

La modification du lien thérapeutique comme élément du processus de réhabilitation psychosociale

R. Giraud, N. Navarro, J. M. Tarissan and F. Hassani

Volume 18, Number 2, Fall 1993

Qualité de vie et des services

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032281ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032281ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Giraud, R., Navarro, N., Tarissan, J. M. & Hassani, F. (1993). La modification du lien thérapeutique comme élément du processus de réhabilitation psychosociale. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 217–227.
<https://doi.org/10.7202/032281ar>

La modification du lien thérapeutique comme élément du processus de réhabilitation psychosociale

Dix années de pratique dans un secteur de psychiatrie adulte dans un Centre hospitalier spécialisé de Lyon (France), nous ont amenés à réfléchir sur les problèmes que nous avons rencontrés quant au devenir des patients hospitalisés.

À sa création en 1982, l'équipement de ce service se composait essentiellement de trois unités de 50 lits hospitaliers de malades dits «chroniques», depuis plusieurs années à l'hôpital et pour la plupart sans aucun projet hors l'hospitalisation. Il nous a semblé qu'il était impossible de rester dans cette position figée pour tous ces patients.

Notre hypothèse a consisté à ce que chacun d'entre eux puisse de nouveau entrer dans les soins, avec un projet spécifique, afin qu'ensuite il puisse quitter l'hôpital, celui-ci ayant joué son rôle, et retrouver une place dans la société.

Ce travail a permis à de très nombreuses personnes de quitter l'hôpital et nous avons pu réduire le nombre de lits des deux tiers,

n'ayant plus actuellement que deux unités de 25 lits. Nous disions à l'époque qu'il fallait au préalable l'étape des soins pour ensuite passer à celle du champ de la réalité et du social. Ceci était cependant chaque fois rendu très difficile du fait que pour presque tous les patients, tout ce qui était de l'ordre du social n'existait plus qu'à l'hôpital, et que tous les liens autres étaient soit coupés, soit très distendus.

Les projets ont toujours été très longs à aboutir, bien que pour beaucoup les manifestations psychopathologiques soient éteintes depuis longtemps. Parallèlement à ce travail avec les patients chroniques, nous avons été confrontés aux patients faisant leur première décompensation ou arrivant pour la première fois à l'hôpital. Ici, en revanche, tous les patients avaient un réseau social, plus ou moins dense, antérieurement à l'hospitalisation.

Nous nous sommes alors trouvés devant deux attitudes extrêmes, qui pouvaient chaque fois être sources de difficultés et de problèmes:

- Soit vouloir privilégier à tout prix les liens sociaux existants à l'extérieur, en niant la pathologie, en évitant l'hospitalisation, mais alors le patient s'enfonçait dans la maladie et les difficultés psychologiques, et par ce biais se coupait de son réseau social. Ce que nous voulions préserver était paradoxalement détruit par notre non-interventionnisme.
- Soit prendre une position médicale rigide en disant: les soins avant toute chose, les soins exclusivement. Ceci entraînant une rupture de tous les liens sociaux et la nécessité d'une réinsertion et d'une réadaptation ultérieure, toujours très difficile, dévoreuse de temps et d'énergie et qui elle aussi était paradoxale: le patient «guéri» de ses troubles n'avait comme seul statut possible que le statut de malade.

De ces deux extrêmes nous voyons que lorsque l'un des deux pôles, social ou médical, est à une position zéro, cela entraîne une situation bloquée, très difficile et très longue à faire évoluer.

À partir de nos observations, travaux et analyses, nous présenterons dans un premier temps, le constat de la chronicité en héritage à l'Hôpital psychiatrique et le projet de déchronicisation mis en place; dans un second temps, une réflexion sur la modification des liens qui vont de la déchronicisation à la réhabilitation et enfin, un exemple clinique viendra illustrer notre propos.

