



HAL
open science

Prise en charge institutionnelle des patients présentant une organisation limite de la personnalité : à propos d'un cas clinique

Laure-Anne Fourgeaud

► To cite this version:

Laure-Anne Fourgeaud. Prise en charge institutionnelle des patients présentant une organisation limite de la personnalité : à propos d'un cas clinique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02445583

HAL Id: dumas-02445583

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02445583>

Submitted on 20 Jan 2020

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

FOURGEAUD Laure-Anne

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 2019

**Prise en charge institutionnelle des patients présentant
une organisation limite de la personnalité : à propos
d'un cas clinique**

Directeur de thèse : Monsieur GELLY Frédéric, Docteur, CH Sainte-Marie
Clermont-Ferrand (Saint-Luc 1er)

Président du jury : Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de
Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :
Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des
professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des
Professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame COURTY Eve, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Pass-aje)



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

FOURGEAUD Laure-Anne

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 2019

**Prise en charge institutionnelle des patients présentant une
organisation limite de la personnalité : à propos d'un cas
clinique**

Directeur de thèse : Monsieur GELLY Frédéric, Docteur, CH Sainte-Marie
Clermont-Ferrand (Saint-Luc 1er)

Président du jury : Monsieur LLORCA Pierre-Michel, Professeur, UFR de
Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame COURTY Eve, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (Pass-aje)



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-physiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie

M. LIBERT Frédéric
Mle COSTE Karen
M. EVRARD Bertrand
Mle AUMERAN Claire
M. POIRIER Philippe
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Notre Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Frédéric GELLY

Docteur en médecine

Psychiatrie d'Adulte, Secteur Nord, Centre hospitalier Sainte-Marie de
Clermont-Ferrand

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse et c'est avec grand plaisir que j'ai suivi tes conseils éclairés. Je te remercie de t'être impliqué dans ma formation lors de mon passage à Saint-Luc 1er ; notre rencontre a été décisive dans la conception de ma pratique. Tu incarnes la notion de fiabilité dont parle Winnicott et es en cela un modèle pour les jeunes médecins apprenant à tes côtés.

Sois assuré de ma profonde reconnaissance et de mon sincère respect.

A Notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA

Professeur de Psychiatrie, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand.
Chef de service de Psychiatrie Adulte B, CHU Gabriel Montpied

Vous m'avez fait l'honneur d'être le président de ce jury et je vous suis très reconnaissante de juger ce travail.
Je vous remercie pour votre enseignement durant cet internat de psychiatrie, vos connaissances sont une source de savoir inestimable. Votre accompagnement et vos conseils bienveillants tout au long de ces études ont été un soutien de grande qualité, je vous en remercie profondément.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Georges BROUSSE

Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Psychiatrie d'Adulte, Pôle d'Addictologie, CHU de Clermont-Ferrand

Je vous remercie d'être membre du jury de cette thèse.
Vos connaissances en matière d'addictologie nous ont accompagnés tout au long de cet internat. Votre empathie et votre bienveillance envers les patients comme les internes sont une source d'inspiration. Mon passage dans votre service à SATIS s'est nourri de vos précieux enseignements.

Veillez accepter ma profonde considération et tout mon respect.

Madame le Professeur Isabelle JALENQUES

Professeur de Psychiatrie, Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand.
Chef du pôle psychiatrie enfant - adulte, CHU Gabriel Montpied
Chef de service de Psychiatrie Adulte A, CHU Gabriel Montpied

Je vous suis reconnaissante d'être membre du jury de ce travail.
Je vous remercie pour votre accueil et votre coordination durant ces années d'études qui m'ont conduite jusqu'à cette thèse. Votre sens du travail et de la rigueur sont une source d'inspiration.

Veillez accepter ma profonde considération et tout mon respect.

Madame le Docteur Eve COURTY

Docteur en médecine

Psychiatrie du Jeune Adulte, CHU Gabriel Montpied

Je vous suis sincèrement reconnaissante de juger ce travail en participant à ce jury de thèse.

Je vous remercie profondément pour les connaissances que vous m'avez apportées durant le semestre que j'ai effectué dans le service Pass-aje, ainsi que pour vos qualités humaines indéniables. Vous êtes d'une influence majeure dans mon cursus et l'orientation de ce travail en est la preuve.

Veillez recevoir l'expression de mes sincères considérations et tout mon respect.

DEDICACES

A ma famille, d'une bienveillance exceptionnelle

A Matthieu pour ton soutien inestimable

A notre petite Noémie

Et à tous mes amis, évidemment...

« La psychothérapie institutionnelle n'existe pas »

François Tosquelles

Table des matières

Introduction.....	15
1. Organisation limite de la personnalité.....	19
1. 1. Historique.....	20
1. 1. 1. Terminologie.....	20
1. 1. 2. Description clinique et psychogénèse.....	21
1. 1. 3. Évolution du trouble dans les classifications.....	23
1. 2. Clinique.....	24
1. 2. 1. Approche catégorielle.....	24
1. 2. 2. Analyse structurelle.....	26
1. 3. Etiopathogénie.....	38
1. 3. 1. Apports psychanalytiques.....	38
1. 3. 2. Apports neurobiologiques.....	41
1. 3. 3. Théorie de l'attachement.....	43
1. 4. Évolution et complications.....	49
1. 4. 1. Évolution.....	49
1. 4. 2. Complications.....	50
1. 5. Épidémiologie.....	51
1. 6. Comorbidités et diagnostic différentiel.....	51
1. 6. 1. Comorbidités.....	51
1. 6. 2. Diagnostic différentiel.....	52
1. 7. Traitement.....	54
1. 7. 1. Psychothérapies.....	54
1. 7. 2. Chimiothérapie.....	56
1. 7. 3. Hospitalisation.....	57
1. 8. Conclusion.....	60
2. Prise en charge institutionnelle.....	62
2. 1. Généralités.....	63
2. 1. 1. Définitions.....	63
2. 1. 2. Historique.....	65
2. 1. 3. Notions.....	68
2. 2. Cadre thérapeutique institutionnel.....	70
2. 2. 1. Fonction phorique.....	70
2. 2. 2. Fonction sémaphorique.....	72
2. 2. 3. Fonction métaphorique.....	74

2. 2. 4. Fonction diacritique.....	78
2. 3. Processus analytique de l'état-limite.....	80
2. 3. 1. Transfert	81
2. 3. 2. Contre-transfert	83
2. 3. 3. Le traitement.....	85
2. 3. 4. Les séparations.....	88
2. 3. 5. Les menaces directes au traitement.....	89
2. 4. Conclusion.....	91
3. Cas clinique.....	93
3. 1. Présentation du cas clinique.....	93
3. 1. 1. Examen somatique.....	93
3. 2. 2. Examen psychiatrique.....	96
3. 2. Analyse du cas.....	98
3. 3. Prise en charge institutionnelle de Mme C.....	102
3. 3. 1. Le cadre thérapeutique.....	102
3. 3. 2. Processus analytique	107
3. 4. Évolution.....	108
3. 5. Réflexion sur la réussite de la prise en charge.....	109
3. 5. 1. Le cadre.....	109
3. 5. 2. Le processus.....	110
3. 5. 3. Le méta-cadre.....	110
3. 6. Conclusion.....	111
4. Discussion.....	112
4. 1. Limites de la psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des cas limites.....	112
4. 2. Intérêts de la psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des cas limites.....	114
Conclusion.....	117
Résumé.....	119
Bibliographie.....	120
Serment d'Hippocrate.....	126

Introduction

Les sujets présentant une organisation limite de la personnalité interrogent le clinicien à plus d'un titre, comme en témoigne l'intérêt croissant qui leur est porté dans la littérature au cours des dernières décennies. Du fait de leur forte représentation en population clinique (jusqu'à 28%), leur prise en charge est un enjeu considérable. Pourtant, leur mode de fonctionnement la rend particulièrement difficile, induisant un contre-transfert d'intensité généralement élevée composé de sentiments d'hostilité, d'incurabilité et donc de rejet. (1) Dès lors, comment prendre soin d'eux au sein d'une institution psychiatrique ? Répondre à cette question revient à s'interroger sur les trois notions qu'elle sous-tend que sont la complexité de l'organisation limite, le soin et l'institution.

Pour explorer le fonctionnement limite, nous opérerons en première partie à travers le prisme psychanalytique pour sa vision dynamique, en reconnaissant notamment l'existence de l'inconscient, des mécanismes de défense et du transfert. Nous verrons ainsi que l'hémorragie narcissique qui caractérise ces patients les menace sans cesse d'anéantissement dont ils se prémunissent par des défenses redoutablement efficaces bien qu'archaïques. Celles-ci permettront de maintenir chez certains un niveau de fonctionnement correct en façade (faux-self) au prix d'un clivage dissociant les parties « bonnes » et « mauvaises » de l'objet. Or, l'absence d'internalisation d'un objet total implique le recours à l'objet externe. Ce défaut du registre de la transitionnalité entraîne donc la dépendance, l'anaclitisme. Dans la relation

thérapeutique, ce lien indissociable entre le sujet et l'objet rend la prise en charge délicate : tout mouvement chez l'un provoquera une réponse, parfois violente, chez l'autre qu'il s'agisse d'ailleurs du patient ou du thérapeute.

La question du soin chez ces sujets semble en conséquence régie par la locution *primum non nocere* ; nous aimerions toutefois aller plus loin dans la réponse tout en la gardant à l'esprit. En anglais, *cure* et *care* possèdent les mêmes racines mais tandis que *cure* fait référence au traitement médical, à l'éradication de la maladie et à la technicité, *care* renferme la notion d'inquiétude ; « prendre soin », c'est s'inquiéter pour quelqu'un et donc veiller à son bien-être. Winnicott, dans les années 70, énonçait sa crainte que le premier l'emporte sur le deuxième c'est-à-dire que la gestion technique prenne le pas sur l'attention qui est portée au sujet. Cette attention repose pour lui sur la fiabilité ; c'est en parant à l'imprévisible et en offrant un cadre sécurisant que la confiance peut s'instaurer et le travail psychique s'amorcer. Il ajoute que c'est parce que l'analyste prend bien soin de l'analysant que celui-ci arrête de le faire lui-même et rentre dans un état de régression, rompant ainsi avec son ancien mode de fonctionnement. (2)

Si la psychanalyse a beaucoup œuvré dans la conceptualisation psychopathologique de l'état-limite, ses partisans ont rapidement interrogé sa pertinence curative et rallié l'idée d'un aménagement de son cadre afin de ne pas porter préjudice à la relation duelle. Certains auteurs considèrent ainsi le traitement « par l'environnement » comme une forme extrême de cet aménagement. (3) L'institutionnalisation psychiatrique, lorsqu'elle est indiquée, semble donc être une piste intéressante en ce qu'elle permet, comme dans la cure-type, de projeter sur la scène thérapeutique le monde interne du patient

mais en renforçant cette fois la contenance par la diffraction du transfert. Chaque soignant mettra ainsi au service du soin son propre appareil psychique, mobilisant dans le même temps fortement son registre défensif dans le contre-transfert ; ceci implique pour le bon déroulement de la prise en charge d'analyser le fonctionnement de l'équipe soignante en prenant en compte son inscription dans l'histoire de l'institution et de ses mythes fondateurs. (4)

L'étude de cette question, que nous traiterons en deuxième partie, nécessite un organisateur institutionnel que la psychanalyse ne peut apporter ; nous nous référerons pour ce faire à la psychothérapie institutionnelle (5). Tandis que la littérature sur ce thème abonde au sujet de la psychose, la problématique limite ne semble pas faire l'objet de tant d'égards. Outre ce fait, la motivation principale de ce travail réside dans la nécessité d'une conceptualisation des fonctions institutionnelles et de leurs conditions d'exercice car infiltrant au quotidien le travail du clinicien, de la même manière que toute entité avec laquelle nous sommes en symbiose ne se remarque que lorsqu'elle vient à faire défaut. A ces chapitres théoriques succéderont un cas clinique permettant d'en appréhender l'aspect pragmatique ainsi qu'une discussion, menée au regard des différents points soulevés tout au long de ce travail.

