AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017 N° 286

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle.

Présentée et soutenue publiquement

le 10 Novembre 2017

Par

Eugénie CATTIN

Née le 7 novembre 1984 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Adrien Altobelli, PH

Jury :

M. Le Professeur Thierry Baubet, PU-PH…….. Président

M. Le Professeur Franck Nicolas, PU-PH

Mme Le Docteur Dalila Rezzoug, MCU-PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under **http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/**

Remerciements

Au Professeur Thierry Baubet,

qui me fait l'honneur de présider cette thèse.

Aux membres du jury, Mr le Pr Nicolas Franck et Mme le Dr Dalila Rezzoug.

Au Dr Adrien Altobelli,

pour son accompagnement et son soutien sans faille. Il m'a dirigé dans ce travail et m'a poussé à m'aventurer hors des sentiers battus.

Au Dr Christophe Chaperot,

pour son accueil au sein de son service Abbevillois, et pour avoir inspiré par sa pratique ce travail de thèse.

A mes parents,

pour leur soutien actif et constant tout au long de ces études. Pour leur confiance inébranlable malgré les tours et les détours.

A mes frères,

Mathieu et Grégoire.

A ma grand-mère maternelle bien aimée,

pour sa curiosité intellectuelle toujours renouvelée.

Aux amis qui m'ont accompagnée, supportée et soutenue au fil de ce parcours.

A Arnaud,

pour sa patience et sa présence essentielle.

Table des matières

1. Introduction. 8

2. Psychothérapie institutionnelle 10

2.1 Contexte historique *10*

2.1.1 Préalable à la naissance du mouvement 10

2.1.2 Saint Alban 11

2.1.3 Les avancées de la psychiatrie et l'évolution de la psychothérapie institutionnelle dans les années 1950 12

2.1.4 La mise en place du secteur 13

2.2 Fondements théoriques *14*

2.2.1 Marxisme et aliénation sociale 15

2.2.2 Psychanalyse et aliénation psychopathologique 16

2.2.2.1 Freud et la découverte de l'inconscient et du transfert 16

2.2.2.2 Lacan et la « démarche de compréhension de la psychose » 17

2.2.2.3 Les psychanalystes des psychoses. 17

2.2.2.4 La sociothérapie 18

2.3 Concepts et outils *19*

2.3.1 Le transfert dissocié 19

2.3.2 Constellations de transfert 20

2.3.3 Ambiance et pathoplastie 21

2.3.4 Transversalité 22

2.3.5 Club et fonction club 23

2.3.6 Le concept de réunion 24

3. La réhabilitation psychosociale 25

3.1 Historique du mouvement *25*

3.1.1 Origine et naissance 25

3.1.2 Les mouvements d'usagers aux Etats-Unis 26

3.1.3 Le modèle Fountain House Club 26

3.1.4 Particularités Françaises 27

3.1.5 Le mouvement du Handicap 29
3.1.6 Les lois sur le Handicap en France 30
3.2 Fondements théoriques 32
3.2.1 Principes de Cnaan 32
3.2.2 Principes de M. Farkas. 34
3.2.3 Les modèles 34
3.2.3.1 Modèle du retentissement fonctionnel 35
3.2.3.2 Le modèle stress vulnérabilité 36
3.2.4 Empowerment 36
3.2.5 Rétablissement 37
3.2.5.1 Le concept de rétablissement 37
3.2.5.2 Quelques principes du rétablissement 37
3.2.5.3 Deux acceptions du rétablissement 38
3.3 Les outils de la réhabilitation psychosociale 38
3.3.1 Etapes de la réhabilitation 38
3.3.2 Les outils 39
3.3.2.1 La remédiation cognitive 39
3.3.2.2 Education thérapeutique et psychoéducation 39
3.3.2.3 Entrainement des compétences sociales 40
3.3.2.4 Entrainement Métacognitif 40
3.3.2.5 Insertion professionnelle et sociale 41
4. Mise en rapport des deux mouvements 41
4.1 Les clubs 42
4.1.1 Les clubs dans les services orientés par la psychothérapie institutionnelle 42
4.1.2 Les clubs appartenant au mouvement de la réhabilitation psychosociale 42
4.1.3 Mise en rapport des clubs dans les deux mouvements 43
4.1.3.1 Quelques principes de fonctionnement 44
4.1.3.2 Statuts légaux des clubs 45
4.2 Le collectif dans les deux mouvements 45
4.2.1 Historique des collectifs dans les luttes citoyennes en santé mentale 45
4.2.1.1 Histoire des mouvements d'usagers. 46

4.2.1.1.1 Aux Etats-Unis, mouvement des droits civiques et usagers de santé mentale 46
4.2.1.1.2 En France, le Groupe Information Asile 46
4.2.1.1.3 Les associations d'usagers et la Fnapsy 47
4.2.1.1.4 Le Livre Blanc des partenaires de santé mentale 47
4.2.1.1.5 Loi Kouchner de 2002, dite de « démocratie sanitaire », relative aux droits des malades et qualité du système de santé. 48
4.2.1.2 Théorisation de l'action collective en santé mentale par M. Monceau 48
4.2.2 Le Collectif dans la psychothérapie institutionnelle de Jean Oury. 50
4.2.2.1 Définition du collectif 50
4.2.2.2 De la coopération dans le collectif 51
4.2.2.3 Le collectif comme praxis : approche du collectif comme concept 52
4.2.3 Une intuition commune 54
4.3 Autour de la vie quotidienne 55
4.3.1 Intérêt de l'approche phénoménologique pour la compréhension de la vie quotidienne en réhabilitation psychosociale 55
4.3.1.1 La phénoménologie psychiatrique 55
4.3.1.2 Intérêt de la phénoménologie dans la compréhension du rétablissement 57
4.3.1.3 Phénoménologie et sciences cognitives 58
4.3.1.4 Remédiation cognitive et phénoménologie de la vie quotidienne 58
4.3.2 Vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle 60
4.3.2.1 Vie quotidienne et rencontre 61
4.3.2.2 Vie quotidienne et temps interstitiels. 62
4.3.2.3 De l'expérience partagée à l'étonnement partagé 63
4.3.3 Club et vie quotidienne 64
4.4 Du transfert 64
4.4.1 Le transfert psychanalytique 64
4.4.1.1 Transfert en psychanalyse et psychothérapie institutionnelle. 64
4.4.1.2 Ambiance 65
4.4.1.3 La relation transférentielle particulière dans la psychose 66
4.4.2 Transfert et remédiation cognitive : le transfert de compétences 68
4.4.2.1 Définition de la remédiation cognitive 68
4.4.2.2 Facteurs déterminants dans le transfert des compétences 70

4.4.2.3 Une approche du transfert : La conceptualisation 71
4.4.3 Club et transfert..... 72
4.5 Quelques expériences pratiques 74
5. Conclusion 75
6. Bibliographie..... 78

1. Introduction.

Psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale sont deux mouvements qui orientent la pratique psychiatrique. Les travaux retrouvés dans la littérature sur la mise en perspective de ces deux mouvements sont très peu nombreux et ont tendance à souligner leurs oppositions. Pourtant ces deux courants insistent sur une dimension humaine, existentielle.

La réhabilitation psychosociale est un courant qui s'appuie sur l'éducation thérapeutique et la remédiation cognitive qui a fait ses preuves dans le traitement de la schizophrénie, maladie princeps de la psychiatrie. Ce mouvement, apparu dans les années 1990 en France, a été influencé par les expériences américaines de soins psychiatriques communautaires mis en place dans les suites de la désinstitutionalisation.

La psychothérapie institutionnelle a été un courant fort, notamment en France. Elle bénéficie aujourd'hui de moins d'attention et la littérature la concernant est de moins en moins riche et semble tournée vers le passé. La question qui se pose peut alors être de savoir comment nourrir une pratique de la psychiatrie orientée par la psychothérapie institutionnelle à partir de perspectives plus actuelles.

Nous pensons qu'il est possible d'ouvrir les pratiques de la psychothérapie institutionnelle à d'autres mouvements plus récents. La participation à un groupe de remédiation cognitive au sein d'un service orienté par la psychothérapie institutionnelle, dans le service du Dr Chaperot a permis notre sensibilisation à cette ouverture. Cette expérience a permis de mettre en évidence que la cohabitation de ces deux courants, en pratique, était réalisable sans heurts. De plus, elle a permis de montrer les multiples points d'ancrage que trouvait cette activité de remédiation cognitive dans d'autres activités plus classiques d'un service orienté par la psychothérapie institutionnelle, telle par exemple la cafétéria du club.

Il semblait ainsi important de formaliser plus finement les liens qui semblaient naturels dans la pratique.

Nous n'avons donc pas cherché à définir les différences de positionnement ou d'orientation par lesquelles peuvent s'opposer la réhabilitation et la psychothérapie institutionnelle. Ces points ont déjà été abordés dans quelques travaux. (Chevallier-Fougas, 2009; Duprez, 2012)

Ainsi pour M. Duprez, *« là où la psychothérapie institutionnelle avance la question de la subjectivité et de la liberté de l'homme au sein des sociétés modernes, la réhabilitation pose*

celles de l'individualité, des droits et des libertés de la personne sans jamais produire une réflexion sur la question du pouvoir, sa distribution, et la façon dont il organise la ségrégation et la sérialisation des uns et des autres sous prétexte de leur faiblesse et de leur non-productivité. »

Nous nous sommes plutôt intéressés à ce qui relie ces deux courants.

La psychothérapie institutionnelle née en France dans les années d'après la seconde guerre mondiale va se structurer petit à petit, au travers de la création du secteur. Elle part d'un mouvement de désinstitutionalisation qui saisit de nombreux pays du monde à la même période.

Aux Etats-Unis, la désinstitutionalisation, de par le manque de structures mises en place pour prendre le relais de l'hôpital-asile, va produire des mouvements de révolte, dans le prolongement des mouvements pour les droits civiques et les mouvements de justice sociale. Ils vont aboutir à une organisation originale, bien séparée des soins psychiatriques en structure hospitalière, que sera la psychiatrie communautaire et qui initiera le mouvement de la réhabilitation psychosociale.

Ces deux mouvements, dont apparait ici l'intuition commune, partagent l'idée d'un soin possible de l'individu dans son milieu. Ils partagent l'idée d'un soin qui permette la prise en compte des aspirations du sujet avec toutes ses particularités et son individualité. Les deux mouvements insistent sur leur opposition à une vision normative du sujet. Ils partagent aussi la vision d'un soin au travers de la reprise des liens sociaux.

Nous avons pris le parti dans ce travail d'axer la réflexion autour de trois concepts qui revêtent une grande importance dans chacun de ces deux mouvements et qui sont le collectif, le transfert et la quotidienneté. Nous verrons comment ces trois points sont approchés de façon très différente par chacun des deux courants. Ils semblent ainsi constituer des points d'ancrage, des ports d'attache ou de rencontre, espaces d'échange où il est possible de se retrouver. Ces trois concepts se trouvent mis en application dans ce lieu de rencontre par excellence qu'est le club, dispositif retrouvé à la fois dans la réhabilitation psychosociale et la psychothérapie institutionnelle.

Nous allons dans ce travail montrer les points de rapprochement entre ces deux courants.

2. Psychothérapie institutionnelle

2.1 Contexte historique

2.1.1 Préalable à la naissance du mouvement

Le développement de la psychothérapie institutionnelle s'inscrit dans un contexte de mutation profonde de la psychiatrie. En effet, un changement de paradigme progressif s'opère au cours du 20ème siècle. Déjà Pinel, au 18ème siècle avait amorcé ce processus consistant à envisager la folie comme une maladie avec pour conséquence l'émergence de l'idée qu'un soin était possible. Il élabore la notion de traitement moral, et émet l'idée fondamentale que la maladie mentale ne touche qu'une partie seulement de l'individu. Il faut donc le soigner en s'adressant à la partie saine contenue en chacun des « fous ». La psychiatrie moderne nait véritablement de ce postulat. C'est aussi à ce moment-là que se développe la notion d'asile ; Il s'agit de rassembler les aliénés dans des lieux de soins qui remplacent les lieux carcéraux où il n'était question que d'enfermement et de mise à l'écart de la société. Pour Pinel, l'environnement est central dans le processus de guérison. Il travaille donc à la création de ces asiles pour en faire les premiers lieux d'accueil de la maladie mentale, et considère déjà que le cadre institutionnel de l'hôpital influence les soins.

Falret en 1854, publie son traité sur la « non existence des monomanies ». Il est alors le premier à réfuter l'idée de la maladie mentale comme une entité unique. Il s'inscrit dans la démarche très originale pour son époque, de donner un sens aux troubles mentaux et de les relier à des processus de pensée. Il devient ainsi le précurseur de la psychopathologie et ouvre la voie au développement de la nosographie psychiatrique.

Au début du 20ème siècle apparait sous l'influence de Magnan et Kraeplin, un mouvement de désaliénisme. La recherche se tourne vers la neurologie, le développement de la médecine scientifique faisant naître l'espoir de retrouver une étiologie aux troubles psychiatriques. C'est également le moment de la naissance de la psychanalyse avec Freud, et de toute une réflexion sur la psyché humaine. On ne pense plus le fou comme un aliéné, hors du monde « normal », mais on étudie les phénomènes mentaux à l'œuvre dans la pathologie mentale. Cependant, l'état des lieux est assez négatif en ce début de siècle. Koechlin et Daumezon, dans leur article princeps en dressaient le portrait suivant :

« En 1938, la situation psychiatrique française était essentiellement caractérisée par l'encombrement extraordinaire des diverses formations hospitalières. Le nombre des malades mentaux atteignait plus de 120.000. Dans les services parisiens, non seulement des lits avaient été installés au milieu de tous les dortoirs, mais un certain nombre de malades couchaient sur des matelas placés dans des couloirs. Un grand nombre de malades était envoyé traditionnellement en province, où ils venaient encombrer des établissements déjà pleins d'un contingent de sujets dont la réadaptation et la réinsertion sociale étaient encore plus difficile du fait de l'éloignement.» (Daumézon & Koechlin, 1952)

En 1942 a lieu le congrès de Montpellies, congrès des aliénistes qui regroupe la majorité des psychiatres de l'époque. Balvet, qui venait de passer de la direction de St Alban à celle du Vinatier à Lyon, va y prononcer une allocution dans laquelle il dénonce « la grande misère de l'assistance psychiatrique française », les conditions d'hospitalisation, le surpeuplement des asiles. Cette intervention n'a que peu d'effets lors du congrès, si ce n'est celui de permettre aux psychiatres engagés dans ce mouvement de désaliénisme et de changement profond de la psychiatrie de se rassembler avec un objectif plus clair concernant les luttes à mener. (Mornet, 2007)

2.1.2 Saint Alban

L'expérience de l'hôpital de Saint Alban, en Lozère, pendant la deuxième guerre mondiale est considérée comme une des premières grandes expériences relevant de la psychothérapie institutionnelle. Le terme de psychothérapie institutionnelle n'apparait qu'en 1952 sous la plume de Koechlin et Daumézon, dans leur article, paru en français dans les annales Portugaises de Psychiatrie et appelé « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine ».

L'expérience de Saint Alban débute avec l'arrivée de Paul Balvet dans cet hôpital reculé et isolé de Lozère. Il mettra en œuvre dès 1936 des mesures transformant la vie quotidienne des malades et amenant à une humanisation de l'asile. Ce lieu accueille pendant la guerre de nombreux résistants, artistes et intellectuels. Il accueillera notamment Francois Tosquelles, psychiatre catalan réfugié de la guerre d'Espagne, qui influera de façon très importante le mouvement de la psychothérapie institutionnelle. (Ayme, 2009)

Au beau milieu de la guerre et en réaction à celle-ci, l'hôpital de St Alban mettra en œuvre de nouvelles pratiques. Le rationnement des portions alimentaires sera particulièrement drastique envers les malades, qui, enfermés mourront de faim (60% de mort dans les asiles). A St Alban,

pour lutter contre la famine, les malades sont mis à contribution de l'entretien des cultures dans les exploitations agricoles avoisinantes et des potagers sont créés au sein de l'hôpital afin d'augmenter les ressources. La guerre crée un contexte où les rapports sont modifiés, les perceptions habituelles bouleversées. Les malades qui étaient jusqu'à présent enfermés de façon continue, vont être amenés à sortir des hôpitaux, en raison des évacuations ou simplement pour aller chercher de la nourriture. Toutes ces occasions vont révéler que, pour la plupart, les malades « fous » sont capables de se débrouiller hors de l'hôpital, peuvent se montrer adaptés et mener les activités du quotidien. Certains fuiront également. Par exemple à la Charité sur Loire, comme le raconte Le Guillant, lors du bombardement, de nombreux malades s'enfuirent. Certains revinrent après la guerre, à peu près un tiers, mais d'autres réintégrèrent leurs familles et un tiers disparut sans laisser de traces. Cela a permis pour certains psychiatres de l'époque, de remettre en question l'idée que les fous n'avaient leur place qu'à l'hôpital psychiatrique, et qu'ils ne sauraient vivre de façon adaptée dans la société.

Dans ce contexte, l'équipe de Saint Alban, sous l'influence de F. Tosquelles, tente de mettre en place une nouvelle proposition de soins, inspirée fortement par les travaux de H. Simon sur les « thérapeutiques actives à l'hôpital psychiatrique ».

D'autres initiatives voient le jour à la même période. George Daumézon, qui appartient au courant désaliéniste et sera l'un des grands fondateurs du secteur, et qui écrira plus tard l'article pionnier de la psychothérapie institutionnelle, introduit dès 1936 dans son service de Fleury les Aubrais, de nombreuses activités qui rassemblent soignants et soignés, appelées « activités distractives ». Il met en place des réunions cliniques où peuvent être abordés des aspects de la vie quotidienne des malades et les difficultés rencontrées par les soignants. Et enfin, il crée en 1949 les CEMEA, les Centres d'Entraînement aux méthodes d'Education Active, destinés aux infirmiers. En effet, il met ces derniers au centre de la prise en charge, et considère que leur formation est un élément essentiel dans le soin apporté aux malades. Les médecins encadrant ces stages sont formés aux techniques thérapeutiques de groupe, la dynamique de groupe, et le psychodrame.(Mornet, 2007)

2.1.3 Les avancées de la psychiatrie et l'évolution de la psychothérapie institutionnelle dans les années 1950

La première moitié du 20em siècle voit aussi se développer des traitements en psychiatrie. Tout d'abord les traitements de chocs, qui sont l'inoculation du paludisme, les traitements à l'insuline

(cure de Sakel), les électrochocs, « psychochirurgie »… ces traitements dit de chocs répondent tous plus ou moins à l'hypothèse d'une organogénèse des maladies psychiatrique, hypothèse dominante du point de vue de la chaire de psychiatrie qui travaille étroitement avec les neurologues. C'est un peu plus tard, en 1952, qu'apparaitra le premier neuroleptique, la chlorpromazine, rapidement suivie par d'autres. L'apparition des neuroleptiques jouera un rôle majeur dans le développement des soins extra hospitaliers. En réduisant la symptomatologie positive et en diminuant fortement l'agitation, ils contribueront à permettre aux malades de reprendre une vie au sein de la communauté et en dehors des murs de l'hôpital. Il est notable que la naissance de la clinique de Laborde dirigée par Jean Oury, ainsi que les élaborations de J. Lacan en psychanalyse eurent également lieu dans le début des années 1950.

Dans la suite de la création de ces CEMEA, Daumézon va poursuivre sa réflexion sur le rôle des infirmiers psychiatriques. Il postule l'idée, nouvelle et controversée à l'époque, que ceux-ci ont un rôle thérapeutique central du fait de leur partage de la vie quotidienne avec les malades. Dans la suite de la création des CEMEA il mettra en place des stages de formation destinés aux infirmiers psychiatriques.(Ayme, 2009)

De nombreux groupes de travail vont apparaitre pendant cette période très riche en élaboration. Ils rassemblent les différents acteurs, le plus souvent psychiatres, qui vont théoriser le mouvement du désaliénisme et de la psychothérapie institutionnelle. Citons la Société du Gévaudan, le Groupe de Sèvre puis le GTPSI. Le journal l'Evolution Psychiatrique voit également le jour à cette même période.

En 1952, Oury, disciple de F. Tosquelles ayant fait son internat à St Alban, créera la Clinique de Laborde qui deviendra, sous son influence, un lieu très important dans l'histoire de la psychothérapie institutionnelle.

2.1.4 La mise en place du secteur

Au même moment des réformes importantes ont lieu :

La circulaire ministérielle du 21 août 1952 sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques autorise les patients à garder leurs effets personnels et leurs vêtements, elle incite à une amélioration de la vie quotidienne des patients, à une amélioration des locaux. Le 4 février 1958, une autre circulaire règlementant les activités d'ergothérapie permet aux malades d'obtenir une rétribution pour leur travail qui était jusque-là considéré comme une contribution

au remboursement de leur frais de séjour. Progressivement, les réformes vont améliorer les conditions de vie des malades, instituer la mixité dans les services, permettre la création de services ouverts.