Le constat de la vie du déroulement du quotidien dans les trois unités composant notre service de soins à cette époque nous a amenés à constater que la chronicité se définissait par;

- La rupture des patients avec le monde et la vie extérieure. (Certains patients ne sortaient pratiquement jamais à l'extérieur, n'avaient presque plus de liens avec leur famille et n'avaient aucune perspective de projet ou d'espoir portant sur un ailleurs ou un avenir dans le réel).
- Une rupture entre les malades au sein de la même unité. (On assistait à une relation très pauvre, quasiment inexistante entre eux, ou se réduisant au minimum indispensable à une vie collective). On peut dire qu'il y avait là un groupe sériel ne manifestant qu'un intérêt particulier les uns vis-à-vis des autres. Chacun étant pratiquement seul avec lui-même.
- Une pseudo-psychiatrie 24 heures sur 24. Le malade restait malade mental en toutes circonstances, le jour, la nuit, les jours de fêtes, pendant les vacances, et quels que soient l'événement ou les circonstances, et ce même après de longs mois, voire de longues années passées au sein de l'unité. Il y a là une déconsidération de la personne et de la dignité du malade qui ne peut en aucun cas se retrouver dans une intimité propre, personnelle, et est dilué au sein du groupe de patients considéré en permanence comme malade.
- Le malade est sorti du champ des soins actifs. Bon nombre d'entre eux effectuaient des tâches diverses dans l'hôpital: à la boulangerie, à la buanderie, à la ferme, au jardin, aux ateliers. Chaque «malade travailleur» obtenait un pécule en contre-partie. N'étant plus dans un espace de soin à visée thérapeutique, c'est-à-dire aucune perspective et aucune évolution réelles et sensibles ne se dégageant pour chacun d'eux, nous pouvons parler ici de chronicité, la veille ressemblant à aujourd'hui, et aujourd'hui à demain. Face à cette situation, l'arrivée de nouveaux soignants a créé un changement de conception et surtout une volonté de déchroniciser.

Une volonté de déchroniciser

Les soignants ont participé activement au projet de déchroniciser et désaliéner. Les premières mesures prises ont été:

1. Un vrai projet de soin individualisé: Une réunion clinique hebdomadaire est organisée, dans laquelle sont présents chef de

service, médecins, psychologue, surveillant, infirmiers, assistante sociale. Tous ensemble, après une analyse de la situation du patient, nous proposons un projet et un contrat de soin. Le contrat est écrit en trois exemplaires, signé par le médecin responsable et le patient lui-même.

- À la fin du contrat, un point clinique est de nouveau organisé, les résultats évalués, et une poursuite éventuellement envisagée.
 - Le projet a un début et une échéance (d'une durée de un à trois mois, réductible si nécessaire).
 - Le projet dégage des objectifs de soin clairement définis. Le patient est réintroduit dans un espace de soin.
 - La méthode utilisée était le «trépied thérapeutique», à savoir un pied pour un travail de soin effectué par les psychologues, un autre par les médecins, et un troisième par les infirmiers. Chaque partenaire travaillant dans son champ propre, et le tout concourant aux mêmes objectifs.
2. Distinguer très clairement l'espace de soin de l'espace hôtelier. Ce qui signifie que les soins s'effectuent dans un temps, dans un lieu, avec des soignants précis, et la partie hôtelière se trouve dans un autre espace, un autre temps, avec d'autres soignants. Le but est double; amener le patient vers de véritables soins, et l'aider à se retrouver en tant qu'individu dans l'espace hôtelier (repas, chambre individuelle, etc).
 3. Ouvrir radicalement la structure asilaire sur le monde extérieur:
 - Pour les hospitalisés: redécouvrir la réalité sociale et s'y intégrer progressivement.
 - Pour les soignants: une ouverture de la poursuite des soins en dispensaire, à domicile ou dans les centres d'accueil.

Si les premiers résultats positifs ne se sont pas fait attendre, il a fallu néanmoins plusieurs années pour régler de manière fiable et durable le cas de certains patients. Ce qui a permis à l'équipe d'affiner sa connaissance du soin, de travailler pour s'adapter aux demandes et besoins d'aujourd'hui (unité de 25 lits, mixité dans les unités), et d'avoir une conception architecturale des unités conformes à un véritable espace hôtelier, différenciés de l'espace de soin.