1. Organisation limite de la personnalité

Un chapitre consacré à la théorisation de l'état-limite ne saurait être exhaustif au vu du nombre considérable de publications dont ce thème a fait l'objet depuis le milieu du XXe siècle. Nous l'aborderons sous l'angle structuraliste d'Otto Kernberg, privilégié pour sa conception psychanalytique tout autant synthétique que précise et fine dans son analyse. Le terme d'organisation limite de la personnalité est employé pour souligner la perspective positiviste d'un système relativement stable et cohérent et non le point de vue relevant davantage les caractères négatifs de cet état qui se situerait dans le vide nosographique disjoignant névrose et psychose.

En revanche, émettre l'hypothèse d'une structure stable de la personnalité ne lui retranche en rien sa possibilité évolutive : « stable dans son instabilité », elle n'en est pas figée pour autant et conserve des possibilités de désorganisation/réorganisation ainsi que des modalités diverses de fonctionnement. (3)(4) Ce pré-requis théorique est indispensable dans la compréhension puis la prise en charge institutionnelle de l'état-limite.

Au niveau terminologique, nous utiliserons le terme « organisation état-limite » pour sous-entendre sa perspective dimensionnelle, diachronique et d'obédience psychanalytique, et celui de « trouble borderline » pour se référer

à une logique catégorielle, synchronique facilitant la fiabilité inter-juge et les études cliniques.

1. 1. Historique

1. 1. 1. Terminologie

Marcelli et Braconnier reprennent l'histoire du concept d'état-limite à la lumière de deux courants.

En psychiatrie, l'émergence de la schizophrénie en début d'âge adulte a impliqué la question d'un dépistage le plus précoce possible. Dans le recueil anamnestique des malades, les psychiatres ont donc cherché des éléments pouvant faire craindre l'éclosion morbide par la suite, telle qu'une organisation pathologique de la personnalité. Cette préoccupation a conduit à décrire des personnalités appartenant encore au registre du « normal », mais porteuses de traits se rapprochant des malades avérés. (7) Le rapprochement nosographique s'est donc fait initialement avec la schizophrénie. (8,9) A noter que le terme borderline est mentionné pour la première fois en 1884 par C. H. Hugues, qui parle dans ses conférences de « frontières de la folie » pour des patients dont la personnalité fait se communiquer délire et raison, conscience et inconscience. (10)

L'autre voie d'émergence de la notion d'état-limite est représentée par le courant psychanalytique des années 40 afin de prévenir de profondes altérations dans la dynamique relationnelle patient-analyste, nécessité faisant suite à l'apparition dans la cure-type chez de nombreux patients apparemment névrotiques d'une psychose de transfert. Cette position diffère de la première en considérant l'état-limite sous le prisme du lien plutôt que de la logique

catégorielle. Au total, les deux se rejoignent sur l'appellation de borderline pour les pays anglo-saxons et état-limite en France ; ce dernier conserve une nuance référentielle psychanalytique. (7)

1. 1. 2. Description clinique et psychogénèse

Adolf Stern, en 1938, reprend cette terminologie dans des cas de troubles narcissiques graves, insistant sur l'impulsivité et l'anxiété majeures de ces patients présentant une insécurité interne quasi-permanente. Leur peau psychologique, poreuse, laisse cours à de véritables hémorragies psychiques : ainsi vidés, leur demande affective ne cesse d'augmenter, accentuant leur dépendance aux autres. D'autre part, l'absence de protection de cette enveloppe les rend particulièrement vulnérables à la moindre attaque provenant de l'extérieur. La relation thérapeutique s'en trouve invariablement détériorée, ces sujets étant difficilement analysables, très projectifs, hypersensibles, disposés au masochisme en résistant au bonheur et en présentant des modes relationnels instables. (10)

Helen Deutsch en 1935 introduit la notion originale de personnalité as-if, de par les distorsions des relations d'objet internalisées chez ces sujets entraînant un manque d'authenticité dans leur relation à autrui tout en donnant superficiellement l'illusion de la normalité. Winnicott, avec le concept de faux-self, a poursuivi cette idée. (8)

En 1952, Arlene Wolberg fournit une description de sujets aux défenses

névrotiques mal assurées, privilégiant des défenses plus primitives retrouvées plus volontiers dans la psychose :

- tendance à instaurer entre soi et l'autre une relation d'interdépendance sadomasochiste du fait d'angoisses dites anaclitiques
- recherche compulsive de gratifications, de considérations venant combler le défaut fondamental d'estime de soi
- hypersensibilité aux remarques et critiques, intolérance à la frustration
- mécanismes d'échec face au succès
- clivage des pensées, représentations et affects
- prédominance des sentiments de manque, solitude et vide liés aux angoisses d'abandon, compensés par des fantasmes mégalomaniaques

Knicht en 1953 reprend les descriptions antérieures en insistant sur la faiblesse du Moi sous-tendant selon lui toute la pathologie et sur la régression dans le transfert nécessitant des aménagements dans l'approche psychothérapeutique (10). Melitta Schmideberg, fille de Mélanie Klein, parlera en 1959 d'une entité stable dans son instabilité, limitrophe des névroses, psychoses psychogènes et de la psychopathie. Elle souligne le défaut de modulation émotionnelle et de tolérance à l'angoisse et insiste sur les affects dépressifs de ces patients, leurs comportements excessifs et leurs tendances à l'agir luttant contre le vide intérieur, leur intolérance aux frustrations et leur trouble du jugement.

En 1968, Grinker, Werble et Drye identifient un syndrome spécifique, stable car possédant une bonne consistance interne. Ils isolent quatre

composantes fondamentales : l'agressivité, le mode de relation à autrui de type anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière de dépression. En 1974, Kohut, s'intéressant tout particulièrement au développement du narcissisme, a rendu compte de l'inaptitude fondamentale des personnalités limites à réguler l'estime de soi et a dégagé la notion du Soi grandiose.

Ce sont les travaux de Kernberg qui constituent la plus importante des contributions psychodynamiques en ce qui concerne les états-limites, en effectuant une analyse complexe des aspects structurels de leur Moi puis en reliant ces concepts à une théorie générale multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité. Selon lui, il existerait plusieurs niveaux d'organisation : normal, névrotique, psychotique et état-limite, qui de « pathologie à la limite de » (névrose, psychose) devient une pathologie des limites du Moi.

Pour Bergeret au contraire, il ne s'agirait pas d'une organisation à part entière mais d'une astructuration : l'état-limite est alors considérée comme une « troisième lignée psychopathologique » qu'il nomme « tronc commun de l'état-limite », intermédiaire entre névrose et psychose, sans symptôme névrotique ni décompensation psychotique franche.

Widlöcher à l'instar de Kernberg a préféré le terme d'organisation à celui de structure. Son apport original consiste en ce qu'il distingue les états limites du conflit névrotique par leurs modalités de représentation de Soi et des objets,

le patient névrotique les traitant comme telles à la différence du patient limite pour qui les objets sont des « introjects », fonctionnant comme une partie de Soi. Le patient limite s'éloigne du patient psychotique par l'absence de confusion entre monde extérieur et intérieur, et absence de dissociation de l'appareil psychique. (8)

La plupart des auteurs lacaniens quant à eux ne reconnaissent pas l'état-limite en tant que structure psychopathologique mais comme fruit d'une civilisation en crise, par faute d'identification à une figure paternelle stable (nom du père « flottant » et non plus garant de sa fonction symbolique et séparatrice). L'état-limite serait alors une sorte d'adolescent éternel dont les désirs de tout être et de tout posséder n'auraient pas rencontré de butée. (10)

À partir des travaux de Grinker et al., de nombreux auteurs parmi lesquels Kernberg et Gunderson, se sont attachés à dégager des ensembles de traits ou des critères fondamentaux considérés comme étant les plus spécifiques possibles. Les critères diagnostiques ainsi proposés sont, selon les auteurs, soit purement descriptifs, soit psychodynamiques.

1. 1. 3. Évolution du trouble dans les classifications

Le terme «borderline » a donc embrassé de nombreuses descriptions, entraînant des difficultés de fiabilité et peinant à trouver consensus au sein de la communauté psychiatrique. L'effort de Grinker et al. en 1968 d'isoler des

critères diagnostiques a ouvert la porte de la nosographie classique : la pathologie entre en tant que trouble de la personnalité dans le DSM-III en 1980 en se démarquant officiellement de la schizophrénie et des troubles affectifs. Dans sa révision de 1987, les personnalités « dramatiques, émotionnelles et instables » se regroupent en un cluster : la personnalité borderline appartient dorénavant au cluster B, qu'elle ne quittera pas. Elle entrera dans la CIM-10 trois ans plus tard sous le terme « personnalité émotionnellement labile », divisé en deux sous-types « impulsif » et « borderline » ce dernier étant assez proche de la description du DSM-IV. (11)(8)(2)

Cette quatrième édition (1994) étoffera la description clinique ce qui la fera gagner en spécificité, dont les critères demeureront inchangés pour le DSM-5. (10,11) La CIM-11 quant à elle, publiée en 2018, par son approche dimensionnelle, permet d'une part de caractériser la sévérité du trouble, puis d'en décrire les principaux traits, sans soucis de catégorie. Le « modèle borderline » correspond aux critères du DSM-5 mais peut dorénavant s'associer à d'autres traits de personnalité. (15,16) Ainsi au fil du temps, ce trouble a atteint une validité assez solide pour aider le soignant à poser un diagnostic et à en connaître de manière plus fine l'étiologie ainsi que le traitement. (17)

1. 2. Clinique

1. 2. 1. Approche catégorielle

On parlera de trouble de la personnalité chez un sujet lorsque celui-ci présentera « un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers ». Ces critères diagnostiques du DSM-5 ont été répartis en quatre phénotypes par Gunderson et al. :

- Instabilité interpersonnelle : les relations seront marquées par l'instabilité et la conflictualité, le sujet pouvant alterner entre des positions extrêmes de surinvestissement et de repli. L'autre sera ainsi tantôt idéalisé, teintant la relation d'implication excessive voire de dépendance, tantôt dévalorisé lorsque le besoin affectif ne sera pas comblé. Ces patients présenteront des difficultés pour reconnaître les sentiments et besoins d'autrui, ainsi qu'une hypersensibilité sociale, particulièrement au rejet. Une peur de l'abandon (réelle ou imaginée) initiera des efforts importants afin de l'éviter par le collage excessif, la demande voire la menace.
- Perturbation du self : dans cette forme, l'image de soi se verra appauvrie et instable, conduisant à un certain mépris de soi et un sentiment chronique de vide. Les buts, aspirations, valeurs et plans de carrière, inconsistants et poursuivis sans conviction, changeront fréquemment. Ces patients présenteront parfois, lors d'un stress, une idéation persécutoire transitoire ou

des symptômes dissociatifs.

