difficulté de relation avec sa mère : pour laquelle il commence à imaginer qu'il pourra peut-être un jour trouver une juste distance ni trop collé (il se sent étouffer) ni trop loin (il se sent atrocement abandonné).

Ali commente son état dépressif : « Avant je croyais que j'étais milliardaire, que j'avais des villas, mais j'étais malade, le peu que j'avais je l'ai perdu et dépensé, il ne me reste plus rien, ma vie est gâchée, je n'ai rien fait de ma vie, j'ai 37 ans, je n'ai pas de travail, pas de famille... aucun véritable ami, que me reste-t-il ? Il ne me reste plus qu'à mourir... ». Nous sommes loin de sa toute puissance dans laquelle il croyait qu'il suffisait de penser à quelque chose pour que cette chose arrive.

Il commence à parler de cette difficulté presque intolérable de lâcher son ancien univers, sa maladie, ses modes de relations. Tout ce qu'il s'est reconstruit pour survivre. Il se confronte alors à l'expérience de la crise sans avoir à sa disposition de délire ou d'hallucinations pour l'aider à la gérer. Quelquefois ces mouvements dépressifs se retournent en mouvements un peu paranoïdes (ou, comme le décrit W.R. Bion, les affects

dépressifs sont retournés en affects persécutifs) : on ne veut pas lui laisser son urgent... Mais ses tentatives pour utiliser ses mouvements projectifs défensifs sont fragiles, et très rapidement, dans l'échange, les éléments dépressifs reviennent en surface. Quelques fois, il se demande si cette phrase de sa mère et qui résonne en lui comme une douleur insoutenable n'est pas vraie « C'est ton destin d'être à l'hôpital » lui aurait-elle dit...

La réadaptation consiste à faire le deuil des liens de dépendance avec l'équipe de soins, à établir des liens nouveaux (libidinaux et identificatoires) avec le groupe social. Pour Freud, le psychotique a, pour se protéger, désinvesti une partie du monde externe, pour réinvestir dans un second temps son propre Moi. Le travail de soins consiste à accompagner le patient dans ce mouvement où il va prendre le risque d'investir à nouveau le monde, source de conflit et de souffrance, alors qu'il n'est pas encore tout à fait prêt à s'y confronter. C'est ainsi que progressivement, Ali commence à investir autrui comme vraiment différencié de lui et dans une relation d'altérité, tolérant davantage la différence et la frustration. Il commence à renoncer à son important étayage sur le groupe soignant\*.

La notion d'enveloppe psychique, élaborée par D. Anzieu (1974, 1985), nous permet de penser cette transformation, qui est aussi un moment de crise, de façon plus précise. D. Anzieu reprend l'idée Freudienne du moi construit comme une enveloppe autour du ça. Il donne prolongement à cette idée en proposant l'analogie du moi avec la peau. Comme le moi entoure le corps, le protège et le délimite, le moi-peau entoure la psyché, la protège et la délimite. Le patient schizophrène, aux prises avec son moi non encore unifié (ou désunifié), c'est-à-dire morcelé, et dans une recherche urgente d'enveloppe qui pourrait le contenir, investit des enveloppes de substitution. Cela peut être certaines personnes de son entourage, un soignant, une équipe de soins. Et il investit alors le monde externe comme des parties de lui-même, sans distinction véritable avec sa propre enveloppe psychique. Il s'agit alors, pour le patient qui a, comme Ali, investi l'enveloppe du groupe des soignants, de commencer à constituer une autre enveloppe dans laquelle l'enveloppe soignante pourra trouver sa place, mais sans envahir tout l'espace.

Ces réinvestissements d'enveloppes successive, emboîtées, mais aussi se chevauchant, s'intercroisant, s'imbriquant, demandent à l'individu une capacité de repérage et de symbolisation importante. C'est par interaction avec ces groupes et sous-groupes, que le patient constituera sa propre enveloppe psychique (interne) défaillante. C'est en effet, par les interactions avec les groupes externes que se construit le moi dont une des fonctions est de différencier le dedans et le dehors. Une autre de ses fonctions est de filtrer les excitations : externes et internes.