Une circulaire de 1960 définit le cadre législatif de la psychiatrie de secteur, calqué sur l'expérience du secteur 13 de Paris (ASM 13) mise en place par P. Paumelle dont l'idée fondatrice était de déplacer le lieu du soin hors de l'hôpital. Il sera la résultante d'une convention entre département et un hôpital et doté de moyens techniques et financiers spécifiques. La politique de secteur instaure alors la notion de soins de proximité et axe la prise en charge sur les soins extra-hospitaliers.

Ce dispositif permettra la création de nombreuses structures extra-hospitalières très diverses, telles que les hôpitaux de jours, centres de consultation, Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, accueil de nuit, accueil d'urgence pour en citer quelques-uns. Tous ces dispositifs contribueront à sortir du caractère chronique et enfermant des soins psychiatriques asilaires. (Mornet, 2007)

2.2 Fondements théoriques

La psychothérapie institutionnelle est une orientation de certaines équipes de psychiatries qui théorisent le travail en équipe, la notion de réunion, le travail sur le milieu psychiatrique et social.

Pour F. Tosquelles la psychothérapie institutionnelle s'appuie sur les deux « jambes » que sont la psychanalyse et le marxisme, représentant bien la double aliénation, sociale et psychopathologique du sujet (Schaepelynck, 2013). Ces deux jambes ne vont pas l'une sans l'autre. Citons ainsi F. Tosquelles à ce sujet : *«pour que la première jambe ose se projeter dans le vide, tout le corps prend appui sur l'autre jambe, et ainsi alternativement. Hélas ! nous constatons que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre... Ne manquent non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse. »(Ayme, 2009)*

Le développement de la théorisation autour de la psychothérapie institutionnelle nait de plusieurs influences. Il prend naissance dans un contexte de réflexion autour du rôle des psychothérapies en psychiatrie, et sera très lié au développement de la psychanalyse, et en particulier à la pensée de J. Lacan. Il se situe également dans un contexte politique marqué par

la pensée communiste et Marxiste. La construction de la pensée de la psychothérapie institutionnelle nait de la rencontre entre ces deux influences.

2.2.1 Marxisme et aliénation sociale

Le Marxisme en 2017 est une référence datée et qui parle peu aux équipes de soins. Nous pouvons en rapporter l'une des principales élaborations pour la psychiatrie que fut la distinction par J. Oury de l'aliénation sociale et de l'aliénation psychopathologique. J. Oury vient ainsi se distinguer nettement du courant anti psychiatrique qui tend à confondre problématique sociale et problématique individuelle.

F. Tosquelles avait lui-même participé à la création du POUM, parti ouvrier d'unification marxiste, avant de fuir l'Espagne. On retrouvera dans les clubs thérapeutiques l'esprit espagnol de discussion collective dite en assemblée générale dans lequel des problématiques concrètes portées par tous seront partagées et discutées dans un dépassement des clivages par statuts.

Dans cette optique, l'analyse institutionnelle désigne un outil de réflexion permanent sur l'aliénation sociale et la façon dont l'institution porte ces clivages. Il s'agit d'analyser les rapports de forces à l'œuvre dans l'institution.

Freud travaille aussi sur l'aliénation sociale à sa manière en étudiant les rapports de l'individu à son groupe social. L'aliénation d'une partie de la liberté de l'homme pour vivre avec les autres membres du groupe.

Pour P.J Laffite *« Leur socle théorique politique est un marxisme antistalinien s'ancrant dans les années 1930, ni forcément trotskiste, ni anarchiste, mais toujours radical. L'important est la façon de se dialectiser au quotidien, pour ne pas tout écraser sous une idéologie. Un milieu régi par les seules lois du champ social se trouve souvent écrasé par des logiques de compétition (hiérarchiques, marchandes, etc.). Travailler un tel milieu, briser ses stéréotypies et l'ouvrir à ce qui est de l'ordre de la rencontre et du hasard, c'est bousculer les relations humaines réelles, les lieux, leurs occupations. L'organisation coopérative des tâches brise les effets artificiels des activités « occupationnelles » (l'école, l'hôpital), et ceux, morbides, des hiérarchies traditionnelles qui « vont de soi » et sont pour cela les plus dangereuses : les soignants d'un côté, les soignés de l'autre, les fous et les pas fous »* (Laffitte, 2016)

2.2.2 Psychanalyse et aliénation psychopathologique

L'influence de la psychanalyse est essentielle dans le développement de la psychothérapie institutionnelle. On peut noter d'emblée que cette référence à la psychanalyse distinguera dès sa naissance la psychothérapie institutionnelle du désaliénisme de Daumézon et Bonnafé, fondateurs du secteur dans le courant duquel nous pourrons voir les prémices du courant de la réhabilitation psychosociale. Pour J. Ayme, la psychothérapie institutionnelle nait de la rencontre entre psychanalyse et psychiatrie publique.

2.2.2.1 Freud et la découverte de l'inconscient et du transfert

Freud va d'abord travailler sur la névrose, en particulier les mécanismes à l'œuvre dans l'hystérie. Il mettra en place à partir de 1895 les bases conceptuelles et techniques de la psychanalyse. Notamment sa découverte majeure, celle de la découverte de l'inconscient et du transfert. Il met ainsi le sujet au centre de la préoccupation des thérapeutes. (Delion, 2011a)

Il se penchera plus tard sur la question de la psychose, influencé par les travaux de Bleuler sur la dissociation mentale.

A partir de ses théorisations sur l'inconscient, il reprend le « cas Shreber », point de départ de son étude des psychoses, en particulier la paranoia. A cette occasion il propose l'idée, majeure, que le délire puisse être une tentative de guérison.

C'est véritablement par la conceptualisation du transfert que Freud apporte une pierre fondatrice à la psychothérapie institutionnelle. Le transfert, transposition d'affects parentaux/primaires, sur la personne du psychanalyste, deviendra surtout un levier thérapeutique grâce à la découverte de Freud.

Cependant, c'est également sur la question du transfert que Freud butte dans sa réflexion sur la prise en charge des patients psychotiques, en particuliers Schizophrènes. Il a déjà compris que le dispositif de la cure analytique qu'il a mis au point ne convenait pas au traitement de ces patients.

C'est justement le traitement de la schizophrénie qui va être l'objet d'intérêt de la psychothérapie institutionnelle. Pour J Ayme, *« Une psychothérapie prenant pour support la vie quotidienne et la convivialité avec les schizophrènes, c'est à cette tâche qu'il fallait s'atteler, faire preuve d'inventivité et recueillir en contrepartie les effets formateurs de cette nouvelle clinique »*(Ayme, 2009)

2.2.2.2 Lacan et la « démarche de compréhension de la psychose »

Lacan s'intéressera d'emblée à la psychose. Il publie sa thèse de psychiatrie en 1933, qui porte sur « La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité ». C'est cette même thèse que F. Tosquelles emporte avec lui quand il fuit l'Espagne, et qui constitue la base de sa réflexion sur le traitement des patients psychotiques. Lacan définit dans sa thèse les psychoses comme *« un ensemble de troubles mentaux [marqués par] l'absence de tout déficit décelable par les épreuves de capacité, [….]et l'absence de toute lésion organique »*(Lacan, 1933)

Il reprend les travaux de Freud, notamment sur le cas du président Schreber, pour développer sa conception de la psychose. Il en tirera deux points en particulier qui sont la forclusion lié à la fonction symbolique paternelle, et le narcissisme lié à l'expérience du miroir (Mornet, 2007). Les avancées théoriques de J. Lacan sur le traitement psychanalytique des psychoses influenceront beaucoup certains psychiatres du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Toutefois, c'est aussi sur cette influence que se cristalliseront les conflits aboutissant à une rupture de certains par rapport à la psychothérapie institutionnelle. Ceux qui penchaient plus sur le versant « social » et ceux dont l'influence communiste était la plus forte, vont rejeter l'influence Lacanienne et prendre des distances avec le mouvement. Certains comme l'équipe de Paumelle, garderont une approche plus Freudienne et prendront également des distances avec Tosquelles et Oury.

Pour J. Ayme, ce sont les outils conceptuels mis en place par J. Lacan qui vont permettre des avancées majeures dans le traitement des patients psychotiques.

« Son "retour à Freud" lui permet une avancée théorique sur le traitement des psychoses. Il nous propose ce qu'on peut appeler une "psychanalyse à trois dimensions" qui offre la possibilité de prendre en compte les aspects institutionnels. Par exemple la distinction entre privation, frustration et castration, articulée aux trois catégories de l'imaginaire, du symbolique et du réel, ou encore le tétrapode sur quoi s'appuient les quatre discours du maître, de l'hystérique, de l'universitaire et de la psychanalyse, selon la place qu'occupent respectivement S barré, "a", S1 et S2. »(Ayme, 2009)

2.2.2.3 Les psychanalystes des psychoses.

De nombreux psychanalystes vont également apporter des outils conceptuels, en particulier dans le traitement de la schizophrénie.(Chaperot, 2014)

Gisella Pankow aborde la psychose à partir de la «structuration dynamique de l'image du corps » (Pankow, 1987).

« *La dissociation pankowienne correspond, au contraire, à la transgression des rapports du tout à ses parties : les parties s'autonomisent, acquièrent de façon aberrante un statut de totalité. Idées délirantes et perceptions hallucinatoires peuvent dès lors être entendues comme des parties du sujet qui ne sont plus vécues comme telles, mais comme des entités différenciées, autonomes, des parties éjectées de soi-même qui font retour comme des corps étrangers dans la réalité du vécu psychotique. »* (Poupart, 2014)

Piera Aulagnier élabore la théorie des « pictogrammes » qui interviennent comme des représentations « archaïques » antérieures à l'avènement de la parole.

Mélanie Klein sera une des premières à appliquer la psychanalyse au traitement des psychotiques, notamment chez les enfants. Elle montre l'ancrage des mécanismes à l'œuvre dans la psychose, qu'elle analyse à partir des modalités précoces des relations objectales du bébé dès ses premiers jours. Selon cette théorie, ces modalités se retrouvent dans l'organisation psychotique.

Winnicott, élève de Mélanie Klein, propose la théorie de la « mère suffisamment bonne » et des mécanismes de projection et d'introjection.

Racamier développe le concept de « paradoxalité » dans la schizophrénie, résidant en une subversion des catégories du discours associant des « inconciliables » « non opposables » (Chaperot, 2014)

2.2.2.4 La sociothérapie

Il faut citer Herman Simon, précurseur, qui a également influencé très directement F. Tosquelles dans son travail à St Alban. Psychiatre allemand proche de Freud et Bleuler, il décrit les trois maux de l'hôpital que sont selon lui l'inactivité, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité.

Il propose une psychothérapie collective par la modification de l'ambiance dans l'hôpital. Il fait l'hypothèse qu'une partie de la pathologie est due non pas à la maladie mentale en elle-même mais également à l'influence négative du milieu, et en particulier de l'hôpital. Il propose une thérapeutique s'appuyant sur *« la liberté, inspirée par le « no restraint » et « l'open door », qui ne doit pas être confondue avec le simple « laisser faire ou laisser aller » la responsabilisation*

par la « thérapeutique plus active » et la structuration téléologique du milieu, la maitrise psychothérapeutique du milieu avec étude des résistances émanant du personnel et de l'hôpital »(Delion, 2011a)

Les travaux de F. Fromm Reichmann à la clinique de Chesnut Lodge dans les années 1940 posent les principes d'une psychothérapie psychanalytique intensive institutionnelle. Elle insiste sur la nécessité d'un engagement relationnel honnête du thérapeute et considère que le celui-ci doit être au service de son malade. Elle envisage la schizophrénie comme un processus, et postule que ce soit par l'interrelation personnelle et également groupale que le soin peut advenir. (Chaperot, 2014)

2.3 Concepts et outils

2.3.1 Le transfert dissocié

Le transfert dissocié est le rassemblement des éléments clivés du transfert dans la psychose.

En conceptualisant le transfert, défini par Laplanche et Pontalis comme *« processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre de la relation analytique […] sous la forme de répétitions de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué »*(Laplanche & Pontalis, 1990), Freud en fait la base de tout travail psychothérapeutique. Cependant, sont travail et sa pratique ayant portés en majeure partie sur la névrose, et l'hystérie en particulier, il pourra dire alors que *« la cure psychanalytique ne s'adresse pas aux malades souffrant de psychose »*(Freud, 1904). C'est plus tard, notamment par sa rencontre avec Jung que Freud va s'intéresser à la psychose. Il changera alors son point de vue, comprenant cependant que le dispositif de la cure analytique, en l'état n'est pas adapté aux patients psychotiques, et qu'une approche différente du transfert est nécessaire pour envisager le traitement psychothérapeutique de ces patients.(Delion, 2011a)

Ainsi dans il écrira un peu plus tard *« Il ne serait pas du tout impossible que ces contre-indications cessassent d'exister si l'on modifiait la méthode de façon adéquate et qu'ainsi puisse être constituée une psychothérapie des psychoses »(Freud, 1915)*

Pour J. Mornet *« La psychothérapie institutionnelle s'appuie sur une approche psychanalytique de la maladie mentale. Elle apporte un regard nouveau sur la relation transférentielle qui se*

tisse entre le psychotique et le soignant en l'élargissant bien au-delà de la seule relation duelle : c'est toute l'institution qui devient partenaire du lien transférentiel. »(Mornet, 2007)

F. Tosquelles désigne par le terme de « transfert multiréférencié » la relation de transfert particulière des psychotiques, particulièrement les schizophrènes. Jean Oury se saisira de cette idée qu'il développera en l'appelant par la suite « transfert dissocié ».

Il se base sur la conception de G. Pankow de la psychose selon laquelle le psychotique est essentiellement dissocié. Les parties de son « corps » étant clivées les unes des autres, dans le corps dissocié, il n'y a pas de dialectique entre la partie et le tout.(Oury, 2006)

Pour cette raison, le transfert au lieu d'advenir sur une modalité duelle, a lieu sur l'ensemble des différentes figures de l'institution. L'institution est ainsi pensée comme un objet de transfert. Il s'agit alors de rassembler les « éclats » de ce transfert dissocié, notamment en réunissant les personnes concernées par la prise en charge. La question sous-jacente est, pour l'institution, comment faire face à l'éclatement à l'œuvre dans le processus schizophrénique, et qui se projette à travers le transfert, sur l'institution. Le phénomène le plus classique en étant le clivage et les divisions d'une équipe. (Chaperot, 2014)

2.3.2 Constellations de transfert

De la notion de transfert dissocié découle celle de constellation de transfert, terme inventé par F. Tosquelles. Cette constellation désigne l'ensemble le plus complet possible de toutes les personnes pour qui on peut dire qu'il existe une relation transférentielle avec le patient. Il s'agit de rassembler les « morceaux » du transfert dissociés. Ainsi, le travail de la constellation transférentielle servirait de « dispositif anti-effondrement ». (Mornet, 2007)

Dans l'institution et dans le travail avec les patients psychotiques *« Des relations, des investissements, si minimes soient-ils, existent toujours. Cette constatation est à la base d'une notion essentielle, bien mise en valeur par Tosquelles : la « constellation » ».*(Oury, 2007)

L'objectif de la constellation de transfert est son rassemblement en réunion, permettant le rassemblement des transferts partiels et multiples de la personne sur des morceaux clivés de l'institution.

« En réunissant les multiples investissements hétérogènes que le psychotique fait sur l'institution, il lui permet de relâcher son effort de maintien et l'aide à rassembler les fragments

de lui-même, et ainsi, de les combiner dans une organisation plus solide et plus stable. »(Mornet, 2007)

Pour P. Delion également : *«Il ne s'agit pas de réunir un groupe qui prend en charge tel patient pour parler de ce qui se déroule au niveaux conscients et objectifs, bien plutôt de réunir ce qui a pu ou peut être l'objet d'un investissement partiel du sujet en question, que ce soit les soignants qu'il apprécie, mais aussi ceux qui le persécutent, de façon à approcher les différents niveaux qui constituent la réalité psychique projetée du patient sur son entourage.»*(Delion, 2011a)

Il est intéressant de souligner que l'effet de rassemblement psychique du travail sur la constellation transférentielle avait été décrit à la Clinique de Chestnut Lodge sous le nom d' « effet Stanton et Schwartz », élaboré par ces deux même cliniciens. Ils décrivaient alors, au travers l'anecdote d'un patient suivi par deux thérapeutes différents et dont l'état s'était spectaculairement amélioré suite à un échange entre eux, un phénomène institutionnel fondamental. C'est-à-dire l'amélioration clinique, par exemple de l'état d'agitation d'un patient, une fois que les désaccords ou les conflits de différents membres de l'équipe soignante avaient pu s'exprimer.

2.3.3 Ambiance et pathoplastie

J. Oury nommera « pathoplastie » l'influence néfaste de l'ambiance négative sur les malades. Les exemples sont multiples. Citons notamment l'agitation et le gâtisme. La pathoplastie pour Oury, est aussi ce qui se rejoue de l'aliénation sociale. L'outil pour lutter contre cette aliénation, et donc cette pathoplastie selon lui, est le Club qui vient tiercéiser la relation entre patient et établissement.

S. Resnik en s'intéressant à la notion de « champs transférentiels » écrivait *« L'expérience du transfert se développe dans un champ et dans un temps donnés, éléments constitutifs de l'idée de cadre analytique, ou setting »*(Resnik, 1999). Il souligne ainsi l'importance de l'organisation d'un établissement, de son cadre, de sa fonction d'accueil, et de son ambiance, pour que puisse advenir le transfert.(Delion, 2011a)

L'importance de l'ambiance découle en grande partie des théories d'Herman Simon. Il considérait l'établissement comme un organisme malade et donc à traiter, et citait l'ambiance défavorable de l'hôpital comme un des trois maux dont sont menacés les malades mentaux dans

les hôpitaux. J. Oury insistera beaucoup sur l'importance de l'ambiance, qu'il nommera *« les entours »*, et sur ses effets chez les patients. Il postule l'idée que les schizophrènes, en particuliers, seraient très sensibles à l'ambiance.

L'ambiance se trouve dans le quotidien, dans « les interstices » comme disait F. Tosquelles. Difficilement définissable mais qui affecte tout le monde, et plus particulièrement les personnes malades psychiques. C'est à cause précisément, de ces effets sur les personnes psychotiques, qu'il s'agit de « soigner » l'ambiance. F. Tosquelles parlait ainsi « d'asepsie » de l'institution.

« Il en ressortira chez Tosquelles le principe « d'asepsie », comme technique médicale de prévention des infections en évitant l'introduction de microbes, appliqué à l'établissement, et cette idée centrale et motrice selon laquelle dans un établissement il faut des institutions. Des lieux où la parole puisse être en circulation, ou du lien puisse se faire ou ne pas se faire, des lieux qui à la fois produisent et régulent les échanges sociaux. Le principe d'asepsie passe par des lieux d'analyse institutionnelle, des lieux où l'on parle de ce qu'on vit, où l'on peut se taire si on fait la gueule, où s'écharper pour des détails qui font toute l'importance de la vie collective. »(Gautret, 2006)

De l'ambiance découle la notion de « sous-jacence » qui est *« une sorte d'inconscient institutionnel, inconscient groupal formé par l'accumulation de strates historiques, qui détermine des effets tels que l'ambiance »*(Chaperot & Celacu, 2013). C'est ce qui est à analyser dans le dispositif de psychothérapie institutionnelle.

2.3.4 Transversalité

La transversalité est l'ensemble des informations qui peuvent se partager entre des personnes de statuts différents.

C'est F. Guattari qui introduit cette notion dans « Psychanalyse et transversalité ». Il remplace la notion de transfert institutionnel par celle de « transversalité dans les groupes »

La transversalité s'oppose à la verticalité retrouvée le plus souvent dans les structures hiérarchisées telles que l'hôpital. Elle s'oppose également à l'horizontalité *« cet état de fait quasi sériel où les choses et les gens s'arrangent comme ils le peuvent de la situation dans laquelle ils se trouvent »* (Pain, 2006)

Pour C. Chaperot, la transversalité, qui passe par la culture des réunions de soignant, réside dans le fait que la valeur d'une parole ne repose que sur sa pertinence et non sur sa position dans la hiérarchie hospitalière, ni de sa condition de soignant ou de soigné.(Chaperot, 2014)

Cette notion rejoint la question de l'aliénation sociale et de la remise en question des places et des statuts dans l'établissement, dans l'institution. Elle est un point fondateur, notamment dans le fait d'accorder une valeur, et un potentiel soignant, à toute personne qui entre en interaction avec les malades, et ce quel que soit son « rôle » auprès du patient. Parole qui sera reprise et participera du soin à part entière du patient, notamment dans les réunions de constellations.

« Selon F.GUATTARI, il s'agit du « mode relationnel où l'assujetti devient sujet ». De ce concept, découle la nécessité de transformer l'établissement hospitalier en neutralisant les effets pathogènes de la hiérarchie entre soignants et entre soignants et soignés. L'enjeu de créer des institutions démocratiques est de « substituer une logique du multiple, du différent intégrable à celle de la hiérarchie militaire lorsqu'elle dit : je ne veux voir qu'une tête, lorsqu'elle institue l'équivalence de chaque soignant, devenu interchangeable et mis hors de position d'assumer, d'entendre et d'analyser les effets du transfert. » (Chevallier-Fougas, 2009)

La notion de transversalité peut être rapprochée de la fonction club.