- Dysrégulation émotionnelle, affective : les symptômes prépondérants pour ce phénotype seront la labilité émotionnelle et l'hypersensibilité sociale : les émotions et expériences sont éprouvées de manière décuplée et dysphorique. La colère se transformera à l'occasion en véritable rage, menant parfois à la rixe.
- Dysrégulation comportementale, par la répétition de comportements excessifs, impulsifs, potentiellement dommageables pour le sujet comme des dépenses, conduites sexuelles à risque, abus de substances, gestes ou menaces suicidaires, auto-mutilations. Ces états surviendront généralement en cas de stress.

Cliniquement, ce mode de fonctionnement peut aussi être évoqué lorsque les individus ont tendance à se saborder avant d'atteindre un but dans le domaine professionnel ou sentimental par exemple ; on retrouvera alors dans l'anamnèse des pertes d'emploi répétées, des études interrompues, des échecs conjugaux. Certains se trouvent ainsi plus rassurés par des objets transitionnels (animal de compagnie, objet inanimé) que par les relations interpersonnelles. Ils présentent à l'occasion d'un stress des symptômes psychotiques à type d'idées de référence, de distorsions de l'image du corps, d'hallucinations, etc. Les tentatives de suicide et/ou abus de substances peuvent avoir entraîné un handicap. (1) (13)

1. 2. 2. Analyse structurelle

« Le syndrome borderline n'est pas constitué par le symptôme mais par une structure du moi spécifiquement et régulièrement pathologique » affirmait Masterson en 1971. (3) Partant du postulat qu'il s'agit d'une organisation dont la cohérence n'est pas symptomatique mais psychopathologique, le diagnostic reposerait alors sur une analyse fine des symptômes, de l'angoisse, des mécanismes de défense principaux ainsi que des relations d'objet que nous allons détailler. (18)

Les symptômes

Position dépressive

La position dépressive est constamment présente à l'horizon de la psyché de l'état-limite. Elle diffère de la dépressivité, qui peut être considérée comme la capacité naturelle chez l'humain de se laisser gagner par le sentiment de vide. Celle-ci nécessite des régulateurs permettant au sujet de se déprimer sans franchir le seuil pathologique de la dépression. Elle est aussi le témoin d'un certain travail psychique, d'ailleurs accessible à une aide psychothérapeutique.

La dépression quant à elle représente une perte d'objet, et est qualifiée en ce sens d'anaclitique. Cet objet est composite, à la frontière soi/autre et dont la présence est impérativement nécessaire. Il peut être ami, partenaire, activité ; son rôle dépasse toutefois amplement ce qu'on attend habituellement d'un tel investissement, parfois engagé inconsciemment à son endroit. Sa disparition réactualise une expérience ancienne de détresse, synonyme de

représentation interne de l'objet non fiable : la temporalité est alors abolie, plongeant le sujet dans le désespoir et révélant ainsi les limites de cette modalité de traitement de la séparation.

Toute séparation découle en effet nécessairement de la différenciation, c'est-à-dire d'une distinction entre le sujet et l'autre suffisamment marquée pour qu'ils ne soient pas confondus. D'autre part, elle implique deux mouvements simultanés : le premier reconnaît l'écart ou la perte et le second les rend supportables. Cette reconnaissance est naturellement source de souffrance et d'angoisse, la perte d'objet étant synonyme d'arrêt de la satisfaction des besoins : se séparer est donc une blessure (de perdre et d'être abandonné) qui met le narcissisme en péril. L'inéluctabilité de la séparation implique donc qu'elle puisse être négociée. Pour R. Roussillon, le sujet garde en mémoire l'ensemble des situations de séparations auxquelles il a été confronté enfant et adolescent, vécues de manière plus ou moins supportables. Cette typologie des expériences permet de n'être pas débordé par l'angoisse en liant l'éprouvé aux représentations consolantes et rassurantes. En second lieu, l'écart réel est traité par le maintien de la présence interne de l'objet.

Lorsque ces expériences passées ont été insuffisamment symbolisées et soutenues, plongeant le sujet dans une détresse indicible, la séparation convoque une douleur ancienne, abolissant les frontières temporelles : l'expérience ancienne se répète, le présent prend exactement la couleur du passé et la séparation est ainsi insupportable. Ce qui caractérise cette souffrance est moins lié à la douleur inéluctable de la séparation qu'aux modes

de traitement de cette séparation par le sujet. (19)

Pour Kernberg, la qualité de la dépression est un indicateur d'organisation limite dont l'intégration du surmoi renseigne sur le niveau de la pathologie. Ainsi, plus elle s'accompagne de sentiments authentiques de remords, de culpabilité et de sollicitude, plus le surmoi serait intégré. Inversement, les sentiments de rage vaine, de désespoir lié à l'effondrement du concept de soi idéalisé ou d'impuissance témoignent d'une organisation « d'échelon inférieur ». Au niveau quantitatif, un tel niveau d'organisation peut aussi être suspecté lorsque la dépression est intense, psychotique (résultant d'une désorganisation du moi), ou au contraire inexistante. (6)

Qualifier les états internes du sujet limite relève pour M. Corcos d'une terminologie spécifique étant donné que « sentiment, émotion, affect » ne sont pas totalement adaptés du fait des angoisses primaires peu métabolisées ; l'on parlera alors davantage de « terreur sauvage », « sans nom », de « dépressivité », « plongées mélancoliformes », « délire de chagrin », « aménagement pervers » et « d'expériences psychotiques ». (20)

Manifestations pseudonévrotiques

La clinique de l'état-limite revêt de nombreux visages, dont des symptômes hystériques à type de conversions atypiques d'aspect plus manipulateur agressif qu'érotique (amnésie, troubles de la conscience, « belle indifférence » etc.), des symptômes obsessionnels sans qu'il y ait de besoin de punition, de honte ou de culpabilité ainsi que des manifestations

pseudophobiques polymorphes.

Manifestations pseudopsychotiques

Rares, flottants et généralement brefs, des états pseudoconfusionnels, de dépersonnalisation, déréalisation, de pseudodélires d'allure paranoïaque peuvent eux-aussi faire partie du tableau.

Manifestations pseudopsychopathiques et perverses

L'intolérance à la frustration et l'incapacité à être seul peuvent invoquer un retour à l'oralité impulsif, excessif et transgressif (alcool, psychotropes et drogues), ainsi que des passages à l'acte antisociaux sur autrui ou soi-même (scarifications, tentatives de suicide). Concernant la sexualité, les pratiques ont du mal à se stabiliser dans une relation ; outre l'alternance d'orientations homo-, hétéro- et pansexuelles, on retrouve un clivage entre génitalité sexuelle et amour : infiltré d'agressivité, le recours à la domination et aux pratiques perverses est fréquent. (10)

L'angoisse

L'angoisse est décrite par Laugier comme permanente, en toile de fond de la vie du sujet et accompagnée de son cortège habituel de symptômes somatiques. Des accès paroxystiques s'associeront parfois à une sidération de la pensée décrite alors comme « vide de représentations ». Contrairement à l'angoisse névrotique, elle trouve sa source dans la perte ou l'éloignement de l'objet (angoisse d'abandon), ou dans son rapprochement (angoisse d'intrusion) par crainte que l'objet prenne possession de lui, l'assujettisse. (21)

Elle sera par conséquent traitée de différentes façons, donnant à l'organisation limite cette clinique pléthorique ; le symptôme, chargé de sens, traduira cette tentative de résolution. Le sujet aura ainsi recours à plusieurs modalités défensives :

Étayage par l'objet

Les formes que peut prendre cet objet d'appui peuvent être nombreuses et se retrouvent volontiers dans le choix de partenaire amoureux ou amical. Il est remarquable que lorsque la frontière soi/autre tend à s'effacer, l'objet devient purement fonctionnel. Il permet ainsi au sujet d'évacuer ses aspects indifférenciés insupportables, comme au sein du lien pervers-narcissique : l'objet d'évacuation va porter ces aspects et deviendra alors tout autant indispensable que dénigré. On parlera d'objet utilitaire ou « narcissique » quand sa nature de sujet sera niée au profit des services qu'il peut rendre ; c'est la « solution perverse » où l'objet est abandonné une fois sa mission achevée. Enfin, les conduites addictives représentent selon certains auteurs l'extrême limite de ce continuum, où l'objet est alors totalement effacé : constamment disponible donc jamais décevant, et dont les effets se reproduisent sans cesse à l'identique. Dans tous les cas, l'objet sera porteur des affects négatifs que ne peut conserver le sujet au risque qu'ils se diffusent à toute la personnalité.

Appui sur l'acte

Certains agirs délinquants, en tant qu'ils tentent de réparer un préjudice

ancien (comme dans le cas du vol) ou d'attaquer l'objet pour vérifier sa survie (pour le vandalisme), peuvent être inclus dans les agirs signifiants. Dans le cas du passage à l'acte meurtrier d'ordre plutôt passionnel, il s'agirait, dans certaines situations, de tuer pour ne pas perdre (l'amour de l'objet ou l'estime et le respect). Le meurtre prend alors une fonction de sauvegarde narcissique, afin d'éviter la « détresse jusque là masquée par le lien ». (22,23)

Outre les actes délictueux voire criminels existent l'appui sur les « procédés autocalmants » : ils évitent l'angoisse et vident l'esprit par le moyen d'actes répétitifs, telle la pratique intensive d'un sport. La faille narcissique est alors comblée par la victoire de la compétition, voire la gloire, et se révèle lors d'un arrêt intempestif de la conduite ou d'une reconversion échouée. Un parallèle à établir est celui de l'appui sur l'activité professionnelle, intellectuelle, sociale ou la relation d'aide. La retraite peut alors déclencher une décompensation somatique, des conduites à risque (équivalents suicidaires telle la pratique d'un sport dangereux sans préparation), un changement brutal de vie ou une dépression, le deuil du fonctionnement antérieur se révélant impossible.