La réadaptation consisterait alors dans le passage de l'enveloppe soignante aux autres enveloppes externes : les groupes non soignants, le groupe social, culturel. Cette hypothèse de changement d'enveloppe rejoint les travaux de plusieurs chercheurs sur la réadaptation et la réhabilitation. La réadaptation serait ainsi le travail préliminaire à effectuer pour amorcer le passage dans la seconde enveloppe non soignante : c'est comme une remise en phase par rapport au fonctionnement du deuxième espace à explorer, comme un espace de sas, un entre-deux. La réhabilitation, elle, serait le temps suivant dans lequel le sujet trouverait vraiment sa place dans cette deuxième enveloppe, avec le rétablissement de l'articulation du sujet au monde social (l'enveloppe sociale). La réinsertion consisterait à trouver une place, une fonction, à l'intérieur de l'enveloppe sociale, permettant de différencier un dehors et un dedans, enve-

\* R. Kaës nomme cet étayage sur le groupe : l'anacritisme secondaire (1993, p.196).

loppe dans laquelle des places existent, et des fonctions sont définies. Got (1989) le dit avec d'autres mots : pour lui, la réadaptation représente le temps du passage de l'« être malade » à l'« être social ». phase qui se déroule dans un lieu spécial (un « centre de réadaptation ») pour un temps limité, alors que la réhabilitation représente la véritable insertion ou réinsertion » du patient, après son émancipation du centre. (Got, cité par Garrabé, J., et V. Kapsambelis, V., 1992, p. 3). Dans une même optique, pour d'autres auteurs, comme Jolivet (1987, 1989), la réhabilitation est le pôle social de la réadaptation. »

Jolivet « distingue deux temps dans le processus d'actions dont doit bénéficier le patient psychotique ». 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 ». Conformément au modèle de l'itinéraire, le dispositif de soins est organisé sous forme de petites structures autonomes, représentant autant de « points de rencontre possibles » entre soignés et soignants - d'où la notion de « signifiant porteur » - chacune de ces structures en possédant un qui lui est propre et qui spécifie sa fonction (« repos », « relais », « travail », etc.). Le deuxième temps, lui, est constitué par le processus de **réhabilitation**, « pôle social de la réadaptation », étant, bien entendu que les deux temps peuvent s'imbriquer. Ce temps s'enclenche lorsque le sujet « est amené à formuler une demande d'insertion professionnelle et sociale qui soit sa demande, c'est-à-dire suffisamment soutenu libidalement » - 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).

### 3. *Le deuil de la maladie*

Ali parvient progressivement à véritablement s'inscrire dans un projet et dans une histoire, même si l'annonce de la concrétisation de ce projet donne naissance à un moment dépressif. L'équipe l'accompagne maintenant dans le travail du deuil, un deuil difficile de son état antérieur (deuil de la maladie) avec les bénéfices secondaires liés à la dépendance à une équipe. Il s'agit également d'un travail de réorganisation de ses investissements, de ses points d'étayage, de sa relation de dépendance à l'équipe soignante; pour la mise en place de nouveaux étayages à l'extérieur du groupe soignant. Et face à cette expérience de rupture, Ali a de grandes difficultés à assumer le lien au monde extérieur. Monde qui est aussi un monde social.

Nous rejoignons ici les travaux de Quidu et Got (1982, 1983), qui développent la notion de « crise de réadaptation » (de Verbizier, 1972). Cette crise renvoie à la nécessité de traverser un deuil, qui implique lui aussi un « travail, ("travail de réadaptation") et "consiste à désinvestir la maladie pour investir la réalité extérieure". C'est donc, avant tout, **un deuil de la maladie** et des avantages qu'elle entraîne ». Comme plusieurs chercheurs l'ont montré, ce deuil de la maladie peut être accompagné « d'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 (Garrabé, J., V. Kapsambelis, V., 1992, p. 3). C'est pourquoi le soin de réadaptation peut être marqué par une crise adaptative [...] dont peut rendre compte une possible aggravation de leur symptomatologie: résurgences anxieuses, troubles du sommeil, tentatives de suicide avec ou sans état dépressif caractérisé, 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 virtuellement présente devant chaque étape du processus de réadaptation-réinsertion même si ses moments culminants se situent à l'entrée et à la sortie de l'institution (Garrabé, J. et V. Kapsambelis, V., 1992, p. 3).