2.3.5 Club et fonction club

Le club s'appuie fréquemment sur une association 1901. Il se constitue d'un groupe de soignants et soignés. L'objectif premier du club est d'organiser et gérer les activités sociothérapeutiques telles que organiser des sorties, gérer une cafeteria, proposer des activités variées. Ils favorisent l'entraide et sont un facteur de rupture d'isolement et de relance d'une socialisation.

La fonction club est la possibilité de partager des problématiques et des projets entre soignants et soignés en assemblée générale. Celle-ci peut exister en dehors de l'existence d'un club thérapeutique.

Le premier club thérapeutique du mouvement de psychothérapie institutionnelle, et club historique, est celui de Saint Alban. Né de l'intuition de Tosquelles de l'importance de rassembler en un lieu « tiers », soignants et soignés, il deviendra un outil fondamental de la psychothérapie institutionnelle. A l'origine il est un simple lieu de rassemblement. Sa mise en

place est rendue possible par la circulaire de février 1958 sur les structures associatives et sur la possibilité des malades de garder le fruit de leur travail thérapeutique. Le développement des clubs sera grandement facilité par la création de la fédération des Croix-marines. Son fondement s'appuie sur la nécessité de l'intervention d'une association dans le travail thérapeutique. Le club thérapeutique devient ainsi un dispositif organisateur et créateur des institutions de la vie quotidienne.(Delion, 2011a)

Pour P. Rappard : « *les thérapeutiques de groupe visent à actualiser la sociabilité résiduelle ou latente par l'intervention des relations interindividuelles normales, elles appliquent aujourd'hui dans l'institution-club le principe de lutte contre le préjugé d'irresponsabilité des aliénés, club où les malades sont sans cesse poussés à se concevoir comme sujets actifs.* » (Rappard, 1955)

Au-delà de la structure « physique » du club, Jean Oury dégage la notion de « fonction club », qui peut être opérante sans qu'un club matérialisé existe.

J. Oury élabore ainsi *« Ce que j'ai nommé la « pathoplastie » est cet ensemble de réactions dues au milieu. Dans la pathoplastie, il y a tous ces phénomènes de reprise microsociale d'une aliénation massive. C'est en ce sens que la collectivité doit inventer une structure qui permette de lutter contre ce mouvement naturel « d'aliénation » et de « chosification ». Un élément essentiel, pour garder un certain degré de liberté, est la mise en place d'un organisme collectif à l'intérieur de la collectivité ; d'où la notion de « club thérapeutique », « opérateur collectif » qui permet d'introduire dans la relation forcément massive, toujours duelle, d'un individu en déréliction avec cette énorme entreprise, une tiercéité. Introduire ce que Sartre appelle un « tiers régulateur » qui permette de lutter contre le « pratico-inerte ». Mais le club ne peut remplir cette fonction que s'il est relativement autogéré par l'ensemble des gens présents : tous les malades et le personnel collectif qui organisent une gestion concrète matérielle, économique, financière, d'initiatives, et qui n'est pas en prise directe avec les lois de gestion de l'établissement, lequel reste toujours articulé avec l'État »*(Oury, 2007)

2.3.6 Le concept de réunion

Pour Oury, le concept de réunion est ce qui organise le collectif. La fonction réunion est cruciale dans le dispositif de psychothérapie institutionnelle, tout d'abord dans le cadre de la réunion de constellation, ou il s'agit de rassembler les morceaux du transfert dissocié en échangeant des paroles autour d'un patient mais aussi parce qu'elle s'inscrit dans le cadre de la transversalité,

ne prenant son sens que si la parole de chacun est prise en compte avec la même importance quel que soit son statut dans l'institution.

D. Rothberg distingue trois niveaux fonctionnels qui structurent les réunions soignantes, et qui permettent l'échange d'information, le partage des décisions et les échanges affectifs. Ces trois niveaux seront plus ou moins présents selon l'objectif des réunions.(Delion, 2011a; Rothberg, 1968)

J. Oury dira sur le concept de réunion *« Les réunions apparaissent comme des carrefours ; non pas forcément champs de signification, mais bien plus pièces constituantes d'un appareil sémantique. Elles sont souvent comme des « caissons noirs » […] dont les lois de fonctionnement se déduisent des réseaux qui les subsument. Elles sont comme les notes d'un clavier ; ou les unités syntagmatiques d'un texte à plusieurs registres qui se fait dans un lieu à définir comme surface spécifique d'un Collectif déterminé. »(Oury, 2001)*

3. La réhabilitation psychosociale

3.1 Historique du mouvement

3.1.1 Origine et naissance

Le point de départ de ce mouvement est la désinstitutionalisation, tout comme pour la psychothérapie institutionnelle. Comme nous l'avons dit plus haut, ces mouvement en France ont une racine commune et vont se scinder en deux branches distinctes que sont le désaliénisme et psychothérapie institutionnelle qui donneront naissance au secteur et formeront un terreau pour la réhabilitation. La réhabilitation psychosociale à proprement parler se développera aux Etats-Unis et en Angleterre durant la même période.

Aux Etats-Unis après la seconde guerre mondiale, on assiste à une désinstitutionalisation « sauvage », ou les lits d'hôpitaux sont fermés et les malades sortent des asiles mais n'ont nulle part où aller. Il se produit un phénomène de clochardisation des malades mentaux qui errent fautes de solutions d'hébergement et de prise en charges ambulatoires. C'est aussi à ce moment-là que se développe le phénomène de « revolving doors », soit des hospitalisations très courtes mais très fréquentes, qui mettent en lumière l'absence de prise en charge sociale et de suivi au long cours des malades mentaux.

3.1.2 Les mouvements d'usagers aux Etats-Unis

Suite à la déstructuration de la psychiatrie américaine d'après-guerre on voit apparaitre des regroupements d'usagers qui préfigurent le mouvement de la réhabilitation psychosociale. Leurs actions sont proches de celles de minorités qui se battent pour une justice sociale à cette époque aux Etats-Unis. Militant pour une plus grande implication du gouvernement fédéral dans la politique de santé mentale ils seront le moteur de la prise de conscience d'un changement nécessaire dans les soins. Sous l'influence de ces groupes de pression, le gouvernement fédéral met en place le « National Mental Health Act » en 1953 qui permettra la création du « National Mental Health Institute », témoignant d'une préoccupation pour les soins mentaux, dans une optique générale de désinstitutionalisation. Sont créés par la suite les Centres de soins communautaires, CMHC (Community Mental Health Center), dont l'objectif est de permettre aux malades de recevoir des soins au sein de la communauté. Ces cliniques, réparties sur tout le territoire, sont dotées d'une équipe de soins pluridisciplinaires et chargées d'assurer les soins ambulatoire, les urgences, voire l'hospitalisation complète. Leur objectif premier est d'accompagner la sortie d'hospitalisation complète des malades chroniques institutionnalisés depuis de longues années. (Chevallier-Fougas, 2009)

Parallèlement à cette restructuration des soins psychiatriques, vont apparaitre des initiatives venant directement de groupes d'usagers et qui vont participer à la création de la réhabilitation psychosociale. On peut citer en particulier le WANA, We Are Not Alone, regroupement de patients à l'origine de la création du premier « clubhouse » qui deviendra par la suite emblématique. Il s'agit du Club « Fountain House ».

3.1.3 Le modèle Fountain House Club

C'est dans les années 1940 que se crée ce Club. Au départ, il s'agit d'un groupe d'usagers de la psychiatrie, à New York, qui prend l'habitude de se rassembler régulièrement pour discuter et se soutenir. Ils vont peu à peu se structurer, et, à l'aide de quelques professionnels, trouver un local et prendre la forme d'un véritable réseau d'entraide. Ils s'écartent du modèle de soin médical traditionnel et choisissent de proposer une aide plus « communautaire », axée sur le soutien social et la solidarité entre les membres. Une des règles principales est que le club appartient à ses membres. Les décisions sont prises avec ceux qui font vivre le club. Il se situe en dehors du cadre de soins traditionnel, bien que des soignants en fassent partie. Le club propose différentes activités favorisant le lien social telles que des sorties, des rencontres entre

membres, et des activités plus centrées sur la réinsertion, comme le soutien à la reprise de l'emploi. En effet, une des valeurs centrale du Club Foutain House est la valeur travail, sous tendue par l'idée que toute personne, même malade ou handicapée, peut contribuer de manière productive dans la société. Selon eux, le travail serait un besoin pour tout être humain et constituerait un vecteur d'intégration très puissant. Dans cette optique, ils vont mettre en place un programme « d'emplois de transition ». Ce programme consiste à prendre des contrats avec des entreprises locales ou des administrations qui proposent aux membres du club des emplois réels et correctement rémunérés, nécessitant le plus souvent peu de qualifications et sur de courtes périodes. Les postes à temps plein peuvent être partagés entre différents membres et le club s'engage à remplacer tout membre absent par un autre membre afin d'assurer une continuité dans le travail auprès des employeurs. Des emplois sont aussi proposés au sein du club via les « unités travail » qui permettent le fonctionnement quotidien du club. Des activités de formation pratiques dans des domaines divers sont également proposées.(Durand, 2012)

Ce modèle d'organisation sera repris dans d'autres structures et des clubs de ce type vont voir le jour aux Etats-Unis mais également en Angleterre et au Canada. Il constitue un premier modèle de programme de réhabilitation psychosociale communautaire. Aujourd'hui, les Clubhouses existent toujours et sont très actifs. Il existe une organisation internationale, l'International Center for Clubhouse Development, dont l'objectif est de soutenir la création de nouveaux clubhouses à travers le monde grâce à des formations. Les clubhouses sont détachés des soins psychiatriques et fonctionnent sur un modèle associatif, mais peuvent recevoir également des subventions gouvernementales.

3.1.4 Particularités Françaises

En France, on pourrait faire débuter l'histoire de la réhabilitation psychosociale à la fondation et au développement des Croix Marines, fédération qui est aujourd'hui proche du mouvement de la réhabilitation et des associations d'usagers, mais dont l'origine prend naissance au sein du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Elle représente bien les intrications étroites de ces deux mouvements en France.

La particularité de la France par rapport aux Etats-Unis dans la mise en œuvre de la désinstitutionalisation de la psychiatrie est l'invention et la mise en place du système de secteur. En effet, cette organisation particulière des soins va permettre d'apporter une réponse aux problèmes posés par la désinstitutionalisation aux Etats-Unis. Elle permettra un développement

des soins extra hospitaliers relativement efficace et ouvrira la possibilité pour les patients d'être soigné dans la communauté et dans la cité.

Du côté de la France, on retrouve des racines communes entre le mouvement de la réhabilitation psychosociale et celui de la psychothérapie institutionnelle. Certaines initiatives qui faisaient partie du même mouvement de désinstitutionalisation de l'après-guerre vont par la suite se distancer de la psychothérapie institutionnelle et devenir précurseurs du mouvement de réhabilitation psychosociale. C'est le cas de la Fondation des Croix Marines, fondée officiellement en 1952 par les Dr Doussinet et Courbaire. F. Tosquelles en fut l'un des premiers et des plus actifs adhérents. Pourtant aujourd'hui, elle se rapproche aujourd'hui des mouvements d'usagers et donc du courant de la réhabilitation psychosociale.

De nombreux psychiatres travaillent ensembles dans l'après-guerre et s'attèlent à repenser l'hôpital psychiatrique pour le rendre plus humain, et à inventer de nouvelles manières d'envisager les soins psychiatriques afin que les patients puissent reprendre une vie dans la cité. De cette dynamique, plusieurs orientations vont émerger. Quand la psychothérapie institutionnelle apparait et s'organise autour d'une pensée plus théorisée, certains vont prendre leurs distances et proposer d'autres méthodes, plus orientées vers la réadaptation.

Les CTRS, centres de traitement et de réadaptation sociale, apparaissent dans les années 1950. Il y en aura un à Ville Evrard, créé par Paul Sivadon et Hélène Chaigneau; celui de Villejuif créé par Louis Le Guillant, ou encore à l'hôpital de Fleury Les Aubray par George Daumezon. Ils proposent des soins psychiatriques ambulatoires et sont très orienté vers la réadaptation professionnelle et sociale des patients et s'appuient beaucoup sur l'ergothérapie.(Mornet, 2007)

L. Le Guillant, qui travaillait à l'hôpital de Villejuif, va s'opposer à Tosquelles en 1951 lors des journées de Bonneval sur un point qui marquera la dissension entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale. En effet, pour Louis Le Guillant, l'hôpital psychiatrique n'a pas pour but de reproduire des « mini sociétés » artificielles qui singent les institutions. Il dira : *« Ces transformations à l'intérieur du dispositif matériel de l'asile nous éloignent des vrais problèmes psychiatriques que sont l'étude des situations pathogènes qui aliènent les hommes, leur mode d'action et leur transformation. L'hôpital n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade doit certes participer à des groupes, mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir »* (Ayme, 2009)

3.1.5 Le mouvement du Handicap

Parallèlement à ces initiatives, la réflexion autour du handicap va permettre la construction de la réhabilitation psychosociale telle qu'elle existe aujourd'hui. En effet, c'est autour de cette notion que se développe la pensée de la réhabilitation PS. Les malades mentaux seraient avant tout des citoyens qui ne sauraient être vus seulement sous l'angle de la maladie et auraient les mêmes droits que les citoyens « non malades », et pour qui il s'agirait de mettre en place des mesures compensatoires afin de garantir ces droits.

En effet, l'histoire de la réhabilitation psychosociale est étroitement liée à celle du mouvement du handicap.

La première classification du handicap a été élaborée au début des années 1970 et entérinée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1976, lors de la révision de la Classification Internationale des Maladies. Il apparaissait alors que les catégories de cette classification, qui ne prenait en compte que le diagnostic, étaient insuffisantes pour décrire les maladies chroniques. La Classification Internationale du Handicap sert alors de « manuel de classification des conséquences des maladies ».(Chapireau, 2009)

Le rédacteur de la classification, Philip Wood, va proposer un modèle descriptif en trois dimensions.

- La **déficience** qui est la perte d'une fonction physiologique ou l'altération d'une structure anatomique.
- L'**incapacité**, résultant d'une déficience, est la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme «normales» pour un être humain.
- Le **Handicap** est le désavantage social résultant d'une incapacité ou d'une déficience limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle « normal », en rapport avec l'âge, le sexe et le milieu socio-culturel, d'un individu.

Cette classification établit une continuité entre les soins médicaux et le domaine social, ce qui est très nouveau à l'époque. Elle fait le lien entre la maladie et le désavantage social que celle-ci génère, en particulier dans les pathologies chroniques. Elle aura un impact de santé public important, permettant d'orienter les actions politiques à mettre en place pour prendre en charge les personnes handicapées.

En 2001, L'OMS adopte une nouvelle classification révisée, la Classification Internationale du Fonctionnement. Cette version, beaucoup plus complexe dans sa construction, envisage le handicap non comme un attribut de l'individu mais comme la conséquence d'une somme d'actions et d'activités résultant de l'environnement social. Elle a une perspective beaucoup plus militante et se détache du modèle médical du handicap selon lequel celui-ci serait dû seulement à une « anomalie » biologique, et postule que le handicap résulte en grande partie d'une inadéquation de la société aux individus. Le handicap, désavantage dont la source est une défaillance de l'environnement, aurait pour remède une modification des lois et des attitudes. Cette classification consiste en une description globale du fonctionnement humain et non plus en une liste d'incapacités. Elle se place dans une vision positiviste et n'envisage plus le handicap comme quelque chose « en moins » mais comme une particularité du fonctionnement.(Chapireau, 2009)

Il existe donc deux modèles du handicap, un modèle médical représenté par la classification de Wood, et un modèle social représenté par la nouvelle classification du fonctionnement par l'OMS.

3.1.6 Les lois sur le Handicap en France

En France les premières lois sur le handicap datent de 1975. Deux lois sont adoptées le 30 juin de cette année-là. La première règlemente les conditions de création, de financement, de formation et de statut du personnel des établissements médico-sociaux et la deuxième, dite « Loi d'orientation », fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics (importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie). Enfin, la loi d'Orientation confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales. Cette loi introduit aussi pour la première fois la notion de « médico-social », impliquant une collaboration entre deux champs jusqu'alors complètement distincts. Jusque-là les malades étaient pris en charge lors des épisodes aigus ou hébergés à très long terme, voire à vie, dans les hôpitaux-asiles. Ce qu'il se passait à la sortie de l'hôpital était complètement dissocié de la prise en charge médicale. Suite à cette loi, on verra apparaitre des structures d'hébergement social partiellement médicalisées.(Baillon, 2009)

Il faut cependant attendre 2005, avec la Loi pour l'égalité des droits et des chances, pour qu'apparaisse officiellement le terme de handicap psychique. Il sera différencié des déficiences intellectuelles pour permettre de rendre compte spécifiquement des situations vécues par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours, relevant à la fois des soins psychiatriques et d'un accompagnement spécifique visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience.

Cette Loi, qui se veut ouvertement anti-discriminante à l'instar du droit Américain qui considère les handicapés comme une « minorité », va engendrer de nombreuses mesures en faveur des personnes handicapées. Les Maisons départementales des personnes handicapées vont être créées, et un fond d'insertion va être mis en place. Il en découlera également l'obligation d'insertion professionnelle d'un quota de personnes en situation de handicap dans les entreprises.

Le mouvement de la réhabilitation psychosociale est né autour de ces principes de « normalisation » ou « valorisation sociale » qui découlent directement du mouvement du handicap, signifiant que toute personne a le droit strict de vivre dans son milieu et de participer à la vie dans sa communauté.

L'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale est créée en 1986 à Vienne, et va permettre de regrouper les différents mouvements émergents de réhabilitation à travers le monde. Cette ONG regroupe à la fois des usagers, des familles et des professionnels de santé.

« Les objectifs de l'AMRP sont, notamment, de promouvoir des politiques et des programmes nationaux et internationaux visant à répondre aux besoins fondamentaux et aux besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiatriques ; d'organiser des programmes d'information dans le but de sensibiliser le public, les professionnels et les gouvernements aux besoins et aux droits des patients ; de favoriser la mise en commun d'expériences ; d'organiser des colloques et des conférences ; de promouvoir la création d'associations de familles, d'usagers et de groupes d'entraide ; d'appuyer des efforts faits par les organisations internationales visant à favoriser le traitement et la réadaptation des malades mentaux dans la communauté ; de publier des documents écrits ou audiovisuels à l'intention de tous les travailleurs de la santé mentale. »(Vidon, 2010)

3.2 Fondements théoriques

Des définitions de la réhabilitation psychosociales ont été données par de nombreux auteurs, mais toutes convergent vers l'idée que la réhabilitation psychosociale est un ensemble d'actions mises en place pour permettre aux individus de retrouver une place, et une vie satisfaisante, au sein de sa communauté.

« Elle se définit comme les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales ; ses buts consistent à améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible.

De plus, le champ de la réhabilitation psychosociale englobe les actions à entreprendre autant du côté du patient (incapacités, désavantages) que du côté de la société et s'étend donc aux deux concepts de réadaptation (champ sanitaire) et de réinsertion (champ social). » (Vidon, 2010)

Pour M. Farkas *«La réhabilitation est constituée par la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne et qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles. »*(Farkas, 2005)

Elle vise toujours à améliorer la qualité de vie des personnes et a pour objectif de permettre l'utilisation optimale des ressources individuelles des personnes. C'est un mouvement à visée très pragmatique et dont les objectifs ont toujours pour but de s'adapter à une personne en particulier. Il concerne toutes les personnes atteintes de troubles psychiques graves, partant du constat que les maladies psychiques génèrent dans la majorité des cas une restriction de participation aux activités de la vie quotidienne, c'est-à-dire un handicap.

3.2.1 Principes de Cnaan

R.A. Cnaan dans les années 1990 élabore les grands principes de la réhabilitation psychosociale qui guident encore aujourd'hui ces pratiques:

- Utilisation maximale des capacités humaines : Chaque personne est capable de changement et possède un potentiel qui doit être développé.