Passage par le corps

Du domaine psychosomatique, le corps, clivé de la psyché, va ainsi se trouver soit surinvesti, rendant toute modification corporelle (puberté, grossesse, vieillissement) hyperperçue donc intensément anxiogène, soit désinvesti, comme inhabité, sans conscience de la fatigue et de la maladie. (19)

Pour Kernberg, l'angoisse et son manque de tolérance font partie des manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi, point central de sa théorie du fonctionnement limite. Il est caractérisé par la manière dont surréagit le moi à toute angoisse supplémentaire. Flottante et diffuse, l'angoisse est toujours en filigrane du tableau clinique. Angoisse identitaire, de perte ou d'éloignement de l'objet ou angoisse plus primitive d'effondrement, elle diffère de l'angoisse névrotique de castration. Il la qualifie aussi d'anaclitique en cela que l'éloignement réactive l'angoisse d'abandon. Toutefois, le rapprochement n'est pas mieux toléré en étant vécu comme une intrusion. Dans son analyse structurelle s'ajoutent le manque de contrôle pulsionnel, caractérisé par une impulsivité variable, non prédictible, en réaction à une augmentation de l'angoisse ou n'importe quel rejeton pulsionnel, nécessitant une évacuation de la tension intra-psychique, ainsi que le manque de développement des voies de sublimation. Celle-ci doit être évaluée selon le contexte social : stimulant et source d'apports culturels prolifiques, il pourra masquer le manque de créativité. (6)

En conclusion, le passage à l'acte permet de shunter la mentalisation, protégeant le Moi de la dépressivité qui est on l'a vu constamment présente à l'esprit de l'état-limite. Il est en cela qualifié de « processus primaire de pensée », favorisant la décharge tensionnelle par une voie courte et rapide, au prix de l'absence de réflexion quant aux éventuelles conséquences qu'il pourra

engendrer. Ce mécanisme est central dans la problématique limite ; on peut émettre l'hypothèse qu'il lutte dans le même temps inconsciemment contre l'abandon en ramenant l'objet, comme c'est le cas par exemple lors de certaines tentatives de suicide.

Les opérations défensives spécifiques

Le maintien actif de l'épreuve de réalité et la lutte contre l'angoisse d'anéantissement sont réussis chez l'état-limite. Les moyens de défense dont il dispose sont particulièrement efficaces ; toutefois, leur caractère archaïque réduit le potentiel psychique du Moi comme nous allons le voir.

Le clivage

Partant du postulat que le Moi se construit grâce notamment à la synthèse des introjections et identifications (précoces puis tardives), le clivage serait ce mécanisme de défense physiologique cloisonnant les objets internes en « bons » et « mauvais » afin de préserver les noyaux du Moi d'une diffusion de l'angoisse. Selon Klein, le premier objet (le sein de la mère) se scindera en une source de plaisir introjectée et en une source de frustration projetée au-dehors. (24)

Le clivage peut aussi se porter sur le Moi, en en détachant une partie qui sera alors régie par les pulsions et située en dehors de la conscience ; en témoigne l'expression « Je sais bien, mais quand même ». Le clivage cédera par la suite sa place à des niveaux de défense supérieurs tels que la formation réactionnelle, l'isolation, l'annulation ou le refoulement. Ce dernier résulte

d'ailleurs du clivage du Moi en démarquant ce qui est conscient de l'inconscient, mais aboutira à des formations de compromis inoffensives (rêves, symptômes) et non à un démantèlement du Moi. Au final, les images d'objet et de Soi « totalement bonnes » et « totalement mauvaises » s'intégreront en entités unifiées, permettant le réalisme et la nuance. Cette synthèse sera d'autre part la source la plus importante de neutralisation de l'agressivité par la fusion et l'organisation des rejetons libidinaux et agressifs.

Dans le domaine du pathologique, le clivage persiste en maintenant activement séparées les introjections et identifications de nature conflictuelle. Les unes seront déterminées par les pulsions libidinales lorsque les autres le seront par les pulsions agressives, sans égard pour l'accès à la conscience. Un rejeton pulsionnel lui parviendra toutefois, séparé des autres domaines de l'expérience psychique et chargé de toutes les qualités affectives, psychiques et motrices. Des états contradictoires du Moi, tour à tour activés, éviteront ainsi l'angoisse tant qu'ils resteront séparés, mais empêcheront la consolidation du Moi par shunt énergétique, faisant le lit de l'instabilité identitaire ou « syndrome de l'identité diffuse ».

Ce clivage (du Moi, de l'objet) engendrera les mouvements complémentaires d'introjection et de projection : les parties chargées d'agressivité seront projetées au-dehors puis réintrojectées en images de Soi et d'objet agressives, formant un cercle vicieux. Dans la psychose, ce processus atteindra le stade de fusion régressive des images de Soi et d'objet et avec lui une angoisse d'engloutissement ou de morcellement. Pour les états-limites, le

processus se fixera à un palier antérieur, celui du clivage.

Kernberg postule alors que contrairement à la psychose, l'organisation limite résulte moins de défauts constitutionnels dans le développement de l'appareil d'autonomie primaire (générateur de cette fusion régressive par perte des frontières moïques et de l'épreuve de réalité) que d'un manque constitutionnel de tolérance à l'angoisse ainsi que d'une intensité particulièrement élevée des rejets pulsionnels agressifs, qu'elle soit constitutionnelle ou résultat de frustrations sévères précoces.

L'idéalisation primitive

Afin de protéger le sujet des « mauvais » objets, l'idéalisation, en créant des images d'objets irréelles « totalement bonnes », protégera ces derniers d'une contamination voire d'une destruction par sa propre agressivité ou par celle projetée sur d'autres objets. Dans ce processus, l'objet idéal possède une visée purement utilitaire : il n'est pas considéré pour ce qu'il est mais pour sa fonction, à savoir de protéger l'individu contre un monde environnant d'objets dangereux. L'idéalisation est sous-tendue par l'omnipotence, autre mécanisme de défense limite, en assurant les besoins narcissiques par la magnificence de l'objet. (6)

L'identification projective

Théorisée initialement par Klein dans son aspect pathologique, l'identification projective prend sens par la fuite dans la rencontre d'autres espaces mentaux, en fantasmant son introduction partielle ou totale à

l'intérieur de l'autre. Elle permet ainsi de se débarrasser de sentiments ou de pulsions ressenties comme indésirables en cherchant à nuire, posséder ou contrôler cette autre personne. Le sujet, à défaut de contrôler ces parties menaçantes, cherchera donc à contrôler la personne les contenant, comme si cette manipulation allait rétablir l'illusion d'omnipotence tout en déniait sa dépendance à l'objet. (24)(23)

La frontière Soi/objets, d'habitude opérationnelle chez l'état-limite, se verra atténuée au vu de l'intensité extrême de la projection de l'agressivité, tant qualitativement que quantitativement. Les images de Soi et d'objet totalement mauvaises et agressives sont en effet externalisées, rendant par voie de conséquence l'objet dangereux et source de représailles contre lequel le sujet doit se défendre. Cette crainte de leur propre agressivité projetée se voit décuplée par l'identification à l'objet menaçant, identification créant une conservation de l'empathie : l'objet doit alors être contrôlé avant que celui-ci n'attaque et ne détruise. En guise de comparaison, l'hystérique ne ressentira pas cette empathie « effrayante » avec l'ennemi, la projection de la pulsion sexuelle ne faisant que renforcer le refoulement : l'homme est méprisé ou effrayant sans déclencher d'empathie. (6)

Le déni

Le déni s'apparente au refus de la réalité d'une perception pouvant s'avérer douloureuse ou dangereuse pour le Moi. Le terme, composé d'une double négation par le préfixe défensif dé- du verbe nier, signifie plus qu'une simple négation : elle majore le caractère catégorique du refus de la réalité perceptive. Le monde extérieur est littéralement remis en question, balayant

ainsi toute conflictualité et signant la force et l'efficacité de cette modalité défensive. (24)

A l'échelon supérieur, le déni se rapproche des mécanismes d'isolation, de détachement, de déni dans le fantasme, « en actes et en paroles ». A l'échelon inférieur en revanche, il se rattache au clivage. Le sujet sera conscient que sa perception, ses pensées et sentiments à son propos ou à l'égard de quelqu'un d'autre se situeront à l'opposé de ceux qu'il a pu avoir à d'autres moments. Le déni repose sur le fait que ce souvenir ne présente pas de conséquence affective ni ne peut influencer la nature de ses sentiments actuels. L'aller-retour entre ces deux états du Moi pourra s'effectuer sans qu'il y ait de lien affectif entre eux. Il peut aussi se manifester dans la méconnaissance d'un secteur de son expérience subjective ou d'un secteur du monde externe : bien que l'appréhension intellectuelle soit présente, celle-ci ne s'intègre pas au reste de son expérience affective. (6)

La négation se nourrit du déni, qui pourrait être considéré comme une « dénégation agie » ou « implicite ». La négation se caractérise par le refus de reconnaître comme siens un désir, une pensée ou un sentiment source de conflits immédiatement après les avoir formulés tel un refus verbal occasionnant une levée partielle du refoulement.

Enfin, il peut exister un déni des émotions opposées à celles que ressent le patient actuellement, comme on le retrouve dans le déni maniaque de la dépression. Dans ce dernier exemple, la dissociation du Moi est moins prononcée donc moins pathologique que celle retrouvée à l'échelon inférieur, en témoigne leur lien étroit sur le plan clinique.

Omnipotence et dévalorisation

Omnipotence, dévalorisation, introjection et identification primitive sont des mécanismes étroitement liés. On a vu que l'identification primitive par l'anoblissement de l'objet reflétait l'omnipotence en gratifiant les besoins narcissiques de l'état-limite. L'objet est alors traité à des fins utilitaires plus que pour sa nature même : idéalisé, il protège le Moi contre les mauvais objets persécuteurs, ; dévalorisé, il évite de le devenir à son tour lorsqu'il n'est plus source de satisfaction.

Pathologie des relations d'objet internalisées

La théorie de Kernberg repose en grande partie sur l'hypothèse chez l'état-limite d'une agressivité excessive, qu'elle soit primaire ou secondaire à des frustrations précoces, entravant le développement de l'appareil primaire du Moi et induisant un manque de tolérance à l'angoisse. Ainsi, cette incapacité à établir la synthèse des bonnes et mauvaises introjections et identifications engendre un défaut d'interconnexion entre rejets pulsionnels libidinaux et agressifs et donc une tendance à l'émergence d'affects primitifs. La dépressivité ne peut être ressentie, car découlant de la tension entre les images contradictoires du Soi. De même, culpabilité et sollicitude sont déficients dans les champs affectifs de l'état-limite car nécessitant l'association de l'amour et de l'agressivité à l'égard de l'objet total.

Ne pouvant être tolérés du fait de leur intensité, les mauvais objets internalisés qui d'ordinaire conduisent à l'intégration du Surmoi vont se voir projetés sous la forme de mauvais objets, externes cette fois-ci. Les images

d'objets hyper-idéalisés, comme les images de Soi « totalement bonnes » constitueront quant à elles un idéal du Moi composé d'idéaux fantasmatiques de perfection, pouvoir et grandeur incompatibles avec des exigences plus réalistes favorisant l'intégration du Surmoi. Au total, la perception des images parentales sera déformée par l'aspect sadique et hyper-idéalisé des précurseurs du Surmoi. Le défaut d'intégration de ces instances participera à la formation d'un Moi affaibli, vivant dans un monde d'objets dangereux et menaçants car constitué des projections de Soi et d'objet « totalement mauvaises ».