## Pour conclure

Pour Ali, se réadapter à la réalité externe c'est aussi abandonner sa **toute puissance**, son univers imaginaire qui restait le dernier lieu protégé dans lequel il pouvait encore se sentir à l'abri. Ou plutôt pas trop en danger. Et de temps en temps, il évoque, mais comme on raconte une histoire ancienne, son ancien délire et ses hallucinations à des stagiaires de passage dans l'institution. Mais le cœur n'y est pas. Il doit alors se décentrer de lui-même, abandonner un peu de ses investissements narcissiques pour réinvestir le monde externe. Il se sent alors déprimé et se marginalise. Au niveau identitaire, il se sent très fragile et oscille entre un mouvement régressif, de retour en arrière, dans son ancienne façon de gérer sa vie, ses relations aux autres, et une nouvelle façon, inquiétante, angoissante dont il se défend avec un comportement un peu plus psychopathique, avec des airs de revendication, des menaces de tout laisser tomber, de couper les liens avec l'équipe soignante... Et dans son appartement, il commence à se sentir mieux. Enfin chez lui. Il investit ce lieu avec ces moments d'échange et d'expérience avec son co-locataire qu'il apprend à connaître. Et il apprend, lentement, à gérer les relations avec les autres, des connaissances qui deviennent des amis. Ali y fait l'expérience qu'il peut être également un membre d'un ensemble, qui ne soit pas le groupe des soignants et auquel il appartient. S'intégrant au grand groupe de la communauté humaine, qui n'est plus le cercle limité de l'hôpital ; il devient, comme le dit Freud, et tout en constituant sa propre histoire, le maillon d'une chaîne dont il est membre, serviteur et bénéficiaire (Kaës, p. 40).

L'évolution de ce patient, suivi de façon discontinue depuis plus de douze années, nous amène à réfléchir au processus de changement.

### 1. *Le changement du patient*

En douze ans, Ali a changé. On peut, sans trop prendre de risque au niveau psychopathologique avancer qu'il a des modes de relation d'objet intégrant la relation à l'autre comme vraiment différent de lui (relation d'altérité), qu'il n'utilise plus de manière préférentielle des mécanismes de défenses spécifiques à la psychose (déné, rejet, clivage, projection, identification projective) et que ses angoisses sont plus proches des angoisses dépressives (angoisses de perte d'objet) que des angoisses qu'il éprouvait auparavant (angoisses de vidage, de néantisation et de morcellement). Que nous pensions la psychose en termes de structure (S. Freud, J. Lacan, J. Bergeret), en termes de position psychique (M. Klein) ou de noyau psychotique co-habitant avec une partie névrotique (W.R. Bion), il convient de constater le processus de changement chez Ali, et sa capacité à élaborer et symboliser ses expériences.

\* Les auteurs précisent : « Comme tout travail de deuil, le travail de réadaptation peut aussi s'enliser dans l'immobilisme, le patient restant "écartelé entre le désir d'autonomie avec ses risques, et l'attrait des bénéfices secondaires de la maladie».

## 2. Le travail sur la part muette du patient et de l'équipe déposée dans l'institution

D'où provient notre (grande) difficulté à (re)mobiliser cette part des patients mise en dépôt dans l'institution et rendue muette : ce que certains nomment la chronicité et qui s'exprime par un lien de dépendance à **l'institution**? N'est-ce pas parce que nous aussi nous y déposons, comme le dit J. Bleger une part muette de nous-même : la part symbiotique et indifférenciée de notre personnalité? Partie de nos patients, qui a arrêté de parler et que l'on ne remarque plus. Appellant, de notre part, un aveuglement en miroir : chronicisation de notre regard... Comment ré-écouter ce cri sans voix, étouffé dans les murs : souffrance présente mais emmurée, gelée, glacée... ?