Ceci nous amène tout naturellement à l'étape de la Réhabilitation psychosociale, comme approche spécifique à articuler avec les soins.

Nous envisageons la réhabilitation comme un travail sur le liens: resocialiser un malade, c'est l'aider à établir, à renouer des liens (avec son environnement socio-culturo-professionnel et familial). Parler de réhabilitation psychosociale, c'est au préalable redéfinir, recentrer le soin, et la fonction soignante: créer des liens intrapsychiques de base pour aller vers les liens du champ social.

En ce sens, cette nouvelle conception interroge l'appellation de thérapeutique pour des pratiques et des structures appartenant au champ social. Il semblerait qu'il faille sortir de la confusion, c'est-à-dire de distinguer le champ thérapeutique du champ social/familial.

Le champ thérapeutique se conçoit avec son cadre et son dispositif de soins, avec ses limites. *«La fonction soignante s'exerce à partir d'un projet thérapeutique dans le cadre d'une relation thérapeutique entre des soignants et un malade, et dont l'objet est la prise en charge d'une souffrance, au travers d'angoisses, d'affects, de ruptures, de productions imaginaires ou de passages à l'Acte qui tous font sens et témoignent.»* Dans ce champ, la dominante est le soin avec ses différents contenus. *«Le champ de la réadaptation, celui-ci est en prise directe sur la réalité extérieure, le champ social, la vie. D'autres acteurs, d'autres partenaires y interviennent... La référence n'est plus «thérapeutique» mais celle de tout un chacun. On y parle d'hébergement, de travail, de ressources, de relations à l'entourage»* (Docteur Jallade, Premières Journées sur la Réhabilitation Psychosociale, Lyon, avril 1991, dans Fonction soignante et Réhabilitation). Dans ce champ, la dominante est sociale avec ses différents programmes de réhabilitation. Clarifier sans cliver ces deux champs, semble évident, mais combien difficile, et les exemples ne manquent pas. Tout ceci pose la question du rôle, de la place, de la fonction de chacun.

D'un coup, au delà d'être novateur, ce concept interroge l'articulation des différents acteurs, qu'ils soient soignants et/ou non-soignants. La réhabilitation est un processus dans lequel le handicap, le soin, le social, inter-agissent. Il ne s'agit pas de perdre son identité ou sa spécificité, il s'agit peut-être de penser l'autre, de penser l'ailleurs possible et imaginable. Ce processus nécessite un savoir-faire et un savoir-être. Pour maintenir l'équilibre entre le champ thérapeutique et le champ social, on est obligé de penser le lien social sans se sentir menacé d'éviter ainsi le soin.

Ainsi la fonction soignante va s'articuler avec la réadaptation dans le processus de réhabilitation. L'équipe pluridisciplinaire en santé mentale, avec la collaboration de son assistante sociale, est

aussi garante quelque part de ce processus à l'œuvre. Cette équipe ne travaille pas seule. Elle collabore avec d'autres instances, d'autres partenaires professionnels, avec la famille. Dans cette méthode de travail, le professionnel en santé mentale doit préserver le lien social, quand il existe, si peu existant soit-il.

C'est dans cette articulation, dans cet espace transitionnel, que vont se jouer des mécanismes inconscients. Aussi, la capacité d'élaboration, de communication, de méta-communication d'une équipe de travail, va-t-elle permettre à celle-ci de prendre du recul, afin d'envisager et de proposer un axe de travail, une ouverture vers autre chose.

Nous concevons la fonction de l'équipe soignante comme triple: circonscrire le champ de soins; aider le patient à acquérir de nouvelles pratiques relationnelles dans le champ social; accepter l'idée que la souplesse du lien maintenu et la possibilité de revenir dans le champ du soin si nécessaire, favorisent le maintien des étayages extérieurs, aidant ainsi le malade à se réadapter.

Pour ce faire, les soignants doivent s'organiser vite, afin que les patients aient différents pôles d'investissements. La réhabilitation a de multiples facettes, son processus est à l'œuvre dès l'hospitalisation, au sein même de l'unité de soins. Le patient aura à expérimenter différents va et vient:

- entre l'hôpital et le chez-soi,
- entre le collectif et l'individuel,
- entre le soin psychiatrique et le social,
- entre l'être et le faire,
- entre le malade et le citoyen,
- entre le dedans et le dehors,

le moyen privilégié pour y parvenir fait intervenir la notion de groupe en parallèle avec le soin individuel, et la notion de différents lieux d'investissements.