- Doter les personnes d'habiletés : Chaque personne peut acquérir des compétences lui permettant de mener une vie satisfaisante au sein de la communauté.
- Auto-détermination : chacun est responsable et libre de ses propres choix.
- Normalisation : Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale d'évoluer dans un environnement le plus « normal » possible.
- Individualisation des besoins et des services : Les soins doivent être adaptés à chaque individu en particulier.
- Engagement des intervenants : Dans la relation d'aide, l'engagement et la bienveillance des intervenants est essentielle.
- Déprofessionnalisation de la relation d'aide : Cette approche favorise la vision humaine à la fois des patients et aussi des soignants. Les barrières liées au statut professionnel des intervenants n'ont pas leur place.
- Intervenir précocement : L'intervention la plus rapide possible permet d'éviter rechutes et ré-hospitalisations.
- Structurer l'environnement immédiat : Déterminer et utiliser au mieux les ressources de l'environnement direct afin d'en obtenir un soutien pour la personne.
- Changer l'environnement plus large : Des mesures sont prises au niveau plus large, c'est-à-dire au niveau de la société, pour favoriser l'intégration des personnes.
- Pas de limitation à la participation : Les soins proposés doivent être continus et peuvent durer aussi longtemps que la personne en ressent le besoin.
- Valeur travail : Le travail est envisagé comme un élément majeur de la vie des individus, en cela qu'il représente une force d'intégration et d'épanouissement très importante. La reprise d'une activité professionnelle est donc au cœur du processus de réhabilitation.
- Priorité au social par rapport au médical : L'approche est plutôt sociale, et centrée sur les forces et les aptitudes de l'individu plutôt que sur ses symptômes et ses difficultés.

3.2.2 Principes de M. Farkas.

M. Farkas, psychiatre et directrice du Centre de collaboration pour la réhabilitation psychiatrique de l'Organisation mondiale de la santé au sein du Centre de réhabilitation psychiatrique de Boston, propose quelques grands principes issus de sa pratique :

- La relation d'aide donne la priorité à la personne du sujet plutôt qu'au diagnostic ou à la pathologie mentale dont elle souffre ;
- La réhabilitation, par voie de conséquence, ne s'intéresse pas à réduire les symptômes ou améliorer la compréhension intrapsychique mais essentiellement à améliorer le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes ;
- Le soutien à la personne se fait à la demande de celle-ci, au moment où elle le désire, sans quoi il s'agit d'une ingérence mal supportée ;
- La réhabilitation vise à aider la personne en fonction des exigences de son environnement spécifique et du rôle qui lui est imposé ;
- Le rétablissement doit s'opérer selon un processus auquel participe la personne et non à son bénéfice en l'absence de sa contribution active ;
- La personne, dans ce processus, doit garder la possibilité de choisir en toute liberté le lieu où elle veut vivre, apprendre, travailler : la réinsertion sociale est centrale pour la réussite du rétablissement ;
- L'évaluation de la réhabilitation se fait en fonction de l'incidence de ses résultats pour la personne ;
- Le rétablissement peut ne survenir qu'après une longue période à un niveau stationnaire aussi est-il important de mettre en valeur le potentiel de développement de la personne en dépit des difficultés qui peuvent survenir à un moment donné. »

3.2.3 Les modèles

La réhabilitation psychosociale se fonde sur une approche essentiellement fonctionnelle des pathologies mentales. Cette approche se fonde sur deux modèles principaux qui sont le modèle du retentissement fonctionnel et le modèle vulnérabilité-stress. (Franck, 2016)

3.2.3.1 Modèle du retentissement fonctionnel

Le retentissement fonctionnel découle directement de la notion de handicap psychique. Ce terme est apparu officiellement en 2005 avec la loi sur l'égalité des chances. Se démarquant du handicap mental, qui fait référence au retard mental, le handicap psychique désigne *« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par un personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitive ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ».*

Les maladies mentales évoluant le plus souvent par épisodes aigus, une des particularités du handicap psychique est donc son évolution par poussées, contrairement à d'autres types de handicap, notamment physique, qui peuvent être relativement stables. La méconnaissance de ses propres troubles par le patient et le refus ou la difficulté d'accepter des soins est également un point très spécifique aux pathologies mentales, et qui rend la demande d'aide inconstante.(Franck, 2016)

Les déterminants du handicap psychique, c'est-à-dire, les troubles qui engendrent un retentissement fonctionnel, sont nombreux. On retrouve tout d'abord des facteurs environnementaux, tel le rôle de l'entourage, un bon soutient social et la vision portée par la société sur la maladie mentale. Ces variables ont en effet un impact majeur sur l'intégration des personnes en situation de handicap psychique.(Goyet et al., 2013)

Ces dernières années, de nombreuses recherches se sont également portées sur les troubles cognitifs associés aux pathologies psychiatriques, et ont pu mettre en évidence la présence d'altérations de certaines aptitudes cognitives chez les patients qui en sont atteint. Les altérations retrouvées sont la neuro-cognition (mémoire, fonction exécutives et attention) la cognition sociale et la métacognition.(Martin & Franck, 2013b)

Sont également à prendre en compte les facteurs subjectifs, qui font l'objet de nombreuses recherches récentes. On peut citer notamment la motivation, l'insight et l'internalisation de la stigmatisation.(Martin & Franck, 2013a)

Enfin, les symptômes négatifs font également partie des déterminants du handicap.

3.2.3.2 Le modèle stress vulnérabilité

Ce modèle postule l'existence de facteurs de vulnérabilité présents chez les personnes atteintes de maladies psychiatriques et qui, en interaction avec des facteurs de stress, résulteraient en l'expression des troubles psychiatriques. La survenue des épisodes psychotiques apparait alors comme la résultante d'une combinaison de facteurs intrinsèques et extrinsèques à l'individu.

Le concept de « coping », élaboré par Lazarus et Launier en 1978, est complémentaire de ce modèle. Le coping se définit comme *« l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu »*. Il se traduit en Français par le terme « stratégies d'adaptations », et désigne les mécanismes de défenses dont dispose un individu en situation de stress. Il existe plusieurs types de coping plus ou moins fonctionnels.

L'objectif de la réhabilitation psychosociale serait de permettre aux patients d'élaborer des stratégies fonctionnelles protectrices leur permettant de faire face aux différentes situations difficiles et d'éviter ainsi les rechutes.

3.2.4 Empowerment

Le terme d'empowerment qui signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir », trouve son origine dans les luttes sociales des années 1970 aux Etats Unis. Il renvoie historiquement à la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant.(Anne-Emmanuèle Calvès, 2009)

Le terme sera repris dans de nombreux domaines et notamment dans le champ de la psychologie humaniste américaine pour désigner la « prise de pouvoir personnelle ». Il s'agit de renforcer la position de l'individu en développant des aptitudes et des compétences particulières telles que la gestion du stress, des émotions, la confiance en soi. Le tout afin de favoriser le renforcement du pouvoir des patients à partir d'interactions sociales valorisantes.

« Le rôle central du patient, dans le processus de rétablissement, fait écho à la notion d'empowerment (ou « pouvoir agir »), c'est-à-dire la capacité de se resituer en tant que sujet agissant sur son environnement et prenant la responsabilité de son rétablissement, par exemple, en gérant son traitement et sa santé »(Koenig-Flahaut, Castillo, Schaer, et al., 2012)

3.2.5 Rétablissement

3.2.5.1 Le concept de rétablissement

La notion de rétablissement est centrale dans la philosophie de la réhabilitation psychosociale. Cette approche « centrée sur la personne », place l'individu au centre de la question de ce qui est une vie « normale » ou « satisfaisante ». Le concept de rétablissement a été élaboré au travers de deux observations différentes.

Tout d'abords au travers des mouvements d'usagers, par des récits individuels, relatant la façon dont certaines personnes atteintes de troubles psychiques graves ont pu reprendre le cours de leur vie, et se « sortir de la maladie ». Parallèlement, des études sur l'évolution des malades, en particuliers des patients schizophrènes, ont également montré que les devenirs des patients étaient très hétérogènes, certains pouvant même se réinsérer. Ces données contrastaient avec l'idée que les maladies mentales évoluaient de façon irrémédiable vers la perte d'autonomie et la démence. Le rétablissement apparait alors comme un « mode de sortie » de la maladie psychiatrique. Il s'agit d'envisager une forme de stabilisation et de reprise de la vie sociale, professionnelle, affective, en construisant un nouveau paradigme tenant compte de la maladie du patient.(Martin & Franck, 2013a)

Le rétablissement n'est jamais une reprise à l'identique de la vie d'avant. La maladie étant survenue, elle génère toujours un changement chez celui qui l'a vécu. Le rétablissement propose donc de reconstruire un projet nouveau, tenant compte de ces changements, et qui corresponde le mieux possible aux aspirations de la personne, et non un projet « a priori », correspondant à une norme sociale.

3.2.5.2 Quelques principes du rétablissement

Pour W. Anthony et l'équipe du centre de réhabilitation psychiatrique de Boston, le rétablissement est l'objectif central de la réhabilitation psychosociale. Ils en donnent quelques caractéristiques(Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2004) :

- Le rétablissement peut avoir lieu sans intervention professionnelle
- La présence de personnes ayant confiance et soutenant la personne en quête de rétablissement constitue le dénominateur commun du rétablissement

- La vision du rétablissement n'est pas liée à une théorie sur les causes des maladies mentales
- Le rétablissement est possible même si les symptômes réapparaissent
- Le rétablissement modifie la durée et la fréquence des symptômes
- Le rétablissement n'est pas perçu comme un processus linéaire
- Il est parfois plus difficile de se rétablir des conséquences de la maladie que de la maladie elle-même.
- Le rétablissement d'une maladie mentale ne signifie pas que la personne n'était pas « réellement malade »

3.2.5.3 Deux acceptions du rétablissement

Pour M. Koenig-Flahaut il existerait deux acceptions de la conception du rétablissement. Une qui serait tournée vers le dimensionnel et l'autre vers le processuel, dégageant deux modalités de rapport à soi et au trouble:(Koenig-Flahaut, Castillo, Schaer, et al., 2012)

- *dans le rétablissement en termes de résultat, le rapport à soi se définit comme une récupération du fonctionnement antérieur et le rapport au trouble comme une abolition des manifestations de la maladie ;*
- *à l'inverse, dans le rétablissement en termes de processus, le rapport à soi se définit comme une transformation identitaire et le rapport au trouble comme une intégration des expériences de la maladie.*

3.3 Les outils de la réhabilitation psychosociale

3.3.1 Etapes de la réhabilitation

Tout processus de réhabilitation comprend des étapes identiques. (Anthony et al., 2004)

Tout d'abord, une phase de diagnostic : Il s'agit d'évaluer avec la personne son niveau de disponibilité en prévision de la réhabilitation, se fixer des objectifs concrets, et bien sûr évaluer les points forts et les points faibles en vue de la mise en place des objectifs. Cette phase comprend également l'évaluation des ressources disponibles pour le patient.

Ensuite, vient une phase de planification : Elle se fait en fonction des conclusions de la phase diagnostique. Le patient et le praticien établissent ensemble un plan de réhabilitation comprenant les différences activités ciblant les différents objectifs élaborés.

Et enfin, la phase de réhabilitation à proprement parler : c'est la phase de mise en œuvre des interventions planifiées à la phase précédente.

3.3.2 Les outils

Les outils thérapeutiques de réhabilitation visant des objectifs ciblés sont la remédiation cognitive, l'entraînement métacognitif, l'affirmation de soi, l'entraînement des compétences sociales et l'éducation thérapeutique. On peut également citer les aides à l'insertion professionnelle et sociale. (Goyet et al., 2013)

3.3.2.1 La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une technique issue de la neurologie ou elle était initialement utilisée pour la rééducation des patients cérébrolésés. Elle a été développée dans le champ de la psychiatrie suite à la mise en évidence d'une prévalence très élevée de troubles cognitifs dans certaines maladies psychiatriques, en particulier la schizophrénie. Partant de l'hypothèse d'une plasticité neuronale, il s'agit de « ré-entrainer » des aptitudes cognitives déficientes. Pour cela, sont proposés des exercices répétés, ciblés sur différents domaines cognitifs, afin d'obtenir une amélioration sur ces domaines, et dans le but que ces améliorations puissent se généraliser au fonctionnement global de l'individu, afin d'entrainer un gain de qualité de vie. Les méthodes de remédiation cognitives sont très nombreuses et variées. Les séances peuvent être groupales ou individuelles, comporter un support informatique ou des exercices à faire sur des fiches, et les exercices proposés sont eux même très divers. (Douet, 2014; Passerieux & Bazin, 2010)

3.3.2.2 Education thérapeutique et psychoéducation

L'éducation thérapeutique est inscrite dans les recommandations de l'OMS qui la définit comme une technique visant à « *aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique* » (OMS, 1996) Cette recommandation s'applique de façon générale à toutes les maladies ayant un caractère chronique.

L'objectif de l'éducation thérapeutique est de permettre au patient d'acquérir un savoir sur sa maladie et des compétences d'auto-soins dans le but de collaborer à sa prise en charge et d'améliorer sa qualité de vie.

En psychiatrie l'éducation thérapeutique est aussi appelée « psychoéducation ». Un des objectifs est de favoriser la prise de conscience par rapport à la maladie, aussi appelé « insight ». La psychoéducation s'inscrit dans le processus de rétablissement en ce sens qu'elle permet au patient d'apprendre à connaitre ses symptômes et à trouver une façon de vivre avec.(Peyneau & Teppa, 2014)

Elle associe les trois axes pédagogique, psychologique et comportemental. En pratique, elle consiste généralement en des séances de groupe animées par un soignant et au cours desquelles sont abordés des points théorique sur la maladie et le traitement. Il peut également y avoir des exercices à faire.

3.3.2.3 Entrainement des compétences sociales

Les habiletés sociales sont habituellement définies comme étant la capacité de démontrer un comportement approprié dans une variété de contextes. Elles ont un impact direct sur le fonctionnement de l'individu et son inclusion sociale. Ces habiletés sont très souvent mises à mal dans les pathologies psychiatriques chroniques, en particulier dans la schizophrénie. Les habiletés en questions sont les habiletés réceptives, les habiletés décisionnelles et les habiletés comportementales. Le but de l'entrainement est de permettre aux patients de faire face dans des situations sociales complexes et d'améliorer leurs perception des situations afin d'y répondre de façon appropriée. L'entrainement est souvent réalisé en groupe, à partir de supports de médiation et peuvent également prendre la forme de jeux de rôles. (Roussel, 2006)

3.3.2.4 Entrainement Métacognitif

La métacognition désigne, de façon assez large, la capacité à exercer des pensées sur ses propres pensées ou également, une capacité de recul sur soi. Elle se rapporte à la capacité de compréhension de ses propres états mentaux, la compréhension de la vie mentale d'autrui, la « décentration » ou l'aptitude à voir le monde selon d'autres points de vue, et l'habileté stratégique, c'est-à-dire la capacité à mettre en place des stratégies adaptatives dans des

moments de détresse psychologique ou pour compenser des difficultés cognitives.(Martin & Franck, 2013b)

Dans la schizophrénie par exemple, le but de l'entrainement métacognitif est de changer les fondements cognitifs de l'idéation délirante. Les programmes sont composés de modules ciblant les erreurs cognitives les plus fréquemment retrouvées. Ils fonctionnent également sur un modèle de groupe avec un support informatique.

3.3.2.5 Insertion professionnelle et sociale

V. Goyet décrit le travail effectué dans le service universitaire de réhabilitation au centre hospitalier Le Vinatier. Des ateliers techniques y sont proposés afin de mettre en pratique les compétences des participants. Il s'agit d'ateliers à médiations répartis en trois pôles qui sont : le pôle nature (espaces verts et horticulture), le pôle bois (menuiserie et rénovation) et le pôle sous-traitance (conditionnement, agrafage…). Le choix du support est adapté en fonction des aspirations des participants. Dans ces ateliers sont travaillés différents points propres à chacun à partir du support qui permet une médiation psychothérapeutique. En proposant un cadre régulier, ils sont une aide à la reprise d'un projet de vie et éventuellement, un projet professionnel. (Goyet et al., 2013)

L'insertion professionnelle va par la suite, nécessiter une prise en compte du handicap et la mise en place d'un projet adapté qui peut être une admission en ESAT ou en milieu ordinaire.

En ce qui concerne l'insertion sociale, il peut être proposé un accompagnement vers un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) dont une des vocations première est la création de liens sociaux. Il est possible pour les patients qui le souhaitent d'y occuper certaines responsabilités.

4. Mise en rapport des deux mouvements

A travers ce retour sur l'histoire de chacun de ces deux mouvements, nous avons vu les liens étroits qui existent entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale. Ils naissent tous deux de l'intuition commune qu'une vie est possible en dehors de l'hôpital pour les malades atteints de troubles psychiatriques. Aux Etats-Unis, les mouvements d'usagers vont être le moteur du développement de la réhabilitation, exigeant par leur action militante de meilleurs traitements et une reconnaissance de leurs droits. Ils auront une influence majeure sur la modification du système de soins psychiatrique.

La désinstitutionalisation qui s'est déroulée dans les années 1950 dans plusieurs pays du monde a été soutenue en France par ce nouvel outil qu'est le secteur, maillage du territoire en unités de soins extra hospitalières. En palliant la désinstitutionalisation sauvage, cela a décalé l'émergence des mouvements d'usagers observés dans les pays anglo-saxons, et qui feront leur apparition en France dans les années 1980 au travers de la création des associations de malades et de familles telles que la Fnapsy et l'Unafam. La dynamique de la désinstitutionalisation en France sera en grande partie portée par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, initiée par de nombreux soignants de cette époque, dont l'ambition était de changer l'hôpital après la deuxième guerre mondiale.

4.1 Les clubs

4.1.1 Les clubs dans les services orientés par la psychothérapie institutionnelle

Les clubs naissent en France dans les années 1950, sous la forme initiale de comités hospitaliers, dont le but est de constituer une interface entre l'administration hospitalière et les patients. Tosquelles créera le premier club, nommé club Balvet, à Saint Alban, profitant de la législation qui permettait aux malades de s'associer. Le club prendra ainsi la forme d'une association selon la loi de 1901, indépendante de l'administration hospitalière. Leur développement sera largement soutenu et rendu possible par le soutien de la fédération des croix Marines, créée en 1952 par les psychiatres P. Doussinet et H. Courbaire de Marcillat. Si au départ les clubs sont fondés au sein de l'hôpital psychiatrique, avec le développement du secteur et des soins ambulatoires ils vont devenir un instrument important de l'articulation entre l'intra et l'extra hospitalier, permettant l'existence d'un espace de circulation pour les patients et les soignants. Ils représenteront un levier majeur dans le renouvellement des pratiques de soin permettant par le regroupement des soignants et patients au sein de cette structure associative de questionner les places de chacun et de remettre en cause, au moins en partie, la hiérarchie hospitalière.(Benattar, 2007)

4.1.2 Les clubs appartenant au mouvement de la réhabilitation psychosociale

Aux Etats Unis, à l'impulsion des mouvements d'usagers vont se développer un autre type de club. Sur le modèle du Club Foutain House, ceux-ci sont exclusivement extra-hospitaliers et revendiquent leur autonomie par rapport au système de soins, même si quelques soignants y

sont presque toujours présents. En France, dans les années 1990, des usagers adhérents de la Fnapsy vont également mettre en place des clubs de ce type. Par la suite, la rédaction du Livre Blanc des partenaires de santé mentale, qui regroupe Unafam, Fnapsy, Fasm, Croix Marine et la conférence des présidents de CME, inscrira dans ses propositions la généralisation des clubs et donnera l'impulsion à la création des GEM, Groupes d'Entraide Mutuelle, sur un modèle assez proche.

Voici ce que dit le texte : *« L'action des secteurs ne suffit pas : pour maintenir des relations, il faut aussi des clubs. L'objectif de ces clubs est de créer un lien, sans contrainte autre que contractuelle, entre une structure assurant cette mission et la personne isolée dans la cité.*

Les activités prévues dans le cadre de ces clubs orientent plus vers le maintien d'un lien social que vers celui d'une activité. Le non-exercice d'une activité ne coupe pas le lien avec le "club" qui maintient une relation même ténue avec la personne, la préservant d'un isolement total. »(Collectif UNAFAM & Autres associations, 2011)

La loi de février 2005 crée officiellement les Groupes d'Entraide Mutuelle dans le chapitre des compensations des conséquences du handicap. Ils apparaitront également dans le Plan « psychiatrie et santé mentale » la même année. Ils ont pour vocation de représenter des lieux d'accueil et d'entraide pour les personnes en situation de handicap psychique, proposant des activités diverses et surtout, des possibilités de rencontre et de lien social. Ils sont mis en place par des associations constituées majoritairement d'usagers de la santé mentale.(Durand, 2012)

4.1.3 Mise en rapport des clubs dans les deux mouvements

Les clubs sont un lieu de rencontre particulièrement intéressant des deux mouvements. Outil central de la psychothérapie institutionnelle lors de son émergence, aujourd'hui, de nombreux club se créent sur le modèle des clubs extra hospitaliers d'accueil et d'entraide et représentent un outil important de la prise en charge des patients.

Il est intéressant de voir que certains, tel le club des peupliers, apparaissent à la frontière même de ces deux mouvements.

Ce club, qui prend naissance dans le 13ème arrondissement de Paris, fondé par P.Paumelle au moment de la création de l'Association de Santé Mentale dans le 13ème, et avant même la création des lits, n'a jamais été directement lié à une structure de soin. C'était en effet un club extra hospitalier dès sa création. P. Paumelle, interne de Daumézon est l'auteur de la thèse

soutenue en 1952 sur « l'essai de traitement collectif d'un quartier d'agités », et qui est une référence dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle. L'ASM 13 sera le centre de référence de l'un des deux grands mouvements de la psychothérapie institutionnelle, dit le mouvement Racamier, par opposition au mouvement Oury-Tosquelles.