Ces relations d'objet internalisées expliquent les traits de personnalité typiques de l'organisation limite : évaluation irréaliste d'autrui, manque d'empathie à leur égard, vécu des autres distant induisant une pauvreté affective protectrice. Tout échange trop proche risquerait en effet d'activer les opérations défensives primitives comme l'identification projective, réveillant les craintes d'attaque de la part de l'objet. La faiblesse du Moi entravera de son côté la maturation des sentiments, buts et intérêts maintenant le sujet à l'écart d'aspects plus différenciés et matures de la personnalité d'autrui. L'agressivité que nous avons déjà abordée pourra quant à elle s'exprimer dans ses buts pré-génitaux et génitaux, par l'exploitation et la manipulation d'autrui. Cette dernière répond de nouveau à un besoin défensif de craintes paranoïdes via le contrôle d'un environnement potentiellement intrusif.

Cliniquement, il arrive que ces patients semblent aussi présenter un sentiment d'infériorité défensif, qui n'est qu'une façade masquant des traits narcissiques (« je suis en droit d'exploiter autrui ») ainsi que des fantasmes d'omnipotence. L'aspect « comme si » provient quant à lui de la présence des

introjections et identifications contradictoires dont les manifestations superficielles sont utilisées afin de s'adapter à la réalité. Cette adaptation constante, sorte de girouette expliquant les revirements brutaux de croyances et de valeurs des patients est naturellement source de confusion, qu'Erikson a appelé « syndrome de l'identité diffuse ».

1. 3. Etiopathogénie

1. 3. 1. Apports psychanalytiques

Otto Kernberg

Gunderson et al. ont comparé en 2018 quatre théories majeures dans la psychopathologie du trouble, liées aux secteurs affectif, interpersonnel, comportemental et cognitif. Dans ce dernier domaine, Kernberg en 1967 émet l'hypothèse d'une agressivité constitutionnelle excessive, déstabilisant la structuration du Moi et se répercutant sur les trois autres secteurs dont les symptômes deviennent secondaires : défaut d'intégration perceptive du Moi et des autres pour le domaine émotionnel, clivage et projections du Moi dans le domaine interpersonnel et défenses dans l'agir et l'évitement pour le comportemental. Cette théorie a l'avantage d'expliquer tous les symptômes retrouvés dans les secteurs secondaires (à la différence des autres théories), d'inclure aisément les comorbidités connues du trouble, de posséder de bonnes sensibilité et spécificité et de proposer un soubassement génétique.

Cependant, elle demande une certaine initiation dans sa compréhension : son langage ésotérique la rend difficile d'accès non seulement aux cliniciens mais aussi aux patients. La neutralité et les interprétations de l'agressivité qu'elle requiert peuvent d'autre part sembler contre-intuitifs pour le praticien. La thérapie basée sur le transfert qui en découle nécessite des spécialistes hautement formés dont le nombre risque de diminuer au vu de cette discipline de moins en moins enseignée. Pour terminer, cette théorie n'a paradoxalement

pas connu de large approbation par la communauté psychanalytique étant donné son caractère mesurable et opérationnel. (24)

Dans son analyse dynamique donc, Kernberg prend le parti d'attribuer l'organisation limite à la survenue de frustrations et d'agressivité intenses précoces (premières années de vie), qu'elles soient primaires ou secondaires. Cette agressivité pré-génitale représentée par les pulsions sadiques orales et sadiques anales, tendant à être projetée, déformerait ainsi les images parentales précoces, notamment celle de la mère qui est vécue comme potentiellement dangereuse. Cette déformation paranoïde peut s'étendre au couple parental alors perçu comme un seul bloc par l'enfant ; le manque de différenciation entre eux du fait du clivage des objets engendrera par la suite l'image d'une association père-mère dangereuse, qui ne sera pas sans conséquence sur la vie sexuelle du sujet, menaçante car infiltrée d'agressivité. D'autre part, l'agressivité pré-génitale réprimera le développement des conflits génitaux, pourtant de survenue précoce afin de se soustraire aux craintes orales. Les interdits œdipiens des pulsions sexuelles à l'égard de la mère se verront renforcés par les craintes pré-génitales : la mère dangereuse deviendra castratrice de surcroît ; le père quant à lui et par le même biais sera doublement craint. Le complexe œdipien se trouvera somme toute notablement entravé.

En résumé, l'agressivité pré-génitale majoritairement orale est d'intensité telle qu'elle induira la survenue anticipée des conflits œdipiens, d'où découlera une condensation pathologique des buts génitaux et pré-génitaux. La sexualité

s'en verra affectée, notamment par la persistance de tendances sexuelles perverses polymorphes résultant des tentatives infructueuses d'assumer l'agressivité des tendances génitales qui infiltrera tous les besoins pulsionnels.
(6)

Donald W. Winnicott

Les idées majeures de Winnicott que sont la « mère suffisamment bonne » et le concept de phénomènes transitionnels ont été largement repris dans la littérature pour expliquer la psychopathologie de l'état-limite. Par le premier, il fait l'hypothèse d'une mère répondant aux besoins de son nourrisson de manière suffisamment dévouée pour qu'il atteigne la plénitude liée à la satisfaction, mais aussi suffisamment défaillante pour dépasser ce sentiment de fusion et ce stade de l'omnipotence. La réalité de la vie ne s'acquiert en effet qu'au prix de cette séparation impliquant détresse, rage et dépression et aboutissant à l'individuation. Ciccone insiste sur la rythmicité absence/présence de ces expériences afin de maintenir chez l'enfant l'illusion de permanence, nécessaire pour le sentiment de continuité de l'être et d'une sécurité interne suffisamment solide. En fabriquant une hallucination négative, c'est-à-dire en rendant absent un objet présent dans le champ perceptif, l'enfant développera la capacité d'être « seul en présence de » avant de pouvoir être « seul en absence de » par internalisation de l'objet qui devient alors transitionnel.

La souffrance de l'état-limite, que R. Roussillon nomme « pôle

narcissique-identitaire », apparaît selon lui lorsque l'illusion d'omnipotence s'est montrée insuffisante, discontinue, aboutissant à un défaut dans le processus d'autonomisation rendant indispensable l'appui sur un objet (anaclitisme). La faille identitaire ainsi produite ne se comble ni par la solution psychotique par éradication de toute altérité, ni par la voie névrotique, plus conservatrice et suffisamment autonome de la réalité extérieure pour s'appuyer sur elle sans en dépendre. De plus, c'est parce que le registre transitionnel est mis en échec par défaut de l'imaginaire et du préconscient que les effets de la réalité, normalement amortis par cet espace créé entre l'objet interne et l'objet externe (illusion de continuité), rendent le sujet dépendant de l'objet externe et l'exposent à de massives angoisses de séparation, perte et de solitude. (3,10,19)

1. 3. 2. Apports neurobiologiques

Les différents phénotypes de ce trouble peuvent être selon ce modèle reliés à l'interaction gènes-environnement, affectant le développement cérébral via hormones et neuropeptides.

Environnement

Le facteur de risque principal de survenue du trouble reste le traumatisme infantile. Les maltraitances sont représentées par les violences physiques et sexuelles, les négligences, le maintien d'une fonction parentale inconsistante, la surprotection maternelle, les comportements rejetants ainsi

que le manque d'affection ; une séparation mère-enfant avant l'âge de 5 ans prédispose aussi au trouble. (1) Le lien entre trouble de l'attachement et trouble borderline a d'autre part été démontré : 50% des attachements désorganisés l'entraîneront à l'avenir, contre 23% pour l'attachement préoccupé, 20% pour le détaché et 7% pour l'attachement sécurisé. (27) D'autres types psychopathologiques (dépression, anxiété, abus de substances, troubles du comportement etc.) dans l'enfance et l'adolescence favoriseraient à leur tour le développement d'une personnalité pathologique. Plus spécifiquement, l'auto-agressivité, les tentatives de suicide, le manque d'objectifs, l'impulsivité, les conduites à risque, etc. prédisent le trouble mais favorisent l'accès aux soins contrairement aux manifestations plus tempéramentales telles qu'une perturbation identitaire, des relations instables et une angoisse d'abandon.

Génétique

Torgersen et al., dans une étude sur les jumeaux, rapportent une héritabilité élevée, à hauteur de 68% (pressentie par Kernberg et Linehan), révolutionnant ainsi la vision « tout-environnemental » (6)(24). Cette héritabilité, par chevauchement génétique, est valable pour d'autres pathologies psychiatriques (trouble bipolaire, schizophrénie et dépression) mais comme pour elles, n'implique pas des gènes assez spécifiques pour un quelconque usage clinique. Au niveau épigénétique, des méthylations de gènes impliqués dans la régulation de la plasticité neuronale, de l'axe hypothalamo-hypophysaire et de la fonction de l'amygdale ont été retrouvés chez des sujets présentant un trouble borderline et ayant été victimes de maltraitances

infantiles, établissant un pont entre gènes et environnement.

Altérations neuronales

Des altérations de plusieurs circuits cérébraux ont été objectivées afin de sous-tendre les phénotypes du trouble. Celles impliqués dans le phénotype avec une dominante d'instabilité interpersonnelle correspondent aux circuits régissant la théorie de l'esprit et de l'empathie. Pour le phénotype « perturbation du Moi » seraient associés les circuits menant au sentiment d'identité ainsi que la pensée réflexive, et pour le phénotype de dysrégulation émotionnelle seraient engagées des boucles de retro-contrôle, positif comme négatif. Enfin, dans la dysrégulation comportementale sont majoritairement impliqués des circuits pour la prédiction de conséquences négatives et l'inhibition ; la région du traitement de la douleur régule quant à elle l'hypoalgésie en cours dans les comportements auto-agressifs.

1. 3. 3. Théorie de l'attachement

Cette approche rattache selon certains auteurs le trouble borderline à l'échec d'un attachement sécure ainsi qu'à d'autres notions lui étant intrinsèquement liées comme la capacité de mentalisation, la régulation du stress et le contrôle attentionnel. Ce paradigme nécessite des pré-requis du développement dit « normal » de l'enfant, que nous allons explorer via l'article de Fonagy et al. Ce développement implique l'acquisition de cinq niveaux de complexité croissante d'agentivité (néologisme désignant la capacité d'action

et d'influence sur le monde qui nous entoure) : physique, social, téléologique, intentionnel et représentationnel :

Physique :

Un nourrisson de quelques semaines présentera une appétence particulière pour l'immuabilité de la réponse au stimulus et se tournera en conséquence sur les effets de son corps dans l'espace. Un stimulus corporel (ma main appuie sur l'objet) trouvera nécessairement la même réponse (l'objet bouge). Cette agentivité physique résulte de l'analyse de la probabilité du lien causal entre action et effet, égale à 100% au niveau corporel.