Nous citons à nouveau le Docteur Jallade: *«Ainsi de duelle qu'elle était, la relation thérapeutique va s'ouvrir à d'autres partenaires. De centrée sur l'expression d'une souffrance psychique, elle va se déplacer sur d'autres problématiques... Il existe un ailleurs en dehors de Nous, il existe des relations à nouer avec des personnes différentes de nous, tel est le message symbolique que, un jour ou l'autre, l'équipe soignante doit adresser au malade¹.*

Nous ne sommes plus dans l'imaginaire, le symbolique, nous sommes dans le réel d'un accompagnement qui va aider chaque patient «à sortir de l'internement psychiatrique». Ce sera dans cette étape intermédiaire, dans cette création de structure, cet espace transitionnel², que se tisseront les liens, que s'effectueront des rencontres. Cette position à la fois théorique et pratique de la réhabilitation doit prendre appui non seulement sur l'état du patient, mais également sur l'analyse des demandes du milieu.

L'exemple clinique de Thérèse met en évidence cette fonction de liens adaptables, souples, solides, entre le thérapeutique et les réseaux sociaux concernés. De l'hôpital, où elle a bénéficié des soins pendant un an environ, elle a été orientée vers un foyer thérapeutique, pour vivre ensuite dans un studio, d'abord avec le soutien d'une association, puis de façon plus autonome.

Depuis le début, le lien avec les soignants de l'hôpital (médecin, psychologue, assistante sociale) s'est maintenu en se modifiant au cours de son évolution. L'exposé de cet exemple sera donné à partir de la position de psychologue, en interaction avec les autres acteurs:

Thérèse, 30 ans, a été hospitalisée pour la première fois en 1980 à la demande de ses frères et sœurs. Sur son dossier sont notés des comportements obsessionnels, une attitude de repli, un mutisme inquiétant. Pourtant assez vite son état s'améliore, elle critique ses idées de persécution, exprime son sentiment de «partir de tous les côtés» lorsqu'elle va mal, et remonte la pente doucement. Une sortie est envisagée après un mois d'hospitalisation. Elle vit seule, après le décès de sa mère, l'année précédente, et le départ de son père qui s'est remarié dans une autre région. Elle travaille et la vie reprend son cours.

Son frère fait de nouveau appel à l'hôpital début 1981, son comportement est redevenu inquiétant: difficultés dans le travail, phobie de la conduite de sa voiture, persécution. D'améliorations en rechutes, Thérèse parviendra tout de même à sortir du circuit psychiatrique, grâce à l'étayage durant quelques mois de visites à domicile effectuées par les infirmiers qui l'avaient connue à l'hôpital.

On n'entend plus parler d'elle jusqu'en mars 1985, date à laquelle l'une d'entre nous la rencontre. Entre temps, elle a été licenciée de son entreprise, elle n'a jamais cherché un nouvel emploi. À son entrée dans le service, à 35 ans, elle a physiquement l'air d'une très jeune fille, ou d'une adolescente à l'aspect quelque peu fantomatique. Elle est très éprouvée par l'épreuve qu'elle vient de subir: un

isolement total, allongée dans le noir chez elle durant des jours avec un terrifiant sentiment de persécution, elle est en outre mutique.

Après quelques temps d'observation, nous déterminons pour elle le champ et le contenu du soin: Elle aura trois pôles de prise en charge: médical, infirmier (prise en charge par la médication de packs³ ou enveloppements humides) et psychothérapie.

L'Assistante sociale du service prendra par ailleurs en mains les questions concernant sa situation sociale difficile.

