

## *Table des matières*

PRÉFACE, <i>Jacques Dill</i> .....	7
AVERTISSEMENT .....	11
AVANT-PROPOS.....	13
INTRODUCTION.....	15
Des troubles graves nécessitant le recours à des institutions .....	15
Les deux registres du soin psychiatrique.....	16
L'hégémonie conceptuelle de la psychanalyse remise en question.....	17
Les structures médico-sociales, nouveaux lieux du soin relationnel.....	17
 <b>I. Le soin psychique des troubles psychotiques</b>	
LE STYLO DU PSYCHIATRE.....	21
Un drôle de troc.....	21
Un premier objectif a été atteint sans dommage.....	22
... et sans mettre en péril la vie psychique de la patiente.....	22

Les conditions d'une véritable alliance thérapeutique ont été réunies.....	23
La cécité des soignants souvent fait avorter l'alliance thérapeutique.....	24
Reconnaître le patient comme un interlocuteur à part entière.....	25
Le socle de la psychothérapie institutionnelle.....	25
Reconnaissance des compétences personnelles et non simulacre d'alliance.....	26
Ainsi se constitue l'investissement de la relation soignante par la patiente, préalable à la création de toute démarche de soin.....	26
POUR QUELLE PSYCHIATRIE MILITER ?.....	29
De la révolte contre l'asile à la création du « secteur »..	29
Une consultation en groupe.....	32
Une décennie résumée en neuf points.....	33
Deux façons d'exercer le même métier.....	37
La pratique psychiatrique nécessite de sortir du modèle médical.....	39
RÉFLEXIONS SUR LE SOIN INSTITUTIONNEL	
DES TROUBLES PSYCHOTIQUES.....	41
Un fonctionnement mental particulier.....	41
Son résultat : un double exil.....	42
Quelle réponse ?.....	43
Comment mettre en œuvre cette réponse psychothérapique, ce soin psychique ?.....	45
Trouver le cadre soignant adéquat.....	45
Le rôle soignant : exister psychiquement en présence du patient.....	46
Réintroduire dans le cadre soignant ce que la psychose a expulsé.....	48

Une double attention à la réalité externe et à la réalité psychique.....	48
La réalité, vecteur de communication.....	49
L'intérêt des prises en charge institutionnelles.....	50
Chaque institution a sa personnalité.....	51
Trois sortes d'institutions.....	52
<i>Les structures répondant au désir de dépendance</i> .....	52
<i>Les structures déniaient le désir de dépendance</i> .....	53
<i>Les structures ambiguës</i> .....	53
Participation active des utilisateurs.....	54
L'anticipation thérapeutique.....	55
L'exercice de la sollicitude.....	55
L'ingrédient indispensable au soin :	
l'alliance thérapeutique.....	56
Le sentiment d'appartenance.....	57
Le vécu d'appropriation.....	57
« Lorsque tout va bien, c'est chez nous ».....	58
« Lorsque tout va mal, c'est chez eux ».....	59
Comment définir ou décrire la fonction soignante auprès de ces patients ?.....	59
Un obstacle : la séduction narcissique.....	61
Organiser une réponse instituée à la séduction narcissique.....	62
<b>LA RÉALITÉ QUOTIDIENNE COMME OUTIL THÉRAPEUTIQUE.....</b>	<b>65</b>
La réalité quotidienne facilite l'investissement de la relation.....	66
La réalité quotidienne permet la communication.....	67
La réalité quotidienne est l'occasion d'une confrontation entre deux fonctionnements mentaux.....	72
À quelles conditions la réalité peut-elle être utilisée comme outil thérapeutique ?.....	73

QUELS TOITS POUR SOIGNER LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES .....	75
FONCTIONS D'ACCUEIL ET RÔLES SPÉCIFIQUES DANS LES STRUCTURES RÉSIDENTIELLES POUR PATIENTS PSYCHOTIQUES .....	83
Un double objectif : accueil et soin psychique.....	83
La maison d'accueil psychothérapique.....	84
Les psychotiques et la réalité.....	85
Intérêt des structures résidentielles.....	86
Elles sont investies narcissiquement.....	86
Éviter le double déni des défaillances et des compétences.....	87
Permettre l'exercice de la capacité de sollicitude.....	88
Fonctions d'accueil.....	88
Créer un climat de familiarité.....	90
Accueillir aussi les symptômes.....	91
Le groupe soignant : sept accueillants plus des intervenants spécifiques.....	92
La dimension psychothérapique de la fonction d'accueil.....	93
Des moments spécifiques structurant le séjour : les entretiens-bilans.....	94
Pourquoi un représentant de l'équipe d'accueil dans les entretiens ?.....	96
Les entretiens psychothérapiques.....	97
Le thérapeute de groupe.....	99
La réunion du groupe soignant.....	99
La séduction narcissique.....	100
Des signes qui doivent rester toujours lisibles.....	101