Le club des Peupliers qui existe toujours aujourd'hui, est non sectorisé, ouvert à tous, et ne comporte aucune obligation de soins. Association 1901, il fonctionne avec un bureau élu, et sur le principe d'une adhésion payante, sans toutefois qu'il soit nécessaire d'être adhérent pour fréquenter le club. Il propose des activités fixes et d'autres occasionnelles. Il a ceci de particulier qu'il n'a jamais été lié directement à la structure hospitalière comme l'ont été la plupart des clubs thérapeutiques et il est plutôt orienté vers la réadaptation.

Pour B. Durand *« P. Paumelle ne voulait pas d'un club qui soit un outil de soins, mais de manière visionnaire, il avait fait le pari qu'il y avait chez les patients des ressources insoupçonnées leur permettant de s'entraider, hors du regard et de l'analyse des soignants. De ce point de vue, le Club des Peupliers est incontestablement le premier GEM. »*(Durand, 2012)

4.1.3.1 Quelques principes de fonctionnement

On peut donner quelques principes du fonctionnement partagé par les clubs. (Benattar, 2007)

- Une adhésion libre. En effet, quelle qu'en soit l'orientation le club est un endroit où les usagers vont par choix personnel. Ils ne fonctionnent pas sur indication médicale même s'il peut arriver que le médecin ou les soignants le suggèrent au patient. Ils sont ouverts à tous ceux qui le souhaitent et fonctionnent sur le principe d'une « libre circulation ». On peut y venir une seule fois ou très régulièrement. La participation aux tâches ou aux activités est également volontaire.

- Une souplesse de fonctionnement. Les statuts du club sont déterminés par chaque club, cependant, ils partagent tous cette idée d'une certaine souplesse. Les règles sont parfois proposées à la discussion des membres et pouvent être remises en discussion, parfois plus fixes mais avec une possibilité d'adaptation qui reste importante.

- Une autonomie très importante. Au départ il s'agissait surtout d'une autonomie par rapport à l'administration hospitalière pour les premiers clubs hospitaliers, et que l'on retrouve jusqu'à ce jour. Sur le plan financier l'autonomie est permise grâce aux

adhésions des membres et aux bénéfices des activités lucratives (comme une cafeteria, une fripperie…). De nombreux clubs fonctionnent cependant en partie grâce à des subventions publiques, voire privées. L'organisation des activités se fait également de façon interne au club. Enfin, il y a une autonomie par rapport aux soins, en particulier si le club est détaché d'un établissement de soin, mais aussi parce que les soignants assurent une fonction en décalage avec leur fonction soignante habituelle.

4.1.3.2 Statuts légaux des clubs

Par ailleurs, les clubs, qui fonctionnent pour la plupart selon les fondements d'une association 1901, ont des statuts précis. Ils comportent typiquement un bureau élu par tous les membres, constitué d'adhérents occupant les postes de président, vice-président, secrétaire et trésorier. Dans certains clubs ces postes peuvent être également occupés par des soignants. Le bureau a pour responsabilité l'organisation de la vie quotidienne du club. Il participe avec l'ensemble des adhérents aux décisions concernant le choix et l'organisation des activités, des sorties et la gestion du budget.(Benattar, 2007)

Le club permet ainsi à des personnes d'exercer des responsabilités alors qu'elles en sont parfois totalement privées dans la vie « extérieure ». Typiquement, pour les patients sous curatelle qui n'ont qu'un accès limité à la gestion de leur budget il est tout à fait possible de s'impliquer dans des tâches d'organisation voire, pourquoi pas, de gestion budgétaire au club.

Pour des personnes qui sont souvent stigmatisées voire qui ont intégré cette stigmatisation, le club permet, tout en favorisant le lien social, d'exprimer « ce qui fonctionne » dans un environnement relativement protégé.

Au travers de cette entité qu'est le club, nous verrons comment peuvent s'articuler des concepts propres à chacun des deux mouvements dans leur approche et qui semblent pouvoir permettre une rencontre.

4.2 Le collectif dans les deux mouvements

4.2.1 Historique des collectifs dans les luttes citoyennes en santé mentale

Le mouvement de la réhabilitation psychosociale est très lié aux luttes citoyennes. On retrouve cette notion dans le mouvement du Handicap, lui-même très lié à la réhabilitation psychosociale.

4.2.1.1 Histoire des mouvements d'usagers.

4.2.1.1.1 Aux Etats-Unis, mouvement des droits civiques et usagers de santé mentale

Dans les années 1950 aux Etats Unis, les modifications de la psychiatrie s'amorcent et prennent la forme d'une désinstitutionalisation « sauvage ». Les asiles ferment et une grande majorité d'anciens patients se retrouve à la rue, sans solutions d'hébergement alternatives et sans proposition de soins. Ils se clochardisent ou transitent vers d'autres institutions. De ce constat vont naitre des mouvements d'usagers, dans la veine des mouvements de justice sociale qui se développent à la même période et qui luttent pour les droits des minorités oppressées (femmes, homosexuels, noirs américains…). Les luttes pour les droits civiques et féministes sont très ancrées aux Etats unis, et les actions des associations de familles et d'usagers dénonçant les conditions de soins psychiatriques vont s'inscrire dans cette culture et aboutir à de véritables modifications de la législation. (Deutsch, 2017)

Les associations de « self help », les alcooliques anonymes notamment, vont avoir un impact très important en se positionnant contre une vision paternaliste médicale des soins psychiatriques. Ils mettent en avant l'importance de l'expérience de l'usager lui donnant une expertise sur sa pathologie, et formulent l'idée que le partage d'expérience entre patients possède un pouvoir thérapeutique. (Moineville, 2012)

4.2.1.1.2 En France, le Groupe Information Asile

En France, les mouvements d'usagers remontent aux années 1960. La première association de familles de patients, l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de malades mentaux), a été créée en 1953. Elle militait alors, et milite toujours, pour une meilleure reconnaissance des droits des patients, en s'impliquant dans la création d'espaces d'accueils alternatifs pour les malades et en proposant des relais d'informations pour les familles.

Plus tard, apparaissent des mouvements militants contestataires, dont le plus connu est le GIA (Groupe Information Asile), formé dans les suites de Mai 68. Ce groupe, constitué d'internes en psychiatrie, de patients « psychiatrisés » et de membres de la société civile est proche de la mouvance d'extrême gauche et notamment du GIP (Groupe Information Prison) animé par Michel Foucault. Ils critiquent violement les pratiques asilaires et remettent en cause le savoir psychiatrique et les soins institutionnels. Ils mèneront des actions auprès des tribunaux pour

défendre les droits des malades, et sont à l'origine de la charte des internés en 1975. (Deutsch, 2003)

Plus tard, dans les années 1980, se créent des associations d'usagers, souvent soutenues par des soignants. Ces associations relèvent plutôt du modèle de « self help », ou d'entraide, et ont pour objectif d'offrir aux malades un réseau de solidarité et de proposer des activités variées.

4.2.1.1.3 Les associations d'usagers et la Fnapsy

Les associations d'usagers vont se fédérer par le biais de la Fnapsy, Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie, crée en 1992. Elle permet de rassembler des associations très diverses, et favorisera également la création de nouvelles associations d'usagers. La Fnapsy rassemble aujourd'hui 36 associations, participe aux conseils d'administration de quelques hôpitaux psychiatriques, et possède une permanence téléphonique ainsi qu'un site internet. En 2000, la Fnapsy cosigne la Charte de l'usager en santé mentale, avec la conférence des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, en présence de madame Gillot, secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés. (Monceau & Visintainer, 2010)

4.2.1.1.4 Le Livre Blanc des partenaires de santé mentale

Malgré des divergences initiales, la Fnapsy et l'UNAFAM collaborent aujourd'hui pour la défense des droits des malades mentaux et dans la lutte contre la stigmatisation. Elles appartiennent toutes deux au Collectif interassociatif sur la santé, créé en 1996, qui tente d'initier une action collective transversale dans le but de constituer une force d'observation critique et de proposition.(Monceau & Visintainer, 2010)

Elles cosignent en 2001 le Livre Blanc des partenaires en santé mentale qui émet des propositions pour la prise en charge des patients chroniques. Ce texte formule trois objectifs (Collectif UNAFAM & Autres associations, 2011)

- Faire exister la population des personnes souffrant de troubles psychiques vivant dans la cité.
- Informer la collectivité sur la vraie nature des droits des personnes dites handicapées « psychiques ».

- Aider les responsables du travail social dans la cité et ceux qui vont répartir les ressources disponibles et les validations officielles à faire en sorte que les droits des personnes en cause soient mieux respectés.

4.2.1.1.5 Loi Kouchner de 2002, dite de « démocratie sanitaire », relative aux droits des malades et qualité du système de santé.

Cette loi confère aux malades tant des droits individuels que collectifs. Elle favorise la reconnaissance publique des associations d'usagers de la santé mentale et leur institutionnalisation. Elle ouvre l'accès des patients au dossier médical, l'accès à la désignation de la personne de confiance. Elle reconnait une place aux associations d'usagers qui peuvent désormais siéger dans les instances délibérantes.

4.2.1.2 Théorisation de l'action collective en santé mentale par M. Monceau

M. Monceau, sociologue, analyse l'action des mouvements d'usagers en santé mentale. Elle définit ainsi les associations de patients :

« *Du point de vue pragmatique, une association de malades correspond à la fois à un regroupement multiforme de patients, c'est-à-dire d'individualités organisées autour d'une pathologie spécifique ou d'un groupe de pathologies (telles que les maladies psychiques ou les maladies du gène), de patients aussi consommateurs de biens particuliers, à savoir les soins, et enfin à un regroupement organisé le plus souvent autour d'un projet. »*(Monceau & Visintainer, 2010)

Une question qui émerge est celle de savoir si ces mouvements sont plutôt du côté des consommateurs ou du côté du militantisme citoyen. En effet, le terme d'usager est ambivalent de ce point de vu là. En se dégageant du discours médical qui utilise le terme de « patient », le terme d' « usager » découle du droit social. Ce concept résulte de l'acquisition des droits sociaux et est étroitement lié à la notion de service public. L'usager désigne ainsi un utilisateur régulier du service public. Le terme d' « assisté » disparait pour laisser place à l'usager, allocataire d'une prestation ou bénéficiaire d'un service.(Deutsch, 2017)

Il existe une très grande variété d'associations de patients qui dans leurs objectifs et leurs méthodes, ne constituent pas un monde homogène. M. Monceau relève quatre fronts communs sur lesquelles elles se retrouvent cependant(Monceau & Visintainer, 2010) :

- L'identité individuelle des patients, plus précisément la modification de l'identité individuelle au travers de l'appartenance à un collectif de pairs. Ce processus passant par un travail de redéfinition de l'expérience de la maladie.

- Les rapports entre patients et monde médical. Souvent extérieures au processus de décision médical, les associations visent à construire une identité collective permettant d'exister face aux médecins et aux pouvoirs publics. Elles s'appuient pour cela sur la notion d' « expertise » du patient, spécialiste de sa maladie et détenteur d'un savoir irremplaçable.

- Les rapports entre patients et la recherche scientifique, consistant en des levées de fond par exemple. Ces collaborations sont peu développées en France.

- Certaines associations rejettent l'idée d'une adaptation de la société aux maladies et aux handicaps qu'elles génèrent. Elles envisagent plutôt une transformation du regard de la société sur les différentes formes possibles de « l'humain ». Certains collectifs de patients refusent ainsi de s'organiser en associations, considérant que cela les stigmatiserait en les sortants de la « norme » générale.

Toujours selon M. Monceau *« la constitution d'un collectif « usagers de la santé mentale » en normalisant les troubles psychiatriques et en modifiant la perception de leur catégorie tend à légitimer le fait que leur situation et leur problème spécifique deviennent le problème de tous. Ainsi, la catégorisation stigmatisante se trouve transmutée dans le mouvement même de son exposition publique.»*

La formation de collectifs d'usagers procèderait ainsi d'une nouvelle forme d'intervention sociale, dont le moteur semble être un refus de subir, une volonté de déstigmatisation et celle de convertir des problématiques individuelles en problématiques sociales. En reconvertissant l'expérience même de la maladie en compétence, elles permettent par ailleurs la requalification d'une identité négative, dévaluée.

Le phénomène de ces mobilisations collectives au travers des mouvements d'usagers est récent en France. Il montre cependant l'importance que recèle la notion d'action collective et de regroupement d'individus regroupé autour d'un objectif commun. Ils ont une action grandissante en santé mentale, qui peut aller d'actions individuelles de défense par exemple, à une portée politique, comme la rédaction du livre blanc des partenaires de santé mentale qui aura des retombées pratiques directes.

4.2.2 Le Collectif dans la psychothérapie institutionnelle de Jean Oury.

4.2.2.1 Définition du collectif

La définition du mot collectif, dans son sens commun, signifie « ce qui rassemble, qui regroupe ». Par extension ce terme signifie également « un groupe de travail, ou d'action. » (Dictionnaire historique de la langue Française.)

Dans le Littré on retrouve les axes suivants :

-*Qui contient un ensemble de personnes ou de choses.*

-*Qui appartient à un ensemble de personnes ou de faits*

-*Qui exprime la réunion de plusieurs individus de la même espèce.*

On retrouve donc l'idée de réunion d'un ensemble d'éléments, de collection au cœur de la définition de ce terme dans son acceptation commune.

J.Oury développe sa pensée du Collectif tout au long de ses écrits, et particulièrement dans un de ses séminaires de Saint Anne qu'il consacre à cette notion qui est un élément fondamental de la conception du soin pour la psychothérapie institutionnelle telle qu'il la pratique.

Il différencie le Collectif en psychothérapie institutionnelle du groupe « collectif », formé d'individus œuvrant pour un même but. Dans « Le Collectif » (Oury, 1985), il introduit sa réflexion en proposant ce paradoxe :

« Il s'agit de mettre en place des systèmes collectifs tout en préservant la singularité de chacun.»

Il précise *« Le Collectif, ce n'est ni un établissement ni une institution »*. Ainsi le Collectif est *«une qualité d'ambiance, présente ou absente »* selon Oury. Il le décrira comme une *« machine abstraite »* dans laquelle *« chaque usager est pris à la fois comme producteur et pièce»* et représente une *« surface abstraite, machine à travailler l'aliénation polymorphe. »* (Laffitte, 2016)

Dans son ouvrage, « La clinique de La Borde, ou les relations qui soignent. Outils philosophiques pour comprendre le Collectif», E. Rozier, professeure de philosophie, décortique le concept du Collectif chez Oury.

Elle définit la personne du collectif comme étant avant tout un « interactant », c'est-à-dire un individu pris dans un réseau de relations, d'interactions. Or, la folie, pathologie du lien, des échanges, met à mal ce réseau de relations. La personne du collectif est prise dans des interactions qui mettent en lumière ses troubles mais lui permettent aussi d'exprimer sa singularité, en la respectant. Le collectif, en modifiant le cadre interactionnel dans l'institution, intervient de ce fait sur la définition de la personne. (Rozier, 2014)

4.2.2.2 De la coopération dans le collectif

E. Rozier reprend l'élaboration de la coopération selon H. P. Grice (Grice, 1979) pour éclairer la compréhension du collectif. La coopération est en effet un des déterminants fondamentaux du collectif. Lieu de coopération par excellence, il permet le conflit, l'aide et la mutualisation des outils de productions entre autres.

H.P Grice développe sa théorie de la coopération au travers de la situation d'échange verbal. Il prend le dialogue comme exemple de transaction coopérative.

Il introduit ceci *: « Nos échanges de parole ne se réduisent pas en temps normal à une suite de remarques décousues, et ne seraient pas rationnels si tel était le cas. Ils sont le résultat, jusqu'à un certain point au moins, d'efforts de coopération. »*

Il dégage ainsi plusieurs « règles » tacites, qui régissent les échanges conversationnels entre les individus afin que ces échanges puissent aboutir. Pour H.P Grice, l'apprentissage de ces règles se fait dans l'enfance, par usage, et elles sont adoptées de façon pragmatique et naturelle parce qu'elles fonctionnent.

Ainsi par exemple le « principe de coopération » qui s'énonce comme tel : *« ... Que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par celle-ci, par le but ou la direction acceptés de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagés. »*

On peut en tirer des traits communs à l'ensemble des transactions coopératives :

- Les participants ont un but commun immédiat
- Les contributions doivent s'imbriquer et dépendre l'une de l'autre.
- Il est plus ou moins sous-entendu que la transaction doit continuer dans le style qui lui convient ou on y met fin.

Ainsi, pour E. Rozier, n'importe quel interactant peut, dans un contexte privilégié, coopérer et participer à la conduite d'actions visant des buts plus ou moins communs.

Elle reprend les travaux de Denis Vernant (Vernant, 2009) pour interroger la spécificité des actions de coopération collectives.

Celui-ci définit les actions coopératives comme étant *« coordonnées par des agents minimalement rationnels en fonction de buts, voies et moyens pouvant être, au moins sous une description possible, considérés comme partagés. »*

Il définit d'abord l'action non coopérative, c'est-à-dire l'action individuelle, comme suit : *« Sans engager une définition précise de l'action, rappelons simplement que toute action élémentaire est individuelle. Cette action individuelle est singulière lorsqu'elle est effectuée de façon autonome et isolée, comme fumer une cigarette, se promener dans la campagne, etc… »*

Ce type d'action est indépendant de l'intervention d'autrui ou d'un projet social et elle est en cela non collective. Il distingue ensuite les actions collectives coordonnées des actions de coopération. L'action *collective* supposant une coordination non concertée par les agents des buts ou des formes de leur action individuelle, alors que l'action *coopérative* suppose une coordination cette fois délibérée et concertée par les agents, de leurs actions individuelle en un processus plus ou moins finalisé.

Pour E. Rozier, il est possible de coopérer sans partager exactement le même réel au travers du collectif, notamment avec des personnes psychotiques, si tant est qu'il y ait un véritable accueil de la singularité de l'autre.

Elle nous dit : *« Le collectif reprend des buts non atteints : il constitue le maillage par lequel s'opèrent l'aléatoire de la rencontre et le processus ouvert qui peut conduire quelqu'un à faire quelque chose avec quelqu'un d'autre dans un cadre et un contexte imprévus. »*

« Coopérer […] ce n'est jamais pour seulement transformer le monde, mais toujours avant tout pour faire lien, créer des occasions de prise de parole, construire et reconstruire les personnes par la relation intersubjective. » (Rozier, 2014)

4.2.2.3 Le collectif comme praxis : approche du collectif comme concept

Dans la perspective de J. Oury, le club est l'instance visible et active du collectif. Il le rend concret et donne un corps aux interactions. Il s'inscrit dans une pratique. (Oury, 1985)

Le Collectif dans la psychothérapie institutionnelle prend son importance première de par sa fonction de réceptacle du transfert dissocié. Cependant, chez J. Oury, la notion de Collectif vient recouvrir une conception plus particulière du soin. E. Rozier, en poursuivant son étude, pose la question de ce que le Collectif apporte à une institution soignante. Elle propose que celui-ci permette à l'institution de réduire ses effets nocifs liés à la disparité des personnes en présence, à l'inégalité fondamentale du soin, et à la vie en collectivité. En somme, il transforme la collectivité.

Le terme de Praxis désigne une pratique humaine ayant une valeur et un sens articulant un rapport de théorie et pratique. Ce terme dialectise les rapports du théorique et du pratique en introduisant une question de valeur attachée à l'activité, devenant ainsi un objet privilégié de la pensée comme de l'effort humain.

Pour E. Rozier la praxis est porteuse de valeurs qui ne sont pas directement perceptibles, ni réductibles à un fonctionnement analysable comme tel.

Elle propose la définition de C. Castoriadis : *«Nous appelons praxis ce faire dans lequel l'autre ou les autres sont visés comme êtres autonomes et considérés comme l'agent essentiel du développement de leur propre autonomie. La vraie politique, la vraie pédagogie, la vraie médecine, pour autant qu'elles ont jamais existé, appartiennent à la praxis.»*

Le collectif peut ainsi être pensé comme une praxis (Rozier, 2014) :

- *Le collectif est une praxis en ce qu'il prône une grande autonomie dans le façonnage, par le travail et l'agir partagés (la coopération), du monde matériel, symbolique, institutionnel, dans lequel il s'inscrit.*
- *La praxis collective est également, au sens de Marx, autoproduction de l'homme par lui-même. Au travers de ses actes il s'émancipe ou peut le faire puisqu'il demeure acteur de son travail, non pas rouage dans une machine dont lui échapperaient les tenants et les aboutissants (participation aux projets quotidiens, possibilité de parole et d'initiative, etc…)*
- *Comme praxis, le collectif place également les autres en son sens ; l'autre et les autres, comme le dit Castoriadis, sont visés par elle et pensés en son sein comme agents autonomes.*
- *Il articule une dimension matérielle travaillée : une institution englobant ses déterminants et ses outils matériels.*

- *Enfin, le collectif est une praxis en ce qu'il porte en lui-même une valeur ; il propose d'habiter le quotidien de la collectivité (…) en plaçant la relation humaine comme but tout en refusant de la céder au profit d'autres intérêts et stratégies possibles en cours ailleurs.*

« Le collectif est praxis surtout en ce qu'il propose une dialectique théorique et pratique intriquée et complexe.»(Rozier, 2014)

4.2.3 Une intuition commune

Au travers de ces approches très différentes de la notion de collectif, une idée reste partagée. Comme le disait Jean Oury : *« Pour s'occuper du psychotique, il faut être plusieurs.»*

Si la façon d' « être plusieurs » diffère on retrouve cette idée comme fil directeur.