Les débuts en psychothérapie sont difficiles, elle reste mutique ou presque. La psychologue n'a d'autre solution pour l'aborder que de verbaliser ses propres pensées et sentiments sur la situation, afin que quelque sens puisse advenir dans la faillite de la mentalisation. Ce à quoi elle répond au début que je parle chinois et qu'il est inutile que je cherche à la comprendre (j'apprendrai bien des années plus tard que la verbalisation des pensées et des sentiments n'avait pas cours dans sa famille).

Avec les packs cependant, quelque chose se vit dans le corps et peut en être dit dans les entretiens. Le travail des uns permet au travail des autres de progresser, des interactions, des liens se créent. Peu à peu nous percevons la prégnance de ce que la mise en représentation morbide justifiant son entrée semblait indiquer: une identification massive à la mère morte, dépassant largement une réaction de deuil passagère. Cette mère, représentée pour elle par son comportement énigmatique évoquant une gisante, ne peut pas encore être recueillie dans l'espace thérapeutique, elle avait envahi jusqu'aux murs de son appartement, elle menace Thérèse de l'intérieur, d'où son sentiment de persécution.

Après de longs mois de soins, alternance de sorties, réhospitalisations, une certaine acceptation s'établit pour elle de notre place de soignants à son égard. Dans le service elle va s'intégrer doucement, et même trop bien à notre avis. Elle commence à présenter les aspects de la chronicisation qui ont été notés plus haut dans notre exposé. Une lutte pied à pied contre cette évolution s'engage avec elle qui envisage trop bien son statut de malade incurable hospitalisée.

À la suite d'une réunion d'élaboration clinique réunissant toute l'équipe de soins de l'unité et le médecin-chef du service, il apparaît que son appartement — sordide, morbide, selon les infirmiers qui y sont allés — lieu de solitude aussi intense que celle du tombeau, est devenu une sorte de crypted fascinante. Elle s'y enterre quelques

temps après chacune de ses sorties de l'hôpital et il faut la déloger avec effraction. Il ne peut représenter un ailleurs possible.

Décision est prise de lui éviter cette répétition de la régression morbide, en lui demandant de ne pas réintégrer tout de suite son appartement.

Décision inhabituelle, qui nous stupéfie nous-mêmes lorsqu'elle nous paraît la seule envisageable, mais qui s'appuie aussi sur la nécessité pour Thérèse de l'étayage du groupe pour survivre.

Entre l'hôpital et chez elle, il faut trouver un lieu de vie collective: un foyer d'hébergement thérapeutique lui est conseillé. Un travail de reconnaissance est fait avec ce nouveau lieu, ses soignants, ses habitants, et c'est avec une mauvaise grâce attendue qu'elle finit par accepter de tenter l'aventure.

Aventure qui durera quatre ans et durant laquelle le psychiatre, l'assistante sociale et la psychologue du service continueront à la voir, maintenant ainsi un lien avec l'intra-hospitalier. Ce lien entre intérieur et extérieur, passé et présent, se concrétisera aussi par des réunions de synthèse ponctuelles entre le médecin, les infirmiers référents, l'assistante sociale et les professionnels du foyer thérapeutique, Chaque partie dans sa tâche respective, essentielle à l'ensemble, permettra la lente remontée de Thérèse vers la vie.

Méfiance, ruptures, retours ont jalonné nos premières années de psychothérapie. Il lui fallait faire expérimenter l'abandon, le désintéret, la disqualification.

Dans les entretiens, elle se centrait de plus en plus sur ce «mauvais foyer» qui ne pouvait rien lui apporter, de même que nos rencontres. Puis, grâce à la relation vraie, passionnée, houleuse, nourrissante avec d'autres résidants du foyer avec lesquels elle a été contrainte de vivre, elle a commencé à découvrir le monde des émotions, des sentiments, des pulsions.

La possibilité, voire l'obligation, de vivre de nouvelles relations a débloqué son aversion à reconnaître en elle quoi que ce soit de vivant. Nous arrivions à une étape importante qui scellait un pacte de confiance, car elle avait pu expérimenter, malgré toutes ses tentatives pour pousser ses soignants et accompagnateurs au désespoir, la solidité du cadre proposé. Celui de l'équipe de l'hôpital comme celui du foyer, chacun gardant le cap décidé en commun malgré les tempêtes.