Social :

Tandis que le corps produit des effets invariables sur l'environnement en contact immédiat, la réponse de la figure d'attachement (effets comportementaux et émotionnels) sera perçue comme un événement contingent (ayant une probabilité de réponse élevée même à distance, sans être parfaite pour autant). Cette différence dans l'analyse des probabilités et donc dans l'identification de ce sur quoi l'on possède une parfaite maîtrise entraînera la conscience corporelle, et ce dès 3 mois. Ce changement introduira la réorientation de l'auto-stimulation vers l'exploration du monde social.

Téléologique :

Vers 8-9 mois, le tout-petit commence à penser l'action comme une fin en soi. C'est le début de la compréhension de lui-même en tant qu'agent

téléologique, pouvant choisir parmi plusieurs alternatives la voie la plus efficiente pour atteindre un but. Imaginons un objet qui ferait le même trajet, incluant le contournement d'un obstacle. L'obstacle disparaît : l'enfant apparaît surpris si l'objet effectue encore le contournement. L'enfant attend alors de ses proches qu'ils agissent de manière raisonnable et rationnelle suivant un but physique apparent, en prenant en compte les contraintes s'y associant.

Intentionnel et représentationnel :

Durant la deuxième année, l'enfant prend conscience qu'il est un « agent d'intention », pouvant agir suivant un état d'esprit (le désir par exemple) ; l'agentivité prend une dimension mentale. D'autre part, il généralise ce fonctionnement à autrui et comprend qu'il peut faire modifier son comportement, par le pointage par exemple qui fera détourner l'attention de son interlocuteur. Ce changement lui permet de distinguer son désir de celui de l'autre, et plus largement de s'isoler en tant que sujet désirant ayant une identité distincte. Vers 3-4 ans, la dimension mentale de l'agentivité s'élargit à la connaissance et la croyance ; les états mentaux intentionnels de l'enfant deviennent représentationnels.

Ainsi, ces différentes étapes conduisent au sentiment de soi et de l'agentivité, augmentant le niveau de complexité dans la connaissance des états mentaux. Une pleine expérience de l'agentivité dans les interactions sociales requiert donc la conception d'hypothèses quant aux émotions, désirs et croyances de soi-même autant que d'autrui. Afin de se représenter l'état mental (comme la peur), une correspondance doit se faire entre les états

physiologique, cognitif et comportemental ressentis (le signifié), et le concept (le signifiant). Cette émergence ne peut se faire sans intersubjectivité, et est en cela liée au type d'attachement caractérisant le bébé/l'enfant à sa figure d'attachement.

Durant les interactions mère-bébé, l'intersubjectivité reflétera souvent les expressions correspondant à l'émotion de l'enfant dans l'intention de la réguler immédiatement. Ce reflet de l'expérience infantile est désormais reconnu comme une étape-clé du développement du self : en internalisant l'expression empathique de sa mère, le nourrisson développe une représentation secondaire de son état émotionnel, comme si ce dernier représentait le signifié, et le visage maternel le signifiant. L'expression maternelle tempère l'émotion dans la mesure où elle est différente de l'expérience princeps, donc reconnue comme organisateur d'un état interne.

Ce jeu en miroir doit être efficace pour moduler la réponse émotionnelle autant que pour fournir les prémices d'un système symbolique de ces états ; pour ce faire, l'expression maternelle doit être congruente à l'état émotionnel du nourrisson, sous peine de défaut d'attribution de l'émotion exprimée. Si la mère exprime par exemple un sentiment négatif (peur, colère), l'enfant risque alors de lui attribuer cet état : son émotion s'en verra décuplée et non régulée. Les émotions ressenties resteront alors confuses, innommables et impossibles à réguler du fait du défaut de symbolisation. Le tout-petit ne pourra créer de représentation de ses états d'esprit et sera susceptible de présenter par la suite des difficultés à différencier imagination, réalité physique et réalité

psychique. La compréhension de nos états émotionnels prédispose à la compréhension de ceux des autres et est en cela une étape capitale dans l'appréhension de la psychologie d'autrui ; dans ces cas de négligences, l'enfant se maintient dans un mode primitif de représentation de la subjectivité avec un self partiellement représentationnel et réflexif.

Fonagy et Target ont proposé deux modes dans lesquels se constitue la conscience de nos états mentaux. Le premier est appelé « psychic equivalent » qui pourrait être traduit en français par « pensée opératoire » ; il articule monde interne et monde externe en les faisant coïncider. Le mode « comme si » (pretend mode) met à disposition quant à lui un espace psychique de rêverie et d'imagination où le monde interne se détache du monde externe. La synthèse de ces deux modes donne naissance à la capacité réflexive qui permettra d'expérimenter pensées et émotions en tant que représentations, capacité également nommée « mentalisation », proche de la notion de théorie de l'esprit. Cette compréhension se trouve profondément ancrée dans le système familial, ce réseau de relations chargées d'intenses émotions, et sa qualité dépendra donc sans surprise de la nature des interactions familiales, de la qualité du contrôle parental, des discussions autour des émotions, etc. (28)

La notion de fonction réflexive s'est progressivement imposée dans la littérature scientifique de ces dernières années comme la manifestation dans le discours de la mentalisation. Elle représente la capacité à imaginer, percevoir et élaborer les états mentaux sous-tendant ses comportements propres et ceux d'autrui, et ce en terme d'intentions, de désirs, sentiments et croyances. Cette

fonction joue un rôle primordial dans le processus d'individuation (conscience de soi, autonomie, liberté et responsabilisation). Fonction réflexive et attachement sont d'autre part corrélés : plus un parent perçoit adéquatement les états mentaux de son enfant et les lui reflète de manière réconfortante, plus l'enfant sera susceptible de développer un attachement sécure, ce qui favorisera en retour le bon développement de sa propre fonction réflexive. (29)

Le défaut de mentalisation modélisé par Fonagy constitue un axe majeur des théories émergentes visant à expliquer la psychopathologie du trouble borderline. (26) Étant donné la nécessité d'un environnement sécure dans le développement optimal des fonctions interprétatives interpersonnelles, les négligences physiques et psychologiques entraînent des anomalies dans la capacité de mentalisation. Ce manque de fonction réflexive provient de l'absence d'assistance permettant l'intégration des deux modes (psychic equivalent et pretend mode) ; ces sujets deviennent ainsi vulnérables face aux situations sociales éprouvantes contre lesquelles ils peuvent cesser de résister pour se maintenir dans un climat de violence ou les utiliser comme un mécanisme d'auto-défense.

La non-intégration des deux modes engendre alors d'une part la persistance de la pensée opératoire à l'âge adulte et son corollaire : une tendance à l'agir pour faire face au contenu psychique (émotions, pensées), que ce soit au niveau psychosomatique ou dans la relation aux autres (« relation blanche »). En d'autres termes, ce qui ne peut être ressenti par l'intérieur doit être externalisé. Ce mode alternera avec le second (pretend

mode), véritable refuge dans l'imaginaire où la pensée s'y dissocie. Les événements ne sont pas reliés à leur affect correspondant, de sorte que l'hypersensibilité émotionnelle aux états internes d'autrui ne trouve de sens, privant l'individu de toute mentalisation et donc d'intimité. Cette absence de connexion engendre un sentiment de vide ainsi qu'une quête de sens, source de souffrance absconse.

Pour Fonagy et al., le trouble borderline est donc appréhendé comme un manque de sentiment stable dans la représentation d'un Soi agentif. Le sentiment d'identité nécessite la représentation symbolique de ses propres états internes ainsi que ceux d'autrui ; sans elle, le self paraît inauthentique. Les affects intenses restant indéchiffrables, ils en deviennent confus, source d'angoisse et difficiles à réguler : ils représentent le sentiment de détresse originaire (« primitive agony ») de Winnicott. Ce choc traumatique selon l'hypothèse de Ferenczi brisera l'unité de la personnalité, qui répondra par le clivage en deux parties : l'une vivant en bonne adaptation mais en manque de l'autre qui perdurera sous forme de kyste. « On pense ici aux fruits qui deviennent trop vite mûrs et savoureux quand le bec d'un oiseau les a meurtris, et à la maturité hâtive d'un fruit véreux. Sur le plan non seulement émotionnel mais aussi intellectuel, le choc peut permettre à une partie de la personne de mûrir subitement. » Cette citation de Ferenczi, en addition au faux-self de Winnicott, semble présente dans la thèse de Fonagy lorsqu'il décrit un self vécu comme « étranger » (alien experience within the self) protégé par des processus de défenses primaires. La partie étrangère du self se verra projetée dans une figure d'attachement, ainsi manipulée pour ressentir les

émotions internalisées comme appartenant au self sans être toutefois reconnues comme telles. (10,28)

L'absence de miroir comportemental reflétant les états internes du nourrisson rendra compliquée l'intersubjectivité dans sa vie d'adulte, le sujet étant plus préoccupé par la quête du reflet de son self dans le regard de l'autre que par la relation elle-même. Étant enfant, c'est en effet l'état mental de sa mère (ou de sa figure d'attachement principal) dont il a fait la rencontre qui viendra coloniser le self détruisant toute cohérence du sentiment d'identité : le self ne pourra être restauré qu'au prix d'une constante et intense projection. Cliniquement, cette défense tend à rétablir la continuité du vécu identitaire plus qu'il ne signe un quelconque ressenti de culpabilité. Le vrai self, siège des émotions et désirs véritables du sujet, restera quant à lui inaccessible, comme coupé de l'esprit ; malgré une adaptation de surface sans symptomatologie bruyante possible, ces sujets ne semblent pas incarner leur existence (l'histoire de Jean-Claude Romand en est une bonne illustration). Cette impression peut d'ailleurs s'accroître au fil des réussites professionnelles, provoquant une souffrance difficilement imaginable mais pas moins réelle : le masque du faux-self tombe et avec lui apparaît une crise identitaire et existentielle profonde, exposant le sujet à l'effondrement, voire au suicide. (28)

En conclusion, les théories étiopathogéniques sont nombreuses et hétéroclites ; le survol de ces trois approches principales, malgré leur

vocabulaire spécifique, nous renseigne cependant sur les nombreux points de concordance entre elles et sur leur complémentarité.

1. 4. Évolution et complications

1. 4. 1. Évolution

Les termes de structure et d'organisation utilisés par Kernberg pour qualifier l'état-limite ne sont pas antinomiques d'une certaine évolutivité, confirmant sa position de précurseur dans sa conceptualisation. Dans une logique critériologique en effet, son évolution a longtemps été considérée comme péjorative alors que l'étude MSAD (McLean Study of Adult Development) montre une rémission symptomatique dans 99% des cas sur une période de deux ans et de 78% sur huit ans. Le taux de récurrence s'élève toutefois entre 10% et 36%. Les facteurs prédictifs de rémission sont un âge jeune, l'absence d'abus sexuel infantile, d'antécédent familial d'abus de substance, une bonne insertion professionnelle, un niveau faible de neuroticisme mais élevé d'agréabilité.