Une part de notre travail pourrait consister à remobiliser ces parts muettes, vouées au silence et permettre que redevienne processus ce qui est devenu non-processus (Bleger), que le fond redevienne une forme. Souvent, dans les couloirs, « loin » des réunions officielles nous entendons le mot de « clinique », comme une musique nostalgique d'un temps révolu... Nous est-il possible de continuer à penser, pour s'empêcher de se transformer en statue immobile ? Pouvons-nous nous recentrer chaque instant sur notre objet : les sujets en souffrance, et mettre figure, en image, en mot, en pensée : reconquérir cet espace, jamais complètement acquis, remobiliser en nous ces parties qui se figent, ressentir et penser pour survivre mais aussi pour soigner? Arriver à penser, lutter pour penser, se faire violence pour penser la psychose face à l'inertie qui gèle nos psychés de soignants : gel de la pensée comme en parlait Anzieu. Et tenter d'accompagner le patient dans le réseau de soin, toujours en construction ■

## Bibliographie

Anguelergues, S., 1989. *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. Presses Universitaires de France (coll. Les champs de la santé), éd., Paris.

Anzieu, D., 1974. Le moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, 195-203.

Anzieu, D., 1985. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.

Corin, E., 1987. Intervention aux 1<sup>ères</sup> journées de l'Union Internationale d'Aide à la Santé Mentale (cité de Demengeat, 1981). Inédit.

Demengeat, M. 1981. Vingt ans après. Réadaptation, psychose au long cours, lieux intermédiaires. *Actualité psychiatrique*, 1981, 11, n°3,97-106.

Freud, S., 1914. Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle*. Paris : Presses Universitaires de France. 1985. 81-105.

Freud, S., 1921. Psychologie collective et analyse du moi. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot. 1981. 117-217.

Garrabe, J., Kapsembelis, V., 1992. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizo-phréniques, l'expérience française. In *Encyclopédie médico-chirurgicale*. 37295 E 10.

Gimenez, G., 1994. Entre chaos et pensée, l'hallucination, un contenant présymbolique. In : D. Anzieu (directeur). B. Gibelin. D. Houzel. S.Tisseron. G. Lavallée, G. Gimenez, Barruel, *L'activité de pensée, émergences et troubles*. Paris : Dunod, 145-156.

Gimenez, G., 1997. Des Voix à la parole. In Green, A., Bottella, S., Botella, C., Boubli, M., Gimenez, G., Aulagnier, P., Fonagy, J., Pinol-Douriez, M., *Pulsions, représentations, langage. Théorie et clinique psychanalytiques*. Delachaux et Niestlé, 93-133.

Gimenez, G., 1998. La thérapie des psychoses et la question de la réadaptation. *Actes des 2<sup>èmes</sup> Rencontres des C.A.T.T.P. Adultes, Réinsertion, réhabilitation, réadaptation*, Avignon, le 08, 09 et 10 décembre 1998, Ed. ERAP.

Gimenez, G., 2000. *Clinique de l'hallucination psychotique*. Paris, Dunod (sous presses).

Got, R., 1989. Continuité et réadaptation. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1989, 35, n°3, 30-35.

Jolivet, B., 1987. Traitement et réhabilitation en psychiatrie. *Actualité psychiatrique*, 1987, 17, n°6, p. 54-60.

Jolivet, B., 1989. Argumentaire sur la réhabilitation en tant que pôle social de la réadaptation. *Actualité psychiatriques*, 1989, 19, n°5,48-50.

Kaes, R., 1979. Introduction à l'analyse transitionnelle. In *Crise, rupture dépassement*. Paris, Dunod, 1-81.

Kaes, R., 1993. *Le groupe et le sujet de groupe*. Paris, Dunod.

Quitu, M, Got, R., 1981. Aspects psychologiques de la réadaptation. *Actualité psychiatrique*, 1981, 11, n°3, 69-75.

Quitu, M, Got, R., 1982. *Marginaux et santé. La réadaptation sociale en psychiatrie*. Les éditions ESF, Paris.

Sivadon, P, 1981. Synthèse et conclusion du colloque sur la réadaptation des malades mentaux, Billier, mai 1980. *Actualité psychiatrique*, 1981, 11, n°3,65, 109-113.

De Verbizier, J., 1972. *La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail*. Thèse de médecine, Bordeaux, 1954.