Elle put plus tard quitter ce foyer, après s'être d'elle-même défaite de son appartement, et emménager dans un joli studio que le hasard — mais qui pourrait y croire? — situe dans le quartier de

l'hôpital. Sans doute, comme nous l'avons souvent remarqué chez d'autres, est-il important pour elle de sentir qu'elle peut facilement revenir. Une soupape de sécurité, même qui resterait virtuelle, est quelque part planifiée dans l'espace. Elle a conservé par ailleurs des relations importantes avec d'anciens résidants du foyer devenus des amis.

À l'époque de ce dernier changement de résidence, son comportement nous fit encore craindre une décompensation, mais quelque chose avait fondamentalement évolué en elle: de la chape de l'identification à la mère morte, elle était passé à l'évocation de sentiments d'abandon générateurs de revendication et de révoltes porteuses de vie. Elle utilisera encore beaucoup de temps à tester la qualité du lien psychothérapeutique et la psychologue avoue avoir été obligée elle-même à une grande souplesse adaptative: à des réglages permanents de la distance selon ses besoins du moment, à un jonglage entre position analytique et position étayante plus affectivée.

Elle a maintenant bien changé. Féminine, presque femme, elle a du plaisir à penser, à découvrir ce monde des affects qui est en elle, et, fait nouveau pour elle qui vient d'un milieu très frustré, elle se découvre un talent pour la peinture, des désirs de création. Il nous a même semblé percevoir récemment la représentation en elle d'une mère accueillante, consolatrice, qui peut réparer l'enfant blessé et à laquelle elle s'identifierait.

Il reste cependant une interrogation importante, puisque nous parlons de réadaptation psychosociale: elle ne veut plus travailler comme elle le faisait avant sa maladie et préfère pour le moment vivre avec une pension d'invalidité.

L'histoire n'est pas encore fini... et Thérèse a sans doute encore beaucoup à découvrir et nous à apprendre. Notamment sur ce que les soignants entendent par réhabilitation, et ce que les patients indiquent des choix qu'ils peuvent faire. Nous ne pouvons sans doute pas plaquer un schéma du but de la réhabilitation comme un retour systématique à des normes sociales classiques, mais plutôt comme la possibilité de retrouvailles avec une économie libidinale incluant la possibilité de choix.

De nos propos sur la chronicité, et de cette observation clinique, il nous apparaît que le soin psychiatrique doit savoir limiter son champ d'intervention à ce qui est de l'ordre de ses compétences. S'il veut tout faire, tout contrôler, il ne fait, à notre avis, rien de bon. Nous

pensons d'ailleurs, que la même formulation peut être faite concernant le social.

Chaque partenaire professionnel devrait avoir en tête, pour aider le patient à se situer face à ses nombreux intervenants, que l'autre existe, le reconnaîtra et lui laisser la possibilité d'occuper une place, sa place. Pourtant cela n'est pas toujours de voir où sont les limites du social et du médical, surtout quand, selon les moments, pour une même personne, le plateau de la balance penche tantôt du côté du social, tantôt de celui du soin.

Ceci implique aussi de devoir nécessairement travailler avec les membres de l'équipe soignante, avec d'autres équipes soignantes, avec d'autres partenaires sociaux. Mais nous pensons que le patient a tout à gagner de ces multiples intervenants, tout comme nous, nous avons à gagner à mêler nos idées, nos recherches, nos réflexions.

NOTES

1. Dr. S. Jallade, 1988, A Rehabilitation Program in a French Mental Hospital, *International Journal of Mental Health*, 17, n° 2.
2. Winnicott, 1971, *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris. *De pédiatrie à psychanalyse*, Payot, 109-125.
3. *Information psychiatrique*, 1974, Le Pack: Woodbury, n° 1; *Information psychiatrique*, 1988, La désinstitutionalisation aux États Unis, n° 10.

R. Giraud est
surveillant-coordonnateur;
N. Navarro est psychologue;
J. M. Tarissan est psychiatre;
F. Hassani est surveillant-chef.
Tous travaillent à l'Hôpital
Saint-Jean-De-Dieu à Lyon en
France.