Les symptômes comportent par ailleurs des évolutions différentes : l'impulsivité possède ainsi une dimension aiguë et est de rémission rapide, par opposition aux symptômes d'ordre affectif. Les pensées pseudo-psychotiques et les perturbations sévères de l'identité évoluent rapidement favorablement, à l'inverse des modifications perceptives et des idées paranoïaques. Sur le plan des relations interpersonnelles, l'instabilité, la dévalorisation et l'exigence évoluent sur un mode plus aigu que l'angoisse d'abandon, la dépendance et le masochisme.

1. 4. 2. Complications

Tandis que les chiffres de rémission sont encourageants, le fonctionnement social et professionnel sont quant à eux particulièrement altérés, plus que ceux des autres troubles de la personnalité ; seulement un tiers des patients travaille à temps plein sur une période de 10 ans, et les sujets sont plus souvent divorcés, séparés ou célibataires que mariés. En terme de mortalité, le risque de décès par suicide varie selon les études : d'un des plus forts taux (évalué à 11%) des troubles psychiatriques avec la schizophrénie et les troubles de l'humeur, il diminue à 4,5% dans l'étude prospective MSAD effectuée sur 16 ans, dans laquelle le même chiffre est retrouvé pour les autres causes de décès (ceux des autres troubles de la personnalité sont estimés à 1,4% pour le suicide et 1,4% d'autres causes). L'âge moyen de décès est toutefois de 39 ans, soit 40 ans de moins que la moyenne nationale américaine.

En terme de coûts pour la société, de nombreuses études ont montré la fréquence accrue d'usage de services hospitaliers coûteux, toutefois moins importante lorsque le patient bénéficie d'une thérapie. Font aussi partie de cette catégorie le manque de productivité du fait du handicap social marqué ; concernant les autres modalités de la vie sociale telles que le taux de divorce, la négociation de gardes d'enfants, les accidents automobiles et les coûts liés aux dépenses de santé des enfants, la documentation souffre d'un manque de données. Pour terminer, le retentissement est perceptible sur la sphère familiale des patients, ou leur entourage proche ressentant davantage de sentiments d'impuissance, d'anxiété, de désespoir et de dépression que pour les autres troubles mentaux. (1,30)

1. 5. Épidémiologie

Le trouble de la personnalité borderline est retrouvé à hauteur de 1,7% en population générale (5,9% vie entière) ; ces données augmentent à 6% dans les structures de soins primaires, à 10-15% aux urgences et à 15-28% pour les patients en consultation psychiatrique. D'autre part, cette prévalence peut décroître dans les groupes plus âgés. Contrairement au sex ratio femmes/hommes compris entre 2 et 3 dans le DSM-5, l'étude de Gunderson le réévalue à 1 (pouvant être dû à un biais d'échantillonnage). Concernant les données sociodémographiques, les sujets souffrant du trouble sont davantage célibataires, ont un niveau d'éducation ainsi que des ressources financières plus faibles que ceux n'en souffrant pas. (1,13)

1. 6. Comorbidités et diagnostic différentiel

1. 6. 1. Comorbidités

Le TPB se recoupe avec de nombreux diagnostics, qu'ils soient psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble panique, phobie sociale, abus de substances, états de stress post-traumatique, TDAH, troubles dissociatifs, traits de personnalité paranoïaque, évitante, antisociale, dépendante) ou somatiques (arthrite, pathologie gastro-intestinale ou cardiovasculaire). (1) Les tableaux cliniques de ces « pathologies duelles » auront ainsi tendance à se nuancer ; certaines différences peuvent toutefois être soulignées.

1. 6. 2. Diagnostic différentiel

Personnalité narcissique

Selon O. Kernberg, l'organisation limite ressemble autant de façon flagrante à l'organisation narcissique qu'elle en diffère. Les deux utilisent le clivage et la dissociation primitive de façon prédominante : sentiment de grandeur, timidité et sentiment d'infériorité coexisteront sans s'affecter les uns les autres. Ce clivage est à son tour renforcé par l'identification projective, l'idéalisation, le contrôle omnipotent, le retrait narcissique ainsi que la dévalorisation. Par ailleurs, Kernberg superpose aussi leur analyse dynamique. La différence réside toutefois en la présence, pour la personnalité narcissique,

d'un soi grandiose intégré (quoique hautement pathologique) permettant un fonctionnement du Moi relativement bon ainsi qu'une adaptation de surface et non comme on le trouve chez l'état-limite du manque d'intégration d'un Soi normal. (31)

Personnalité hystérique

De l'hystérie, l'état-limite différera par les symptômes (névrotiques pour l'un, de dépression, passages à l'acte et épisodes psychotiques pour l'autre), la nature de l'angoisse (de castration avec culpabilité pour l'un, de perte d'objet, d'intrusion et d'abandon pour l'autre), la relation d'objet (érotisée contre anaclitique), les mécanismes de défense (refoulement, isolation etc. contre clivage, identification projective etc.), et enfin la nature des conflits (œdipiens avec conflit entre Moi et Surmoi pour l'hystérie, prégénital et incompatibilité Moi/Idéal du Moi pour l'état-limite). (18) Ils se rejoindront toutefois sur des critères tels que la recherche d'attention, certains comportements manipulateurs et une labilité des affects.

Autres troubles de la personnalité

La personnalité schizotypique, historiquement liée à l'état-limite par les idées de persécution et le sentiment d'illusion, montrera en comparaison une certaine permanence ainsi qu'une non réactivité interpersonnelle, sans effet structurant de l'environnement. Les personnalités antisociales s'en distingueront par la recherche de profit ou d'avantage sous l'égide d'un meilleur contrôle pulsionnel. A l'inverse d'une personnalité dépendante, l'état-

limite présentera plus volontiers des accès de rage, un aspect revendicateur, instable, moins soumis dans la relation à l'autre et plus marqué par les extrêmes.

Psychose

Les symptômes psychotiques positifs et négatifs ne seront retrouvés que transitoirement chez l'état-limite ; l'angoisse de morcellement et de néantisation différera par nature. La relation d'objet sera fusionnelle et le déni de la réalité prédominera en tant que défense ; enfin, les conflits intrapsychiques, précoces, s'établiront entre le Moi et le Ça. (18)

Trouble de l'humeur

L'un des dilemmes diagnostics auquel aura affaire le clinicien sera la différence entre TPB avec comorbidité dépressive et troubles bipolaires, essentiellement de type II. On reconnaît ces derniers par leur durée plus longue ainsi que par leur plus faible association à des facteurs extérieurs. Akiskal défend d'ailleurs l'idée d'une intégration du trouble borderline aux troubles de l'humeur, récusant son statut d'entité autonome. Le tableau clinique serait ainsi secondaire à l'épisode dépressif, source de remaniements des traits de personnalité en association à des facteurs environnementaux. (6) Pour Gunderson, personnalité borderline et épisode dépressif majeur posséderaient une origine étiologique commune, expliquant que la dépression réponde mieux lorsqu'il y a rémission de la symptomatologie borderline qu'à la chimiothérapie antidépressive.

1. 7. Traitement

Le consensus autour du trouble borderline fait de la psychothérapie ambulatoire le traitement de choix, généralement sur plusieurs années. Elle s'appuiera sur une pharmacothérapie symptomatique.

1. 7. 1. Psychothérapies

Treize psychothérapies ont prouvé leur efficacité dans le traitement du trouble borderline, mais quatre d'entre elles sont les plus répandues.

La thérapie comportementale dialectique est la plus connue et la plus disponible en terme de formation. Elle a été initialement formalisée par M. Linehan afin de répondre à la demande de prise en charge pour des patients hautement suicidaires ne répondant pas aux classiques thérapies cognitivo-comportementales ; bien qu'elle soit la plus étudiée et réputée pour être la plus efficace, son apprentissage requiert une formation intensive. Les patients auront quant à eux une prise en charge soutenue, de plusieurs heures par semaine (en individuel et collectif) en plus des « devoirs » personnels.

La thérapie basée sur la mentalisation issue des travaux de Fonagy et Bateman, consiste à travailler cette capacité de mentalisation faisant défaut, sans quoi l'interprétation risque d'être source d'une réactivation du « pretend mode », déconnecté de la réalité psychique du patient qui proposera alors un

discours désaffectivé mais pouvant être gratifiant pour le praticien. D'autre part, ce dernier devra prendre conscience de la distance instaurée avec le patient, sous peine de réactiver son mode d'attachement pathologique. Cette pratique ne nécessite pas l'arsenal utilisé pour la thérapie comportementale dialectique mais peut de ce fait s'avérer anxiogène pour le praticien débutant ; sa faiblesse se trouve aussi dans le manque de disponibilité de sa formation.

La psychothérapie focalisée sur le transfert (O. Kernberg) : à raison de plusieurs séances individuelles par semaine, le travail s'établit autour des relations d'objet pathologiques internalisées, et réactivées sans cesse dans la vie quotidienne, y compris avec le thérapeute dans le transfert. La puissance de cette pratique réside dans son niveau de développement théorique, qui est le plus élevé sur la compréhension psychopathologique de la personnalité ; ainsi, ce n'est plus le symptôme qui va être au cœur de la thérapie mais bien le caractère du patient en général. En contre-partie, ce mode d'exercice nécessite des praticiens expérimentés et possédant un lourd bagage psychodynamique.

La gestion psychiatrique générale : aussi efficace que la thérapie dialectique sans requérir son intense formation, cette pratique n'est pas qualifiée de « psychothérapie » par son instigateur, J. Gunderson, et est destinée à tout psychiatre généraliste « de première ligne » possédant un minimum de connaissances sur le trouble de personnalité borderline. Son efficacité réside dans le lien avec ce praticien, suffisamment « bon » et permanent pour, au moins, ne pas être nocif. (32)

Au total, toutes ces thérapies questionnent leur faisabilité, de par leur coût (effectifs suffisants et personnels formés) ainsi que par l'alliance thérapeutique souvent mise à mal : leur cadre, qui requiert un accord entre patient et praticien sur les buts et moyens de la thérapie, sera possiblement compromis par l'instabilité identitaire du sujet. (29) Bien que supérieurs à des thérapies « classiques », leurs effets demeurent restreints et leur qualité pourrait être amplifié par des biais de publication. D'autre part, les études sur leur efficacité à long terme sont en nombre insuffisant. (33)

1. 7. 2. Chimiothérapie

La prescription de psychotropes cible quant à elle certains symptômes (automutilations, instabilité affective, impulsivité, problèmes interpersonnels, colères, symptômes psychotiques ou dissociatifs, anxiété) ainsi que les comorbidités. Toutefois, aucune pharmacopée n'a montré son efficacité sur le sentiment de vide, l'angoisse d'abandon et le trouble identitaire. Le prescripteur prendra en compte les effets indésirables, la compliance et les risques de détournement d'usage de produits.

Quatre classes de médicaments ont donc été étudiées dans des études randomisées contrôlées : neuroleptiques, antidépresseurs, acides-gras et anticonvulsants ; l'usage des benzodiazépines qui peuvent rendre des services ponctuels est à limiter au vu de leur risque addictif et désinhibiteur. Les traitements sédatifs seront ainsi prescrits pour une semaine en gestion de crise.