Dans le courant de la réhabilitation, l'action collective nait des luttes sociales. Les patients se rassemblent en collectifs, prenant la forme d'associations, pour faire entendre leur voix et faire valoir leurs droits. Le collectif prend la forme de « l'union qui fait la force. »

Par ailleurs, au cœur du soin, on retrouve également l'idée « d'être plusieurs » au travers de la notion de « pluridisciplinarité ». En effet, les soins de réhabilitation seront toujours envisagés au sein d'une équipe composée de soignants de différentes spécialités, qui se rassemblent afin de mieux percevoir les besoins singuliers d'une personne en particulier.

On retrouve dans l'appellation «plateau technique de réadaptation » cette même notion de mise en commun des compétences. Ces différentes compétences se rassemblent elles même au sein de réunions pluridisciplinaires qui permettent de mettre en place un projet pour la personne.

Du côté de la psychothérapie institutionnelle une de ses influences les plus importantes est celle des thérapies groupales. Il n'est pas anodin de souligner que P. Paumelle avait travaillé dans sa thèse sur un « Essai de traitement collectif d'un quartier d'agités ». Dès le départ, et sous l'influence des psychothérapies de groupe, notamment américaines, la psychothérapie institutionnelle porte l'idée d'une possibilité de traitement par le groupe. Elle va même plus loin en posant le collectif comme condition nécessaire au traitement de la psychose.

J. Oury, à partir de son travail à la clinique de La Borde et au travers de ses élaborations théoriques, va développer cette notion de collectif dans le soin qui va devenir centrale, et qui

prendra une dimension plus complexe que le sens commun de ce terme, orientant la pratique de son travail en psychothérapie institutionnelle.

Le collectif se retrouve également au sein de ces deux mouvements dans le club. Il en est un élément fondateur. Se rassembler pour aller mieux, si l'on voulait simplifier à l'extrême.

En toile de fond de ces nombreux rapprochements entre les clubs des deux champs, on retrouve la vie quotidienne.

4.3 Autour de la vie quotidienne

4.3.1 Intérêt de l'approche phénoménologique pour la compréhension de la vie quotidienne en réhabilitation psychosociale

Il existe un intérêt pour l'approche phénoménologique dans le courant de la réhabilitation, qui s'inscrit particulièrement dans le mouvement du rétablissement.

4.3.1.1 La phénoménologie psychiatrique

Le développement de la phénoménologie en psychiatrie nait du constat de « l'incompréhensibilité psychiatrique », c'est-à-dire l'incompréhensibilité du tableau psychiatrique. On peut avancer l'idée que le symptôme psychiatrique ne puisse pas être approché de façon « objective », c'est-à-dire purement scientifique et rationnelle, comme le sont les symptômes somatiques. Ils ne sont pas mesurables à l'aide de variables ou de marqueurs spécifique comme le serait un taux de globules sanguins sur une lame de laboratoire. Deux personnes différentes pouvant avoir un discours quasiment identique, et l'une serait qualifiée de délirante quand l'autre ne le serait pas. C'est là que réside la spécificité de la symptomatologie psychiatrique et la difficulté de compréhension. Le symptôme psychiatrique en effet, inclus le vécu du patient, il est même au centre de ce symptôme. Par ailleurs, une dimension essentielle du symptôme psychiatrique est qu'il est également très dépendant du vécu de l'observateur, c'est-à-dire vécu subjectivement par celui qui l'observe. La neutralité de l'observateur est irréaliste en psychiatrie. (Cermolacce, Martin, & Naudin, 2015)

Le symptôme psychiatrique par ailleurs, ne renvoie pas à une déficience d'organe claire et objectivable comme le font la plupart des symptômes somatiques, telle une paralysie d'un

membre indiquant un accident vasculaire cérébral. Il est un trait qui s'intègre dans un tableau global.

C'est dans cet effort d'approcher au plus près d'une compréhension du tableau psychiatrique que nait la phénoménologie psychiatrique.

Fondée par Husserl, philosophe, la phénoménologie est une science de l'expérience. Appliquée à la psychiatrie, elle permet de mettre des mots justes sur l'expérience clinique quotidienne de la psychose. Elle est cependant bien difficile à définir. Pour tenter de l'approcher, on peut commencer par citer ce qu'elle n'est pas (Cermolacce et al., 2015):

- elle ne propose pas de modèle explicatif ou nosographique des pathologies mentales ;
- elle ne se réduit pas à une psychothérapie humaniste ;
- elle ne se limite pas à une simple description subjective ou introspective ; encore moins à une description sémiologique, une simple liste de symptômes.

Pour Jaspers, qui fut un des premiers à travailler sur cette approche, elle permet de décrire et de se représenter les vécus des patients psychiatriques, permettant ainsi de comprendre comment ses vécus s'enchaînent, afin de tracer une ligne claire entre ce qui est compréhensible et ce qui ne l'est pas.

Binswanger s'intéressera à l'analyse existentielle, la Daseinanalyse, offrant une approche particulièrement fine des troubles délirants, schizophréniques et des troubles de l'humeur. Minkowski et Blankenburg auront aussi une influence majeure dans le développement de la phénoménologie psychiatrique.

L'intérêt d'une telle approche serait (Martin & Piot, 2012):

- *Un abord non analytique des phénomènes étudiés tout d'abord, justifiant d'engager la relation à autrui sur un registre « laissant tomber » tout un ensemble d'attitudes obstruant l'accès à la « chose elle-même », au premier rang desquels figure toute théorie et concepts préétablis ;*
- *La place de choix réservée à l'éprouvé, comme « ouverture pathique » à autrui. Cet « éprouvé de l'autre en moi » ouvre sur un espace intersubjectif commun (le « mitsein » de Binswanger) ;*

- *Le regard réflexif vis-à-vis de cet éprouvé, car c'est en définitive cela qu'il s'agit de saisir, cet « éprouvé de l'autre en moi » dans sa forme particulière (dans sa temporalité, sa spatialité) ce que désigne la Présence, l'être-au-monde, aspect de l'expérience anté-prédicative, pré-objective.*

4.3.1.2 Intérêt de la phénoménologie dans la compréhension du rétablissement

Si le courant phénoménologique est traditionnellement proche de la psychanalyse et des psychothérapies, on assiste aujourd'hui à un intérêt de plus en plus marqué du courant neurocognitif et des sciences cognitives pour cette approche. Il s'agit du mouvement de « naturalisation de la phénoménologie ». En effet, en permettant d'approcher au plus près de l'expérience subjective (de certains états de conscience par exemple), la phénoménologie intéresse ces domaines de science en apportant une dimension qualitative aux recherches.(Cermolacce et al., 2015; Martin & Piot, 2012)

Dans le domaine particulier de la réhabilitation psychosociale, c'est sur le processus de rétablissement que la phénoménologie apporte un outil de compréhension majeur.

Le rétablissement, notion plutôt récente, découle de l'observation par les praticiens et les soignants d'une évolution favorable de la maladie mentale (en particulier schizophrénique), remettant en question l'idée dominante portée par le terme de « démence précoce » de Kraepelin, selon laquelle cette maladie évoluerait irrémédiablement vers un état déficitaire. Les mouvements d'usagers en libérant la parole des malades ont grandement contribué au courant du rétablissement, démentant cette idée pessimiste. Ainsi apparait l'idée que l'on pourrait se rétablir de la maladie mentale. C'est-à-dire, non pas reprendre sa vie à l'identique mais accéder à un nouvel état d'équilibre prenant en compte l'expérience de la maladie mentale. (Koenig-Flahaut, Castillo, & Blanchet, 2012; Martin & Franck, 2013a)

Définit comme un processus actif centré sur l'expérience subjective de la personne, le rétablissement emprunte naturellement à la phénoménologie. Davidson en particulier, s'inspire de la démarche phénoménologique dans ses travaux sur le rétablissement. Il effectue une démarche de compréhension des étapes clés et des mécanismes psychologiques associés à une sortie de la condition de malade en utilisant notamment des méthodes qualitatives d'études de récits.(Koenig-Flahaut, Castillo, Schaer, et al., 2012)

Pour M. Cermolacce : *« Les approches qualitatives considèrent le récit comme fondation fiable pour étudier le rétablissement. De façon très schématique, deux repères méthodologiques caractérisent ce type d'approche : le premier est le recueil et le repérage d'expériences quotidiennes concrètes et récurrentes. Le deuxième est l'analyse et la compréhension du sens de ces expériences. Cette phase herméneutique nécessite pour Davidson la mise entre parenthèses de toute notion de causalité, l'abandon de toute théorie préétablie et de toute logique motivationnelle. La primauté accordée à l'expérience intersubjective entre interviewer et interviewé, proche de la réduction transcendantale husserlienne, situe clairement ce type d'approche dans le champ de la phénoménologie. »*(Cermolacce et al., 2015)

4.3.1.3 Phénoménologie et sciences cognitives

Pour N. Depraz, c'est parce qu'elle se *pratique concrètement* que la phénoménologie a un lien naturel avec les sciences cognitives de type expérimental tout autant qu'elle entretient un rapport de continuité avec l'interrogation métaphysique. Elle peut à ce titre fédérer l'une et l'autre. Dans cette perspective le rôle de la réduction eidétique, méthode de la phénoménologie d'Husserl, est central. (Depraz, 2004)

Ainsi, la phénoménologie *« permet tout à la fois de préciser notre relation interne à l'expérience (conversion réflexive) ainsi que l'accès descriptif que nous y avons (variation eidétique). En effet, d'une part, elle met en avant un retour à l'expérience interne, directe et intuitive du sujet, à sa conscience intime, et en fait une condition de l'accès à l'expérience externe. D'autre part, elle promeut une démarche descriptive des différents actes de conscience par lesquels je me rapporte au monde […] Les sciences ressortent profondément modifiées de cette confrontation avec la phénoménologie entendue comme pratique concrète d'expérience et de description d'un sujet attesté dans sa vérité en tant que « première personne ». Notamment, elles sont alors appréhendées comme une pratique (plus que comme une théorie) comprenant par ailleurs en elles un réseau social de sujets qui travaillent ensemble, tout à la fois comme co-chercheurs et co-sujets d'expériences. » (Depraz, 2004)*

4.3.1.4 Remédiation cognitive et phénoménologie de la vie quotidienne

La réhabilitation psychosociale touche à la question de la vie quotidienne essentiellement par l'abord des troubles cognitifs et de leurs répercussions. Les activités du quotidien tissent la trame de l'existence des individus et les déficits cognitifs, particulièrement observés dans la

schizophrénie, impactent directement ces activités et donc la qualité de la vie quotidienne des malades.

B. Pachoud (Pachoud, 2012) définit les activités de la vie quotidienne en distinguant deux axes.

Le premier regroupe les activités élémentaires conditionnant une forme minimale d'autonomie. C'est-à-dire entre autres s'habiller, se laver, préparer les repas, gérer son budget.

Le deuxième axe recouvre une acceptation plus large et concerne les activités professionnelles, de loisir et la vie relationnelle. Il s'agit là de la capacité de la personne à subvenir par elle-même à l'ensemble de ses besoins en gagnant sa vie et en prenant soin de son entourage relationnel.

La question de la vie quotidienne touche ainsi étroitement au fonctionnement du sujet, et elle est impactée par les déficits cognitifs. Les fonctions cognitives concernées sont la mémoire à long terme, les fonctions exécutives et la vigilance, et les domaines fonctionnels impactés sont essentiellement le domaine social et relationnel, le fonctionnement au travail et la capacité de vie autonome. Cependant, les études montrent que, malgré un lien certain entre la qualité des performances cognitives et le fonctionnement, la « taille d'effet » reste très modérée(Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). C'est-à-dire que le rôle fonctionnel des variables cognitives semble être plutôt modeste. Cela pourrait s'expliquer en partie par la méthodologie des études, évaluant des fonctions cognitives d'une manière très éloignées de ce que sont les activités de la vie quotidienne. Une autre hypothèse est l'existence de variables intermédiaires, aussi appelées facteurs subjectifs ou facteurs de médiation, et qui comprennent entre autre la motivation, la métacognition, etc…, qui moduleraient le fonctionnement de la personne indépendamment des fonctions cognitives.

L'approche phénoménologique rejoint les sciences cognitives sur ce point de la vie quotidienne et sur la compréhension des difficultés des activités quotidienne dans les troubles mentaux, et particulièrement dans la schizophrénie.

Pour B. Pachoud il s'agit de comprendre cette défaillance à se rapporter à un monde quotidien, ou à le constituer.

Pour les phénoménologues qui se sont intéressé à la psychiatrie, l'expérience vécue du délire, de la dissociation ou autres, barre l'accès au monde quotidien, familier, à ce qui « va de soi ». C'est ce que décrit Blankenburg comme la « perte de l'évidence naturelle ».

La perspective de Wittgenstein, elle, renvoie aux petites choses familières, habituelles, et du coup négligées. L'ordinaire se définit alors négativement comme ce qui passe inaperçu mais est

pourtant essentiel. Selon cette approche, les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de troubles mentaux mettent en lumière toutes ces choses qui paraissaient évidentes, « allant de soi », et qui, une fois remarquées s'avèrent invalidantes.

L'approche phénoménologique d'Husserl analyse le « monde de la vie », c'est-à-dire l'expérience première du monde à partir de laquelle s'élabore la connaissance. On retrouve ici un intérêt pour l'expérience de la quotidienneté. Cette approche postule que le monde quotidien ne serait pas un monde « prédonné » mais plutôt un monde construit, résultant d'une activité constituante permanente et dont le sujet n'a pas conscience. Cette construction se produit au sein de l'expérience de chacun mais est aussi collective puisqu'elle est expérience d'un monde commun, partagé. Sur ce point, il apparait clairement que les états délirants sont précisément une expérience non partageable pour le sujet, et donc génèrent une difficulté dans la constitution de ce monde quotidien. Selon Binswanger *« Le monde réel ne réside que dans la présomption constamment prescrite que l'expérience continuera de se dérouler selon le même mode constitutif »*. Il souligne que cette présomption est défaillante dans la schizophrénie. Pour B. Pachoud cela amène à l'hypothèse d'un trouble de la quotidianisation dans la schizophrénie à un niveau primaire et également comme retentissement secondaire. Le déficit primaire étant celui de la sociogénèse passive du monde quotidien, assurant la domestication du monde étranger. Ensuite, les difficultés rencontrées pour accomplir les actes du quotidien renforceraient cette défaillance primaire. Il propose l'idée que les techniques de remédiations cognitives seraient en fait plus ciblées sur ce deuxième niveau, c'est-à-dire qu'elles auraient peu d'influence sur le processus de quotidianisation passive mais seraient d'ordre palliatif en intervenant au niveau de l'action et des modes d'appropriation. Cependant, il est possible d'envisager une circularité entre ces deux niveaux, et ainsi que la relance d'une appropriation active pourrait favoriser le ré-enclenchement des processus de constitution passive.(Pachoud, 2012)

4.3.2 Vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle

Comme le rappelle Jean Oury, reprenant les propos de F. Tosquelles, la vie quotidienne est la démarche initiale de la psychothérapie institutionnelle, soulignant qu'elle n'existe pas en soi mais est « un mouvement »(Oury, 2006).

4.3.2.1 Vie quotidienne et rencontre

Ainsi il s'agit de soigner l'ambiance, le milieu dans lequel se déroule cette vie quotidienne, avec l'idée que cette ambiance, qu'il nomme « les entours » influence très directement les différentes interactions et pour les patients, leur symptomatologie.

C'est dans la vie quotidienne, la vie de l'institution, que peuvent avoir lieu des rencontres. Pour J. Oury, il faut pour cela qu'il y ait une liberté de circulation, que la rencontre puisse se faire au club, à la bibliothèque ou dans n'importe quel lieu de l'institution. Il vise là directement les institutions dans lesquelles les malades sont enfermés dans leur chambre.

J. Schotte, dans sa tentative d'approcher les modalités de la rencontre de l'autre, utilise la notion de contact, renvoyant à celle d'accueil. (Schotte, 2010)

Il écrit *« L'accueil implique un laisser être ; et ce terme heideggerien peut être opposé à la racine maléfique de l'hyper-réglementation, à toute volonté qui au lieu de maîtriser ou de contrôler quelque chose, n'arrive qu'à faire se perpétuer les désordres, les stéréotypies. Mais l'accueil doit aussi prendre en compte ce qu'il est justement, cette dialectique qu'il comporte d'une ouverture et d'une certaine fermeture, d'un enclore, parce que l'ouverture indéfinie est une forme de pathologie, et la fermeture indéfinie en est une autre. Il faut une alternance rythmée des deux. La dialectique de l'ouverture et de la fermeture qui recueille est la dialectique originaire de l'existence »*

Le « monde primordial de vie », monde d'une certaine anonymité, est celui on l'on se croise et dans lequel peut avoir lieu la rencontre. J. Schotte rejoint ainsi J. Oury sur cette idée de liberté de circulation dans le « monde quotidien » de l'institution. On pourrait dire que ce lieu est par essence le Club.

Jacques Schotte écrit encore, au sujet de la vie quotidienne *« La psychopathologie de la vie quotidienne dans les institutions rejoint celle, célèbre, du titre de Freud où la psychopathologie de la vie quotidienne, les lapsus, les oublis… faisaient le pont entre le normal ou sain et la pathologie lourde, le délire. Entre les deux, dans une zone limitrophe, il y a les rêves. La vie quotidienne fait la base commune des différentes formes de pathologie qui vont pouvoir en surgir et aussi des différentes formes de rencontres qui vont se spécifier à partir de ce monde à vivre commun. »*(Schotte, 2010)

La vie quotidienne est donc cet espace ou la rencontre peut avoir lieu et elle est conditionnée par une qualité d'ambiance. La vie quotidienne se partage, elle représente en psychothérapie

institutionnelle, le lieu où les statuts peuvent être remis en question, quand personnel et patients partagent un repas ainsi que son organisation par exemple. Elle est aussi un espace du dire.

4.3.2.2 Vie quotidienne et temps interstitiels.

P. Delion définit la fonction phorique comme une fonction de portage. La *fonction phorique* est un concept tiré du « Roi des Aulnes » de M. Tournier. *« Elle désigne ce besoin de l'humain d'être porté par l'autre. Porté physiquement comme le bébé qui ne peut encore marcher tout seul, soit psychiquement, comme c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques qui ont longtemps, voire toujours, besoin de portage pour pouvoir suivre leur destin pulsionnel. La fonction phorique est à la fois accueil et accompagnement. Elle crée la scène, espace psychique, sur laquelle le patient va pouvoir rejouer sa problématique »*(Delion, 2001)

Au sein de ce « cadre », il faut différencier les espaces organisé, structuré comme les activités ou les temps de repas, des temps dits « interstitiels ». Ces temps interstitiels, qui se nichent au cœur du quotidien partagés, recèle une importance fondamentale.

Pour reprendre J. Oury, *« Le matériau de la fonction « vie quotidienne », ce ne sont pas les grosses choses, les grands mots : il se trouve entre les choses, entre les mots […]il est judicieux de souligner l'importance de la fonction « sémaphorique », porteuse de signes que, souvent, on ne voit pas. C'est ce qui est important dans l'ambiance, afin que se produisent des rencontres, plus ou moins aléatoires ; c'est ce qui donne du sens. Et ce qui donne du sens, en effet, ce n'est pas le pur contenu du discours, ce ne sont pas des mots ou des phrases, mais bien plus les intonations, les scansions, les suspensions. »* (Oury, 2010)

Cet espace des temps interstitiels laisse la place à l'imprévu, permettant l'émergence des potentialités créatrices d'expressions désirantes subjectales. Dans les temps interstitiels se rejouent également les impasses et les difficultés de la vie quotidienne auxquelles les psychotiques sont confrontés.

P. Delion rappelle *« Tous les moyens doivent être mis à disposition pour être au plus près de la dimension dans laquelle la vie quotidienne prend ses racines profondes, le monde des sensations et des émotions, et dont le langage perd forcément une grande partie dans l'abstraction qu'il opère. »* (Delion, 2011b)

4.3.2.3 De l'expérience partagée à l'étonnement partagé

L'espace de la rencontre laisse le champ libre à la surprise, à l'imprévu, si tant est qu'on ne le remplisse pas trop, et qu'on fasse preuve d'une ouverture, d'un accueil qui permette son émergence.