LES COMMUNAUTÉS THÉRAPEUTIQUES :	
EXEMPLES ET NON MODÈLES.....	103
Les communautés thérapeutiques (CT)	
ont peu de chances de servir de modèles.....	103
La place des institutions en psychiatrie.....	104
Des capacités défaillantes à soutenir.....	105
Deux démarches thérapeutiques.....	105
Un territoire à investir, un troisième territoire.....	106
<i>Particularités de ce territoire</i> .....	107
<i>La question essentielle de l'investissement</i>	
<i>du cadre de soins</i> .....	107
<i>Premier risque : le retrait psychique du groupe</i>	
<i>soignant</i> .....	108
<i>Deuxième risque : le retrait psychique du groupe</i>	
<i>des patients</i> .....	110
Un territoire à partager.....	111
<i>Réalité psychique et réalité matérielle</i> .....	111
<i>Les actes parlants</i> .....	111
<i>Organiser la réalité partagée en cadre</i> .....	112
Une occasion d'exister comme sujet.....	113
<i>Le rôle de l'institution</i> .....	114
<i>Les soignants institutionnels sont des balises</i> .....	115
Une possibilité de se soigner.....	116
<i>Le travail psychique du nouveau-né</i> .....	116
<i>Le deuil originaire</i> .....	117
<i>Le deuil de l'omnipotence</i> .....	117
<i>L'omnipotence bafouée par la réalité</i> .....	118
<i>Aider le patient à apprivoiser son omnipotence</i> .....	119
<i>La fonction soignante des intervenants</i>	
<i>et la réunion d'équipe</i> .....	119
Conclusion.....	120

COMMENT PRENDRE SOIN D'UN SUJET TRAUMATISÉ PAR UNE PREMIÈRE CRISE PSYCHOTIQUE ? .....	123
Première émergence délirante chez un jeune homme de 19 ans .....	124
<i>Quelques mots sur Adrien</i> .....	124
Un conflit interne ingérable .....	125
Des réponses qui laissent intact le conflit psychique .....	125
Les effets psychiques des soins sous contrainte .....	126
<i>Première semaine d'Adrien à la MAP</i> .....	127
La suite de ce séjour .....	128
<i>L'avenir d'Adrien</i> .....	129
Quitter la MAP .....	130
Réflexions sur ce séjour .....	131
En guise de conclusion .....	132
RÉFLEXIONS SUR LA SOLLICITUDE .....	135
UN OBSTACLE AU CHANGEMENT :	
LA SÉDUCTION NARCISSIQUE .....	145
Trois sortes d'obstacles au changement .....	145
Le concept de séduction narcissique .....	146
Un élément constitutif de la relation soignante .....	147
Un détour par la petite enfance .....	148
La stratégie inconsciente du fonctionnement psychotique .....	150
Jean et l'hôpital de jour .....	152
Deux axes de réflexion .....	153
Dernières nouvelles de Jean .....	154
Comment faire face à la séduction narcissique ? .....	156
Comment s'en prémunir ? .....	157
L'investissement glissant .....	158

## II. Accompagnement et soin dans les structures médico-sociales

RÉFLEXIONS SUR LA FONCTION SOIGNANTE	
DES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES.....	163
Accueillir la chronicité.....	164
Mais alors quel est notre rôle ?.....	165
Deux modes de fonctionnement institutionnel.....	166
Le fonctionnement lacunaire.....	167
La capacité de sollicitude.....	168
Savoir différer la réponse.....	169
Psychiatrie de la bonté ou psychiatrie de la réflexion ?.....	170
L'inévitable affrontement.....	170
Une occasion d'intervention soignante.....	171
Les petites blessures quotidiennes.....	172
L'énorme travail psychique du nouveau-né.....	172
Le deuil originaire.....	173
Le deuil de l'omnipotence.....	173
L'omnipotence bafouée par la réalité.....	174
Aider les patients à apprivoiser leur omnipotence.....	175
La responsabilité des psychiatres.....	175
L'indispensable temps de réflexion clinique en équipe.....	176
Favoriser ou inhiber les capacités soignantes des intervenants.....	177
Penser contre l'ennui.....	177
LA DIMENSION PSYCHIQUE DES RELATIONS	
D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL.....	179
Toute situation d'aide est à l'origine d'une blessure narcissique.....	179
Toute relation d'aide fait courir le risque d'autodisqualification.....	183

### III. Supervision et transmission

UN PSYCHANALYSTE EN VADROUILLE.....	191
Dimitri ou l'organisation d'un cadre de prise en charge.....	194
Diego et sa moto.....	198
Rose et sa minerve.....	200
LE MALAISE DES SOIGNANTS FACE AU CONTACT PARADOXAL Ou : une hirondelle ne fait pas le printemps, ou : un comportement psychotique ne signe pas une psychose.....	205
LE SYMPTÔME ÉBLOUISSANT ET LE PSYCHIATRE AVEUGLÉ.....	215
VOICI VENU LE MOMENT DE TRANSMETTRE.....	221
Une transmission en crise.....	221
<i>Une transmission qui ne va pas de soi.....</i>	221
<i>Il y a cinquante ans : la naissance du secteur.....</i>	223
<i>Transmission ou acculturation ?.....</i>	223
<i>Des changements soutenus par le pouvoir administratif.....</i>	224
<i>La psychiatrie relationnelle : un héritage aujourd'hui         menacé de destruction.....</i>	225
État des lieux comparatif.....	225
<i>État de la psychiatrie asilaire :         vermoulue et endormie.....</i>	226
<i>En face d'elle de redoutables militants.....</i>	226
<i>Des militants soutenus par l'air du temps.....</i>	227
<i>La psychiatrie relationnelle actuelle :         vivante et vigoureuse.....</i>	228
<i>Une culture psy qui n'est plus en phase         avec l'air du temps.....</i>	228
<i>Les atouts de la psychiatrie annoncée.....</i>	229



Et demain ?.....	230
<i>Rendre l'héritage acceptable.....</i>	230
<i>Sortir de l'enfermement doctrinal.....</i>	231
<i>Utiliser la langue commune.....</i>	232
<i>Éviter la complaisance à soi-même.....</i>	232
<i>Reconnaître la validité d'autres approches soignantes...</i>	233
<i>Reconnaître la fonction soignante des structures     médico-sociales.....</i>	233
<i>Expliciter la légitimité du temps soignant.....</i>	234