On retrouve la notion d'expérience partagée au cœur du dispositif de la psychothérapie institutionnelle. C. Chaperot raconte les étapes nécessaires dans son service de secteur en Picardie pour établir une pratique orientée par la psychothérapie institutionnelle. Il reprend notamment le cheminement de l'activité « équitation », qui passera d'une simple activité d'accompagnement au cours de laquelle les soignants tiraient le cheval sur lequel était assis un patient, au changement complet de paradigme qui put se produire lorsqu'un soignant suggéra que tous, soignants et soignés, puissent monter les chevaux, passant ainsi dans le champs de l'expérience partagée. C'est au travers de l'expérience partagée que peuvent advenir des éprouvés communs, ouvrant la voie à un étonnement partagé. (Chaperot, 2014)

C. Lheureux-Davidse développe l'impact des éprouvés sensoriels au travers de son travail avec les enfants autistes. Celui-ci déclenche une « considération des éprouvés » qui ne se réduisent pas à un instant isolé mais ont une répercussion durable dans ce « double identifiant » qu'est le thérapeute. Le thérapeute s'autorisant à partager l'étonnement face à du nouveau, donne à l'impact du « nouveau », qui est habituellement difficilement traité par le bébé ou l'autiste hypersensible, un caractère atténué. Il permet ainsi que ce qui est nouveau ne provoque plus sidération ou effraction. On observe alors une relance des processus de pensées et de la capacité de transformation. Cette expérience de transformation relançant elle-même un mouvement de vitalité dans les pensées et les éprouvés corporels, ouvrant à la possibilité d'un « émerveillement partagé ». (Lheureux-Davidse, 2015)

On peut tirer de cela l'idée d'une atténuation d'un évènement ou d'un obstacle qui se présente à la personne psychotique. Celui-ci, d'abord psychiquement « pré-métabolisé » par le soignant, devient supportable pour le patient. L'expérience partagée, en générant des éprouvés communs, permet également de vivre des expériences «d'une même place » et génère parfois un effet de surprise pouvant amener à un maniement de l'humour.

4.3.3 Club et vie quotidienne

Les situations de vie quotidienne, typiquement au club, fournissent une grande quantité de possibilité de partage d'expérience. Les activités qui peuvent mettre les malades en situation de prendre des responsabilités, comme tenir la cafétéria, organiser un évènement ou présider l'association, les mettent aussi en situation d'inversion des rôles avec les soignants, et modifient les rôles habituels entre les patients. Quand le patient responsable de la cafeteria apprend à un soignant comment ouvrir le bar, faire le café, compter la caisse, ils partagent une même expérience et font face ensemble à toutes les difficultés qui peuvent advenir. On observe de cette manière un « retournement » des rôles, temporaire, ou le patient est celui qui sait est le soignant celui qui apprend, situation qui, en bouleversant « l'ordre des choses » habituel, peut générer un ressort comique si tant est qu'on y est ouvert. Il s'agit là de relations transférentielles avec une ouverture à l'imprévu et donc au mouvement, condition nécessaire à tout travail psychique.

4.4 Du transfert

4.4.1 Le transfert psychanalytique

Le transfert dans son acception psychanalytique est un élément central du dispositif de la psychothérapie institutionnelle.

4.4.1.1 Transfert en psychanalyse et psychothérapie institutionnelle.

Le transfert, « découverte » de Freud, désigne classiquement l'actualisation de désirs inconscients sur la personne de l'analyste dans le cadre de la cure analytique. Modalité relationnelle nécessaire au déroulement de la cure, il est également considéré par Freud comme une résistance. (Chaperot, 2014)

Si le transfert est initialement pensé par Freud comme indissociable de l'expérience analytique, chez des patients névrosés, cette conception va beaucoup évoluer notamment dans le champ de la psychothérapie institutionnelle. Grace aux travaux de psychanalystes des psychoses tels que J. Lacan, G. Pankow, P. Aulagnier, M. Klein, D.W. Winnicott et bien d'autres, cette conception du lien transférentiel s'élargit pour sortir du cadre de la névrose.

La psychothérapie institutionnelle, qui puise en grande partie ses sources théoriques dans la psychanalyse, s'appuie constamment sur l'analyse du transfert au sein de l'institution. Cependant le transfert est ici pensé comme dissocié, multi référencé. Pour J. Oury, le transfert n'est pas limité à l'être humain, mais peut également avoir lieu sur des animaux, un endroit particulier, une activité. Il est une somme d'identifications projectives sur ce qui se présente dans l'échange. (Oury, 2006)

Il semble important de souligner que, si la psychanalyse a conceptualisé le transfert, et en a fait un outil du soin, celui-ci existe dans toute relation humaine et n'est pas conditionné par une relation analytique. Pour reprendre les termes de Freud : «On ne doit pas croire que l'analyse crée le transfert, elle le dévoile et l'isole »

C. Chaperot reprend cette idée ainsi :*« Ce magma de réseaux transférentiels « est là », obligatoirement, il ne suffit pas de ne pas faire de psychothérapie institutionnelle pour qu'un tel réseau transférentiel n'existe pas. La psychothérapie institutionnelle n'est que sa prise en compte, et cette prise en compte est capitale en psychiatrie, bien plus que dans tout autre champ, du simple fait que les personnes en souffrance psychique, principalement psychosées, sont extrêmement sensibles aux phénomènes de transfert comme d'ambiance, et en sont également extrêmement productrices : il s'agit d'un aspect fondamental de la maladie mentale. »*(Chaperot & Celacu, 2013)

Il souligne ainsi deux axes essentiels du travail de la psychothérapie institutionnelle : l'analyse transférentielle et le travail de l'ambiance dans l'institution.

4.4.1.2 Ambiance

L'ambiance, désignée sous le terme d' « entours » par J. Oury, a comme particularité qu'elle est ressentie par tous, souvent de façon relativement unanime, et se définit essentiellement par sa qualité qui peut être joyeuse, étrange, tendue… Elle est ce qui enveloppe et forme un contexte. Elle a également la particularité de modifier les humeurs des uns et des autres et revêt un caractère partagé. (Chaperot, 2014). Ce sont les effets iatrogènes que Oury désigne par le terme de pathoplastie, qui sont travaillés dans le dispositif de la psychothérapie institutionnelle.

C'est en ce sens que l'ambiance pour la psychothérapie institutionnelle, a à voir avec le transfert. C'est-à-dire que, par l'analyse des processus transférentiels et « contre-

transférentiels », il s'agit de repérer ce qui se joue pour les patients et les soignés, et les phénomènes d'ambiance qui peuvent résulter de ces interactions.

« L'impact de la psychose sur les membres du personnel provoque des phénomènes de ségrégation volontaire, de cloisonnement « entre soi », phénomènes qui dénient le fonctionnement collectif et/ou l'historialité de l'institution, cependant que ces phénomènes de repli « autistique » sont préjudiciables à un minimum d'ambiance conviviale. » (Luca-Bernier, 2011)

De nombreux auteurs décrivent la sensibilité particulière des psychotiques à l'ambiance, en particulier les schizophrènes. Ils présenteraient une forme de plasticité plus importante entrainant une impression des phénomènes ambiants qui modifient le psychisme. (Chaperot, 2014)

Toujours pour C. Chaperot, l'ambiance échappe à la possibilité d'analyse de par son caractère fluide, « qui échappe ». Par sa qualité d'immédiateté, le simple fait de l'évoquer la modifie. Elle est difficilement maitrisable (car on ne peut pas décréter une ambiance), mais est grandement influençable par des facteurs extérieurs (le cadre, la lumière, la température).

Comme un effet d' «arrière-plan », l'ambiance exprime l'insu qui anime le groupe, le collectif. Cette « sous jacence » (terme de J. Oury), infiltre l'institution, générant parfois, souvent, des phénomènes de défenses tels que le clivage, la projection… C'est en passant par « l'asepsie » comme le disait Tosquelles, en soignant ces symptômes que l'institution peut ensuite prétendre à soigner ses patients. L'ambiance peut même se révéler soignante. Dans cette optique J. Oury parle de greffe d'ambiance en s'inspirant des greffes de transfert de G. Pankow.

4.4.1.3 La relation transférentielle particulière dans la psychose

Pour G. Pankow, la dissociation dans la psychose est *« la destruction de l'image du corps telle que les parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaitre dans le monde extérieur. C'est cette absence de lien entre le dedans et le dehors qui caractérise la schizophrénie, il n'y a pas de chaines d'associations permettant de retrouver le lien entre les débris de tels mondes détruits ».*(Pankow, 1987). Cette idée sous-tend la conceptualisation du transfert dissocié. La personne psychotique dissociée, de par son rapport singulier, ne peut transférer sur un seul analyste comme cela se passe dans une cure type.

Pour C. Chaperot, la problématique schizophrénique scissionnelle, par les coupures de sens et les coupures d'être qu'elle engendre, rend même dangereux son engagement dans un transfert classique, monocentré. Il reprend trois aspects du transfert dissocié dans la schizophrénie(Chaperot, 2014) :

- La « dilution spatiale », initialement décrite par J. Oury. :

Cette notion consiste dans le fait qu'une personne schizophrène puisse sembler, dans la rencontre, « non centrée », « non assemblée », comme si le corps et l'esprit étaient diffus voire inconsistants. Impression inhabituelle qui contraste avec la « présence » ressentie au contact d'une personne non schizophrène, et qui nous la fait ressentir unifiée autour d'un « point de rassemblement ». Sur le plan phénoménologique, il s'agit de l'identité ipséique, c'est-à-dire la basse solide et stable de la personnalité, assurant une continuité de l'être au monde. Cette dilution irait de pair avec des stratégies de rassemblement telles que blessures, coupures, incuries par exemple.

- La « dilution temporelle »

Cette caractéristique a été relevée cette fois par F. Tosquelles, soulignant l'absurdité de penser le soin des patients psychotiques dans l'institution comme une série d'entretiens psychiatriques/ psychothérapeutiques entre lesquels il ne se passerait rien. Il remarque que les patients psychotiques ne transfèrent que peu, voire pas du tout sur leur psychothérapeute, mais transfèrent de façon permanente sur le collectif institutionnel, sur les autres soignants, les patients, voire sur des objets. Cela rejoint la même constatation d'une identité ipséique fragilisée, peu ancrée, ne permettant pas un ancrage solide de l'être au monde schizophrénique. Ainsi, le dispositif de l'entretien supposant un transfert unifié dans un temps ramassé ne convient pas à cette dilution temporelle. Il en découle le fait de considérer l'institution dans son ensemble comme soignante, avec une temporalité continue au long de l'hospitalisation, la vie quotidienne prenant une valeur souvent bien plus grande que ce qui se déroule durant les entretiens. Cela suppose en revanche de rassembler les « bouts de transfert » lors de réunions.

- Le danger du transfert mono-orienté pour la personne schizophrène

Il est possible d'envisager que cette modalité de transfert singulière, « dissociée », soit une stratégie protectrice pour la personne schizophrène. Dans cette perspective, le danger d'un transfert mono-orienté prend sens. Il comporterait un risque d'évidement narcissique, ou le sujet est « arraché à lui-même par l'objectalité »(Pasche, 1969); un risque d'épuisement des parcelles névrotiques, et un risque d'envahissement par l'objet regard.

4.4.2 Transfert et remédiation cognitive : le transfert de compétences

Dans le champ de la réhabilitation psychosociale, c'est au travers de la remédiation cognitive que s'utilise le terme de transfert, ou il désigne un passage de connaissances d'un domaine ciblé à une tâche plus globale.

4.4.2.1 Définition de la remédiation cognitive

La remédiation cognitive est un des outils de la réhabilitation psychosociale, utilisé pour améliorer les performances cognitives des patients atteints de troubles psychiatriques.

L'objectif de la réhabilitation psychosociale est l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychiques et leur insertion au sein de la société. L'intérêt grandissant de l'impact des troubles cognitifs, en particulier chez les patients schizophrènes, et de leurs conséquences à la fois sur la qualité de vie et l'intégration a conduit à élaborer des techniques visant à prendre en charge ces troubles. Il est aujourd'hui démontré que le fonctionnement cognitif est lié à la qualité du fonctionnement général, et qu'il possède une valeur prédictive dans les études longitudinales. C'est dans ce contexte qu'apparait la remédiation cognitive appliquée à la psychiatrie, issue des techniques de rééducation neurologique à destination des patients cérébro-lésés. (Roussel, 2006)

Cette technique se développe initialement dans le champ de la psychologie du développement mais n'entre dans aucun des modèles actuels que sont la psychodynamique, le cognitivo-comportementalisme et la systémique. Son objectif est de rééduquer des fonctions cognitives déficientes via des exercices ciblés sur ces fonctions en questions, qui ont été préalablement évaluées par des tests. Elle vise ainsi l'amélioration des performances cognitives globales dans le but d'améliorer l'autonomie, l'adaptation générale et le bien être des individus. L'hypothèse sur laquelle elle se base étant que l'intelligence repose sur un ensemble de savoirs et de savoir-faire relativement généraux, transférables et modifiables, ainsi que sur des caractéristiques affectives et motivationnelles qui en favorisent ou en entravent l'épanouissement. (Paour, Bailleux, & Perret, 2013)

Les troubles cognitifs retrouvés dans la schizophrénie sont (Passerieux & Bazin, 2010):

- l'attention (capacité à engager et maintenir son attention, à faire passer son attention d'un point à un autre) ;

- la mémoire (mémoire de travail, c'est-à-dire capacité à garder en tête plusieurs informations sur lesquelles des opérations mentales sont réalisées ; mémoire à long terme verbale, en particulier des souvenirs autobiographiques ou épisodiques) ;
- les fonctions exécutives (qui concernent l'activation, l'inhibition et l'organisation d'opérations de pensée en vue de la réalisation d'une tâche) ;
- la métacognition (c'est-à-dire la possibilité d'avoir une représentation de nos contenus de pensée ou de nos stratégies mentales) ;
- la cognition sociale (capacités cognitives spécifiquement dédiées à nos relations avec autrui, c'est-à-dire aptitudes, particulièrement développées chez les humains, à prévoir ou à expliquer le comportement de nos semblables, en leur attribuant des croyances, des souhaits, des intentions et des émotions et en sachant les distinguer des siennes propres).

On retrouve plusieurs approches de remédiation cognitive avec des fonctionnements différents selon les objectifs visés. Citons notamment (Passerieux & Bazin, 2010):

- L'entrainement cognitif des capacités de base qui consiste en des exercices ciblés, répétés sur un domaine spécifique.
- L'apprentissage de stratégies, visant à pallier le déficit observé grâce à des techniques spécifiques.
- Les approches par compensation, proposant un aménagement de l'entourage afin de réduire le « coût cognitif ».
- Les programmes intégrés, utilisant plusieurs approches afin d'obtenir un résultat plus global.

Des études sur le sujet (McGurk, Twamley, Sitzer, McHugo, & Mueser, 2007; Wykes et al., 2011) montrent que la remédiation cognitive axée sur des domaines spécifique de la cognition permet d'obtenir une amélioration efficace des performances cognitives ciblées. L'objectif visé est cependant d'apporter une amélioration du fonctionnement global de l'individu au travers de la réduction des déficits fonctionnels rencontrés, et non simplement une amélioration des performances cognitives. Pour cela, le transfert des acquis à la vie quotidienne est un point central de la remédiation cognitive.

En effet, il s'agit de la capacité pour un individu à généraliser les améliorations des aptitudes cognitives obtenues en exercices à des applications concrètes « dans la vraie vie » afin qu'il puisse en tirer des bénéfices réels.

4.4.2.2 Facteurs déterminants dans le transfert des compétences

Le transfert des acquis est le passage de compétences acquises en remédiation cognitive vers des tâches de la vie quotidienne. Il est donc un point central de la remédiation cognitive puisqu'il est le déterminant principal de l'amélioration de la qualité de vie visé par cette méthode.

Il s'agit donc de savoir si les patients améliorent leur fonctionnement général, et également, de savoir si cette amélioration est durable dans le temps. Si les études montrent en effet un bénéfice (Morin & Franck, 2017), il existe des facteurs très importants qui influencent le résultat des programmes de remédiation, regroupés sous le terme de « facteurs subjectifs ». (Martin & Franck, 2013a)

La métacognition est un facteur majeur. Décrite comme « Qualité de l'expérience de Soi », elle est une compétence essentielle, faisant le lien entre les processus cognitifs et le fonctionnement d'un individu.

L'insight, lié aux compétences métacognitives, et qui désigne la possibilité pour un individu de comprendre et de reconnaitre ses propres processus mentaux, est un facteur clé dans la remédiation cognitive.

La motivation, qui fait partie de ce que l'on nomme « facteurs subjectifs », est elle aussi un élément essentiel. Elle permet d'insuffler une dynamique à un mouvement, d'apporter de l'énergie, et donne une direction aux actions de l'individu.

Enfin, on peut citer l'internalisation de la stigmatisation. En effet, les patients « enfermés » dans des croyances stigmatisantes qu'ils ont intégrées, se trouvent bloqués dans leur processus de changement éventuel.

Ces facteurs, étudiés seulement récemment, s'avèrent déterminants dans la réussite des programmes de remédiation cognitive, et plus largement, dans le processus de réhabilitation.

Pour de nombreux auteurs (Martin & Franck, 2012; Passerieux & Bazin, 2010) il est indispensable, d'associer la remédiation cognitive à des programmes de réhabilitation

psychosociale afin de mettre en application les compétences acquises en sessions d'exercices. En fournissant des « espaces de transfert » les espaces tels que les ateliers, les ESAT, les GEM et les clubs sont des terrains privilégiés pour mettre en application les bénéfices obtenus par la remédiation cognitive.

4.4.2.3 Une approche du transfert : La conceptualisation

J.L Paour, à partir de son travail avec les enfants atteint de troubles du développement et de troubles de l'attention propose une pratique constructiviste de la remédiation cognitive, visant le développement de la conceptualisation. Il formule l'hypothèse que cette approche améliorerait la transférabilité des acquis. (Paour et al., 2013)

L'approche constructiviste est issue des travaux de Piaget sur l'intelligence et l'apprentissage. Pour Piaget, l'intelligence se construit par l'expérience et la confrontation à des problèmes complexes, et selon que l'enfant à la volonté de s'y confronter.(Piaget, 1975)

Une équipe de chercheurs (Steven, Guberman, & Greenfield, 1991)travaillant sur les conditions du transfert des apprentissages cognitifs ont montré que les connaissances conceptuelles, suffisamment abstraites, étaient plus propices à la généralisation que les procédures routinières, automatiques. De même, les savoirs faires procéduraux étant très dépendants du contexte dans lequel ils ont été acquis, sont moins facilement « transférables ». Ils proposent ainsi que l'approche conceptuelle favoriserait la généralisation des acquis à la vie quotidienne.

J.L Paourd définit la conceptualisation comme « *le processus par lequel nous formons une représentation explicite des propriétés et du fonctionnement d'une classe d'objets, d'une activité ou d'un phénomène* ».

Il distingue deux modalités d'apprentissage :

La première consisterait en un apprentissage essentiellement alimenté par les informations de l'environnement, qui serait procédural, associatif.

La deuxième serait un apprentissage reposant sur l'abstraction, la conceptualisation, et alimenté par des connaissances antérieures dans le but de comprendre leur organisation.

On peut donc en tirer deux finalités différentes. L'apprentissage procédural serait orienté vers la réussite quand l'apprentissage conceptuel serait orienté vers la compréhension. C'est donc en travaillant sur leur capacité de conceptualisation que les sujets pourraient plus facilement

mettre en pratique par la suite leurs acquis dans des situations variées. Contrairement à un apprentissage fait de stratégies répétées sans avoir été réellement comprises, qui permettrait un transfert intra-domaines, le travail sur la conceptualisation, en favorisant la compréhension, permettrait un transfert inter-domaines.

« La maîtrise de tous les corpus de connaissances – aussi bien scolaires que professionnels – dépend de l'acquisition de concepts organisateurs des domaines concernés (théoriques comme pratiques) qui constituent autant de cibles potentielles et utiles pour l'intervention. […]De même, la conceptualisation des expériences émotionnelles et relationnelles favorise la régulation de soi et constitue à ce titre un travail utile dans la prise en charge […] »(Paour et al., 2013)

Il propose également que les dimensions conatives, soit les processus affectifs et motivationnels, puissent être un moteur de la conceptualisation. Celles-ci participeraient dans l'auto régulation comportementale, favorisant une prise de contrôle accrue sur le fonctionnement et la conduite. De cette manière, l'apprentissage procédural centré sur l'associatif et la réussite, entrainerait une motivation plutôt extrinsèque quand l'apprentissage relationnel, poussé par un désir de compréhension, génèrerait une motivation intrinsèque.

Ces aspects affectifs et motivationnels sont centraux en remédiation cognitive. En effet, la qualité intrinsèque de la motivation permettrait de faciliter les apprentissages, la résolution de problèmes et la stabilité des acquis.

4.4.3 Club et transfert

Ainsi le transfert est un concept central pour penser le processus de soin tant en réhabilitation que dans le dispositif de psychothérapie institutionnelle. L'acception du terme en psychothérapie institutionnelle renvoie à sa définition psychanalytique, levier thérapeutique essentiel selon Freud, avec la particularité apportée par Tosquelles et Oury entre autres, du transfert multiréférencié dans la psychose. Pour la réhabilitation psychosociale, et la remédiation cognitive en particulier, il est le point central qui permet ou non la généralisation des acquis de la thérapie aux actes de la vie quotidienne. Or, l'amélioration de la qualité de vie dans le quotidien est bien l'objectif principal de la réhabilitation. De même dans la psychanalyse, l'objectif premier est bien qu'un mouvement psychique advienne. Dans les deux courants, le concept de transfert sert à désigner le processus en cours dans la thérapie. Il désigne le mouvement qui s'opère chez le patient, mettant en lumière le chemin qu'il effectue.

On peut tenter de rassembler ces deux concepts, bien dissemblables à première vue, dans un lieu commun qui est le club. Une fois de plus, le club fait de multiples manières le lien entre psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale.

Pour la psychothérapie institutionnelle, le club est fondamentalement un lieu privilégié de transfert. On y croise les uns et les autres de façon fortuite. Oury avait coutume de dire que « le club c'est partout ». On s'y retrouve dans les activités, à la buvette si elle existe, aux réunions. Il est le lieu des rencontres, ces rencontres « aléatoires » qui laissent ouverte la possibilité d'une « rencontre primordiale»(Schotte, 2010). C'est un « endroit », pas toujours matérialisé, ou se jouent les processus de transfert. Il est ce que J. Oury nomme un « champ transférentiel », où s'ouvrent de possibles liens. Pour le patient, cela peut être l'occasion de croiser un soignant particulier qu'il ne croise pas habituellement, ou de le croiser dans un tout autre contexte, et que s'établisse alors un lien transférentiel privilégié. En atelier, le « faire ensemble », en ouvrant à l'étonnement partagé, génère des liens tout à fait particuliers et inédits. Ces liens particuliers qui auraient du mal à s'établir de la même manière dans le contexte habituel de la rencontre, comme celui du médecin derrière son bureau ou de l'infirmier derrière son charriot de traitement. Ces nouages transférentiels, partiels, seront ensuite idéalement rassemblés en réunion.

En remédiation cognitive, l'un des paramètres essentiel, que nous avons détaillé, est le transfert des acquis à la vie quotidienne. En effet, c'est par ce mécanisme que la personne peut tirer un bénéfice direct pour sa propre vie du traitement qui lui a été proposé. Les études sur la remédiation cognitive montrent que l'amélioration psychosociale de la remédiation cognitive est d'autant plus importante que celle-ci est proposée au sein d'un programme de réhabilitation psychosociale(McGurk et al., 2007). Il s'agit donc de proposer un « terrain d'application » des acquis travaillés en remédiation, afin que le patient puisse les mettre en pratique. Un des déterminants de l'efficacité de la remédiation cognitive est sa mise en application dans des problématiques réelles et concrètes de la vie quotidienne, qui peuvent être matérialisées par l'intégration dans un GEM ou un club thérapeutique.(Martin & Franck, 2012)

En effet, le club est par excellence le lieu où l'on a à faire avec le quotidien et son lot d'obstacles « cognitifs ». Par exemple, si l'on prend l'activité de tenir la cafeteria, au-delà de son potentiel autonomisant via une prise de responsabilité sérieuse, il va s'agir de recevoir les demandes des clients, préparer différentes boissons en fonction de ces demandes, gérer les stocks, compter la caisse. Autant d'activité mettant en jeu des fonctions cognitives telles que la mémoire,

l'attention, les fonctions exécutives, sans compter les aptitudes sociale. Il en va de même pour assurer l'organisation d'une activité et le bon fonctionnement de l'association et du club au quotidien.

On retrouve ainsi des applications de ces deux conceptions du transfert au sein des différents types de clubs.

4.5 Quelques expériences pratiques

Des services de psychiatrie choisissent de faire exister ces deux courants de façons complémentaires.

A Abbeville, dans le service de secteur 80G06 dirigé par le Dr C. Chaperot, il existe plusieurs espaces de rencontre de la psychothérapie institutionnelle et de la réhabilitation.

Par exemple, l'activité « Je veux tenir la cafèt' » s'est tenue au sein du club thérapeutique. Le club constitue dans ce service un organe vital. Son fonctionnement et son rôle dans le service sont celui d'un club thérapeutique dans la lignée de ceux de la psychothérapie institutionnelle.

C'est au club que cette activité prend naissance afin d'aider des patients en difficulté avec le maniement de la monnaie, compétence nécessaire pour tenir la cafeteria. L'activité est inspirée du programme CRT (Cognitive Remediation Therapy, technique de remédiation largement diffusée), s'appuie sur l'utilisation de l'outil pièces en plastiques et est structurée sur des échanges en situations réelles à l'aide des grilles de prix de la cafeteria. Cette activité a permis à des patients d'améliorer leurs capacités à manier l'argent et leur a ainsi permis de s'inscrire efficacement dans la gestion de la cafeteria.

Dans ce même service, le programme MCT (Meta Cognitive Training), programme de remédiation cognitive axé sur la métacognition et la psychoéducation, est utilisé en sessions groupales et ouvertes. Ce programme fait partie de la grille des activités organisées par le club et les patients peuvent s'y inscrire selon leur désir. Cette activité est incluse dans le réseau des discussions et des investissements du club, produisant des phénomènes de groupes au sein de l'institution.

Dans ce même service, au sein des réunions soignantes se mêlent des concepts issus de la réhabilitation, de la psychothérapie institutionnelle ainsi que de la psychanalyse, permettant d'envisager des prises en charges les plus globales possible.

Le club Coude à coude est un club naissant au sein de Polygone, association Amiénoise qui gère un établissement médico-social composé d'un ESAT ainsi que d'un dispositif d'hébergement. Cette association peut être considérée comme appartenant au courant de la réhabilitation. Elle propose notamment à des patients en situation de handicap psychique un travail de réinsertion au travers d'une activité d'hôtellerie. Elle gère en effet plusieurs restaurants dans la ville d'Amiens, ouverts au grand public et tenus par les patients suivi par l'association. Le club Coude à Coude, récemment créé au sein de l'association, vise à créer une vie commune et un espace de partage entre les patients. Il répond en cela aux missions médicosociales de Polygone. Il fait par ailleurs partie des organisateurs du forum annuel des clubs 2018, référé à la psychothérapie institutionnelle, qui se déroulera à Abbeville en partenariat avec le service du secteur 80G06.

Le centre de jour Crisalide, situé dans l'Oise et dirigé par M.C. Bralet, s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychiques chroniques stabilisés, et propose de nombreux programmes de remédiation cognitive et activités de réhabilitation psychosociale. On peut noter qu'au cours des journées de la Fédération de Recherche en Santé Mentale de Picardie, l'équipe de Crisalide a fait preuve d'un grand enthousiasme pour les propositions Abbevilloises citées plus haut. Cette équipe a pu souligner combien une attention au transfert au sens psychanalytique du terme, au travail en équipe et aux logiques de la psychothérapie institutionnelle, étaient pour eux indispensables à tout travail en psychiatrie.

Ces différentes expériences montrent comment les différents courants peuvent se rencontrer et être portés par les mêmes équipes. Ils s'enrichissent des uns et des autres dans la pratique.

5. Conclusion

Un retour sur l'histoire des deux mouvements que sont la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psychosociale nous a permis de dégager les racines communes qu'elles partagent, autour du vaste mouvement de désinstitutionalisation advenu dans les années 1950.

Pour la psychothérapie institutionnelle, il s'agit de modifier en profondeur le système de l'hôpital, qui est alors vu comme un lieu de reproduction de l'aliénation sociale aussi bien que psychopathologique. F. Tosquelles, partant de ce constat, et en s'inspirant à la fois de la psychanalyse des psychoses au travers des écrits de J. Lacan et de la sociothérapie développée par H. Simon, propose à son tour de « soigner l'hôpital » dans le but de mettre fin à ces phénomènes d'aliénation.

Par la suite, ce mouvement dissémine et s'inscrit dans la réforme hospitalière et la mise en place du secteur, visant à la sortie des malades mentaux de l'hôpital et leur réintégration dans la cité, permise par cette organisation originale des soins psychiatriques.

Certains psychiatres cependant, qui ont participé à ce mouvement de désinstitutionalisation, vont prendre leurs distances avec la psychothérapie institutionnelle, pour des raisons qui pouvaient relever d'une orientation politique, théorique, ou un positionnement plus catégorique vis à vis du rejet de l'hôpital. Pour certains comme L. Le Guillant, il s'agissait de réinsérer les personnes directement dans leur communauté et non de créer ce qu'il considérait comme un « simulacre » de la vie extérieure à l'intérieur de l'hôpital. Ils vont participer au développement d'un courant qui se rapprochera de la réhabilitation, mettant en place des structures dédiées, tels les centres de réadaptation.

Par la suite, ce courant de la réadaptation s'enrichira des expériences internationales, notamment du courant de la réhabilitation issu des groupes d'usagers de la psychiatrie aux Etats Unis. Ceux-ci ont œuvré à la mise en place de structures communautaires qui ont pu pallier le manque de structures étatiques suite à une désinstitutionalisation brutale dans ce pays.

En France, l'évolution du courant de la réhabilitation évolue parallèlement aux avancées du mouvement sur le handicap, la reconnaissance des droits des personnes handicapées et leur inscription dans les lois de 1975 et 2005.

Un bref retour sur les fondements théoriques de ces deux mouvements met bien en lumière les différents outils sur lesquels chacun prend appui, marquant par-là les différences bien souvent mises en avant.

Cependant, l'objectif de ce travail était bien de relier ces deux mouvements. Nous avons choisi d'aborder ce lien possible au travers d'un organe vital de la psychothérapie institutionnelle et que l'on retrouve également dès la naissance du mouvement de la réhabilitation, le club.

Du premier club hospitalier fondé par F. Tosquelles à St Alban aux clubs d'accueil et d'entraide extra-hospitaliers mis en place par la Fnapsy, on trouve là un trait d'union entre ces deux mouvements. De façon intéressante, un club emblématique de la psychothérapie institutionnelle trouve par exemple aujourd'hui sa place comme GEM, le Club des Peupliers dans le 13ème, fondé par P. Paumelle. Il illustre bien le continuum possible entre la réhabilitation psychosociale et la psychothérapie institutionnelle au travers de l'entité club.

C’est notamment par sa fonction d’accueil et de relance du lien social que le club trouve sa place dans les deux mouvements. Il est un espace où peuvent s’exercer dans le quotidien à la fois des compétences, mais également une série d’interactions que l’on peut désigner par le terme de transfert en psychanalyse. On retrouve le transfert comme mouvement s’exerçant vers le quotidien, en réhabilitation psychosociale.

C’est aussi le quotidien qui pourra faire sortir le sujet d’une aliénation à une identité de malade, thématique chère aux deux courants, et qui permettra de penser le sujet dans sa singularité et dans son désir. Au sein du club et des interactions sociales proposées, une pensée du collectif s’opère. Elle est politique par la question de la désaliénation, vivifiante par les relations humaines qu’elle produit, soignante par les compétences qu’elle met à l’exercice et les transferts, au sens analytique, qu’elle met en jeu.

Les conceptions cognitivistes, psychanalytiques et phénoménologiques se complètent. Les courants de la psychothérapie institutionnelle et de la réhabilitation psychosociale se rejoignent sur des points essentiels de leur éthique et de leurs fondements.

Certains services font se juxtaposer les logiques des différents courants et l’utilisation des différentes méthodes d’une manière qui bénéficie aux patients. Il semblerait intéressant de poursuivre cette élaboration théorique par une recherche de terrain afin de recenser les croisements entre ces courants et les enrichissements qui se réalisent de fait.

6. Bibliographie.

1. Anne-Emmanuèle Calvès. (2009). “Empowerment”: Généalogie d’un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*.

2. Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2004). *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate Promarex.

3. Ayme, J. (2009). Essai sur l’histoire de la psychothérapie institutionnelle. *Revue Institution n°44*.

4. Baillon, G. (2009). *Les usagers au secours de la psychiatrie*. Erès.

5. Benattar, B. (2007). Actualités des clubs thérapeutiques et groupes d’entraide mutuelle. *VST - Vie sociale et traitements*, (95), 64–73.

6. Cermolacce, M., Martin, B., & Naudin, J. (2015). Approche phénoménologique en psychiatrie. *http://www.em-premium.com/data/traites/ps/37-60902/*.

7. Chaperot, C. (2014). *Formes de transfert et schizophrénie*. Erès.

8. Chaperot, C., & Celacu, V. (2013). Psychothérapie institutionnelle à l’hôpital général : négativité et continuité, *L’information psychiatrique*, *me 84*(5), 445–453.

9. Chapireau, F. (2009). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, *24 / n° 99*(4), 37–56.

10. Chevallier-Fougas, S. (2009). *Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : La psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psycho-sociale.* Angers.

11. Collectif UNAFAM, & Autres associations. (2011). *Le Livre Blanc des partenaires de santé mentale*. Editions de santé.

12. Daumézon, & Koechlin. (1952). La Psychothérapie institutionnelle française contemporaine.

13. Delion, P. (2001). Thérapeutiques institutionnelle. *EM-Consulte. EMC Psychiatrie.*

14. Delion, P. (2011a). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne. Introduction à la psychothérapie institutionnelle.* (2 ème édition). Dunod.

15. Delion, P. (2011b). Accueillir la personne psychotique : espaces thérapeutiques, temps interstitiels et vie quotidienne. *Cliniques*, (1), 24–37.

16. Depraz, N. (2004). Le tournant pratique de la phénoménologie, *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, *Tome 129*(2), 149–165.

17. Deutsch, C. (2003). Les associations d'usagers citoyennes. *VST - Vie sociale et traitements*, *no 77*(1), 17–22.

18. Deutsch, C. (2017). Les usagers contribuent à refonder le social. *VST - Vie sociale et traitements*, (134), 43–49.

19. Douet, B. (2014). Remédiation cognitive : un complément aux pratiques de prise en charge en psychologie ? *Le Journal des psychologues*, (320), 24–29.

20. Duprez, M. (2012). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle, *L'information psychiatrique*, *me 84*(10), 907–912.

21. Durand, B. (2012). Les Groupes d'entraide mutuelle : un acquis des usagers, *L'information psychiatrique*, *me 85*(9), 803–812.

22. Farkas, M. (2005). *La réhabilitation aux Etats-Unis, et si on en parlait vraiment?*

23. Franck, N. (2016). *Outils de la réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.

24. Freud, S. (1904). *De la psychothérapie*.

25. Freud, S. (1915). *La technique psychanalytique. 1904-1915*. PUF.

26. Gautret, F. (2006). Des parfums interdits. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, *no 63*(1), 29–34.

27. Goyet, V., Duboc, C., Voisinet, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. (2013). Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, *78*(1), 3–19.

28. Grice, H. P. (1979). *Logique et conversation*. Communications.

29. Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., & Blanchet, A. (2012). Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*, *Numéro 514*(4), 339–346.

30. Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., Schaer, V., Borgne, P. L., Bouleau, J.-H., & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie, *L'information psychiatrique*, *me 88*(4), 279–285.

31. Lacan, J. (1933). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*.

32. Laffitte, P. J. (2016). Le concept de Collectif chez Jean Oury. *Chimères*, (87), 193–202.

33. Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1990). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

34. Lheureux-Davidse, C. (2015). L'étonnement partagé face à des événements sensoriels avec des personnes autistes. *Cliniques méditerranéennes*, (91), 67–80.

35. Luca-Bernier, C. de. (2011). Logique du soin en psychothérapie institutionnelle. *Le Coq-héron*, (206), 98–106.

36. Martin, B., & Franck, N. (2012). La remédiation cognitive : un nouvel outil de soin pour la schizophrénie. *Perspectives Psy*, *51*(1), 7–13.

37. Martin, B., & Franck, N. (2013a). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, *78*(1), 21–40.

38. Martin, B., & Franck, N. (2013b). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : indications et conditions d'utilisation. *L'information psychiatrique*, *me 89*(1), 57–62.

39. Martin, B., & Piot, M.-A. (2012). Approche phénoménologique de la schizophrénie, *L'information psychiatrique*, *me 87*(10), 781–790.

40. McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(12), 1791–

41. Moineville, M. (2012). *Rôle des usagers de la psychiatrie dans la déstigmatisation de la maladie mentale*. Paris VII.

42. Monceau, M., & Visintainer, S. (2010). *Le mouvement des usagers en santé mentale : introduction et repères historiques*. ERES.

43. Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *8*.

44. Mornet, J. (2007). *Psychothérapie institutionnelle, Histoire et actualité.*

45. Oury, J. (1985). *Le séminaire de Sainte Anne. Le Collectif.* Champs social.

46. Oury, J. (2001). Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Champs social.

47. Oury, J. (2006). Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. *Cahiers de psychologie clinique*, (21), 155–165.

48. Oury, J. (2007). Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST - Vie sociale et traitements*, (95), 110–125.

49. Oury, J. (2010). *Structure et vie quotidienne*. ERES.

50. Pachoud, B. (2012). Remédiation cognitive et vie quotidienne. In *Remédiation cognitive*. Masson.

51. Pain, J. (2006). Les Cahiers de l'école doctorale. Paris X, Nanterre.

52. Pankow, G. (1987). *L'être là du schizophrène*. Aubier.

53. Paour, J.-L., Bailleux, C., & Perret, P. (2013). Pour une pratique constructiviste de la remédiation cognitive, Summary. *Développements*, (3), 5–14.

54. Pasche, F. (1969). *A partir de Freud*. Payot.

55. Passerieux, C., & Bazin, N. (2010). La rééducation cognitive : évaluation des résultats. *Revue française des affaires sociales*, (1), 157–169.

56. Peyneau, C., & Teppa, J. (2014). Psychoéducation des troubles bipolaires : tentative de décorticage. *L'information psychiatrique*, *me 83*(3), 189–194.

57. Piaget, J. (1975). *L'Equilibration des structures cognitives*. PUF.

58. Poupart, F. (2014). Hommage à Gisela Pankow, Tribute to Gisela Pankow. *Psychothérapies*, *34*(1), 51–58.

59. Rappard, P. (1955). *Les clubs thérapeutiques*. Bordeaux.

60. Resnik, S. (1999). *Temps des glaciations*. Erès.

61. Rothberg, D. (1968). *Les réunions à l'hôpital psychiatrique*. Scarabée.

62. Roussel, C. (2006). Le processus de réhabilitation des patients atteints de schizophrénie : place et enjeux de la remédiation cognitive. Médecine humaine et pathologie.

63. Rozier, E. (2014). *La clinique de La Borde ou les relations qui soignent.* Erès.

64. Schaepelynck, V. (2013). Institution, Institution. *Le Télémaque*, (44), 21–34.

65. Schotte, J. (2010). *Esquisse phénoménologique de la rencontre primordiale*. ERES.

66. Steven, R., Guberman, P., & Greenfield, M. (1991). Learning and Transfer in Everyday Cognition. Cognitive development.

67. Vernant, D. (2009). *Discours et vérité*. Vrin. Analyse et philosophie.

68. Vidon, G. (2010). *Comment le terme de réhabilitation est-il apparu dans notre environnement culturel ?*

69. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *The American Journal of Psychiatry*, *168*(5), 472–485. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855

D’un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle.

Psychothérapie institutionnelle et réhabilitation psychosociale sont deux mouvements qui orientent la pratique psychiatrique. Si les travaux de mise en perspective de ces deux courants tendent à montrer leurs oppositions, nous avons choisi de dégager leurs points de rencontre.

La réhabilitation psychosociale est un courant qui s’appuie sur la remédiation cognitive et l’éducation thérapeutique. Il est apparu dans les années 1990 en France sous l’influence des expériences américaines de psychiatrie communautaire.

La psychothérapie institutionnelle est un courant dont l’influence a été particulièrement importante en France dans la mise en place de l’organisation des soins psychiatriques sur le modèle du secteur dans les années 1960.

Ces deux courants sont tous deux issus d’un mouvement de désinstitutionalisation et partagent l’intuition commune d’un soin possible de l’individu dans son milieu.

Le club thérapeutique est un dispositif commun à ces deux courants. En France, les clubs se sont initialement développés au sein du mouvement de la psychothérapie institutionnelle. Aujourd’hui d’autres clubs apparaissent, inspirés du modèle américain du Club Foutain House, initiateur du modèle de la réhabilitation psychosociale.

Au sein de cette entité qu’est le club, s’articulent trois concepts centraux que sont le collectif, le transfert et la vie quotidienne. S’ils revêtent des acceptions différentes dans ces deux courants, ils permettent néanmoins la création d’un espace d’échange.

Certains services de psychiatrie font le choix d’articuler les pratiques orientées par la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation, permettant ainsi une approche globale des soins.

Mots clés : réhabilitation psychosociale, psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive, clubs thérapeutiques.

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l’Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06