Les molécules à visée symptomatique les plus prometteuses sont les

neuroleptiques et majoritairement les antipsychotiques de seconde génération qui permettront un apaisement relatif des difficultés interpersonnelles, de l'impulsivité et de la dépression (aripiprazole), des automutilations (flupentixol, olanzapine) et de l'anxiété (aripiprazole, olanzapine).

Les antiépileptiques ayant prouvé leur efficacité dans l'apaisement des problèmes interpersonnels sont le divalproate et le topiramate, sur l'impulsivité le topiramate et la lamotrigine, sur la colère le topiramate, le divalproate et la lamotrigine.

Les oméga 3 pourraient quant à eux être utiles sur la dépression et les automutilations. (8)

1. 7. 3. Hospitalisation

Il est une différence de taille à opérer entre hospitalisation et institutionnalisation, comme nous le verrons par la suite. Son intérêt n'est donc pas l'objet de ce travail, partant de l'hypothèse que les indications se décident à l'échelle individuelle. Toutefois, il semble important de préciser quelques connaissances à ce sujet sur lequel les opinions des auteurs divergent considérablement, sur un continuum allant de la contre-indication à la recommandation d'une hospitalisation longue durée.

Par exemple, Main en 1957 insiste sur les difficultés du traitement hospitalier, suivi de Goldberg et Rubin, partisans d'une approche encadrante et ferme afin d'éviter la régression des patients, voire d'une absence de prise en

charge psychothérapeutique du fait de son caractère potentiellement intrusif. Dawson souligne aussi la iatrogénie du traitement et la nécessité occasionnelle de l'abstention thérapeutique, respectant le proverbe « primum non nocere ».

(34)

Fowler et al., dans leur étude de 2018, s'avèrent être plus optimistes, estimant ces précédentes considérations non fondées. Selon eux, les études évaluant ces patients lors d'hospitalisations prolongées, avant et après l'admission, sont limitées et ne donnent pas d'indication quant à une éventuelle détérioration de leur état clinique, comme cette idée largement répandue. Les études portant sur l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementale, des thérapies comportementales et dialectiques, ou des thérapies basées sur une approche psychodynamique pour des patients hospitalisés ont démontré moins d'atteintes autoagressives que pour ceux ayant reçu un « traitement habituel ». En comparaison, les prises en charge brèves (5 jours) se sont révélées inefficaces en terme de réduction symptomatique et de retentissement fonctionnel. Une autre étude a prouvé que l'hospitalisation en sortie d'un service d'urgences n'était pas associée à une résurgence de tentatives de suicide à 6 mois. Au total, la conclusion semble être en faveur d'une efficacité relative d'une hospitalisation de longue durée pour des patients borderline et non une dégradation de leur état. (35)

L'APA (American Psychiatric Association) en 2010 publie les recommandations suivantes (36) :

Indications pour une hospitalisation partielle, ou brève si cette dernière n'est pas disponible :

- conduites impulsives et dangereuses difficilement gérable en ambulatoire

- inobservance du traitement difficilement gérable en ambulatoire
- comorbidités complexes requérant une évaluation clinique poussée, une réévaluation thérapeutique
- symptômes d'une sévérité telle qu'ils interfèrent avec la vie du patient (au niveau personnel ou professionnel)

Indications pour une hospitalisation brève :

- danger immédiat pour les autres
- perte de contrôle des pulsions suicidaires ou tentative de suicide grave
- épisode psychotique transitoire, atteinte sévère du jugement
- symptômes d'une sévérité telle qu'ils interfèrent avec la vie du patient et qui ne répondent pas à l'hospitalisation partielle

Indications d'une hospitalisation prolongée :

- suicidalité importante, conduites auto-destructives, inobservance du traitement
- comorbidités sur l'axe I présentant une menace vitale
- comorbidités tel qu'un abus de substance sévère
- comportements hétéro agressifs
- symptômes d'une sévérité telle qu'ils interfèrent avec la vie du patient et qui ne répondent pas à l'hospitalisation brève

Si l'on se réfère de nouveau à Kernberg, l'hospitalisation possède pour lui un intérêt tant diagnostique que thérapeutique. Elle permettra en effet de « clarifier les composantes dissociées ou clivées du monde interne des

représentations d'objet du patient » , qui se déploient rapidement dans les transferts vis à vis du thérapeute mais aussi de l'équipe. L'institution reconstitue pour lui un milieu de vie idéal au déploiement de nouvelles rencontres et donc le théâtre du monde intérieur du patient alors accessible à l'observation puis l'analyse, ralliant la conception de la psychothérapie institutionnelle.

Au niveau thérapeutique, elle permettra de restaurer une place de sujet au patient en augmentant ses capacités à se vivre soi-même et à voir les autres comme des êtres cohérents, intègres, et ceci de façon réaliste, et de réduire le besoin de recourir à des défenses qui affaiblissent le Moi en réduisant le répertoire des réponses disponibles. Ainsi, l'hospitalisation développera chez lui une plus grande capacité à contrôler ses pulsions, à tolérer l'angoisse, à moduler ses émotions, à sublimer ses besoins instinctifs et enfin à développer des relations stables et satisfaisantes pour vivre l'intimité et l'amour. La régression était en ce sens encouragée car cruciale pour cette entreprise : les émotions ressenties, les comportements agressifs et automutilatoires sont accueillis sans règle trop contraignante afin que le patient « agresse » le thérapeute et l'équipe (considérés comme insuffisamment disponibles et inévitablement rejetants), pour mieux constater l'absence de représailles et de destruction de ces derniers au profit de leur permanence et de leur disponibilité, tel le « doudou » de l'enfant qui demeure intact malgré les attaques. Alors éventuellement, il pourra « incorporer » les nouveaux introjects, positifs bien que partiellement satisfaisants à l'instar de l'internalisation de l'image maternelle en tant qu'objet transitionnel permettant l'accession à la solitude sans angoisse d'abandon trop massive.

Les moyens qu'il utilise sont la compréhension et l'interprétation régulières du transfert. Les représentations partielles de soi deviennent progressivement des représentations totales comprenant les tendances libidinales et agressives. En miroir, les représentations d'objet partiel s'intègrent dans les représentations d'objet total. (30) Enfin, il n'hésitait pas dans certains cas à prolonger l'hospitalisation (plus de 6 mois) devant un faible niveau de motivation du patient pour un suivi externe, une forte intolérance à la frustration, une instabilité importante dans les relations interpersonnelles ou une tendance appuyée pour le passage à l'acte.

1. 8. Conclusion

Cette partie théorique consacrée aux états-limites a insisté sur la vision psychopathologique d'Otto Kernberg ainsi que sur les liens avec le développement infantile, tous deux se rejoignant et présentant des implications thérapeutiques ultérieures. Nous avons aussi mentionné les récentes études annonçant un pronostic moins péjoratif qu'il n'y paraissait, marqué notamment par un fort taux de rémission ainsi qu'une suicidalité atténuée ; toutefois, le fonctionnement social reste impacté de manière persistante. Sur le plan thérapeutique, le trouble s'avère aussi plus facile à prendre en charge que déclaré précédemment et dispose d'un arsenal psychothérapeutique conséquent.

La relation duelle expose toutefois patient et praticien à certains écueils ; d'une part, les psychothérapies que nous avons citées se révèlent parfois d'accession difficile, nécessitant d'importants moyens (en terme d'effectifs, de jours de formation ou de bagage psychopathologique) et laissant peu de place à la diffusion en psychiatrie générale. D'autre part, quelles que soient les modalités de la psychothérapie, celle-ci sera le lieu pour le sujet d'un transfert de sa quête d'objet d'étayage sur un objet n'ayant plus le même statut narcissique : le risque de répétition de sa psychopathologie sera grand, pouvant conduire jusqu'à la rupture de soin et la reprise du même scénario avec un praticien différent.

Dans ces cas où la contenance paraît insuffisante en face-à-face, menaçant le processus thérapeutique lui-même, il est une modalité de soin qui

constitue une piste remarquable.

2. Prise en charge institutionnelle

Hélène Chaigneau rappelait en 1968 que nous proposons à nos patients « réseau de soins, assistance, protection, voire réadaptation, mais pour nécessaire que soit cette armature, on peut en affirmer la vanité au regard de la seule véritable problématique que ce réseau peut à tout moment masquer, et qui est celle de la rencontre ». Le défi soignant, lorsqu'une prise en charge en institution psychiatrique est indiquée (qu'il s'agisse d'hospitalisation complète ou partielle), par la reconstitution sur la scène institutionnelle du mode de fonctionnement limite, résidera dans la réponse qu'elle fournira. A l'endroit d'un énième écho des projections du patient se répétant déjà dans les sphères de sa vie extra-institutionnelle se déroulera une expérience nouvelle, faite d'analyse puis de restitution au sujet sous différentes formes. Cette intention n'est pas sans exigences, qu'on pourrait résumer en deux points : celle du maintien d'un cadre institutionnel, et celle de la fonction réflexive de ce cadre, condition sine qua non de la psychothérapie institutionnelle.

L'institutionnalisation de l'état-limite est un magistral exemple de ce défi. Les possibilités de rencontres fournies par elle seront autant d'intenses relations à nouer, éprouver, détruire par leur conduite dépendante ou négativiste, que d'occasions de les analyser afin d'enrayer ce processus si bien connu des soignants mais si inconsciemment rejoué des patients. (30,31)
Terme souvent galvaudé du fait de sa connotation anglo-saxonne statique

d'établissement, il nous revient pour ce travail de rappeler ce que nous entendons par « institution ». (5) Nous prendrons appui sur le cadre psychanalytique pour circonscrire un cadre thérapeutique institutionnel à l'intérieur duquel se déploieront les concepts de la psychothérapie institutionnelle. Ce référentiel sera au préalable défini et contextualisé par un bref rappel historique. Nous terminerons par l'exposé de sa fonction réflexive inspiré des travaux de René Kaës sur le groupe.

2. 1. Généralités

2. 1. 1. Définitions

Du latin institutio, « ce qui est établi, institué », le mot « institution » recouvre plusieurs acceptions. Au sens moderne (1680), une institution est une structure matérialisée, établissement privé tel qu'un collège ou une pension. Les « thérapies institutionnelles » se réfèrent à ce sens, désignant des pratiques utilisées dans des établissements de soins. Cette définition est ainsi vaste, n'importe quelle modalité thérapeutique pouvant faire partie de l'arsenal institutionnel, et restrictif à la fois : l'établissement circonscrit la pratique à l'intra-muros. (28) De manière simpliste et par analogie, le bâtiment est à l'établissement ce que le groupe de personnes est à l'institution, et il émane autant d'institutions que de potentiels créateurs dans un groupe de personnes donné.

Dans ce travail nous nous référerons au sens plus ancien et plus courant du mot « institution », qui désigne d'abord une action, celle de changer l'ordre des choses, de fonder à neuf un mode d'organisation. La logique de l'institution est donc volontariste : elle suppose un projet d'ensemble et une force capable de rendre ce projet réel. (40) Ainsi l'institution soignante, comme la cure psychanalytique dite « classique », se compose à la fois du cadre et du processus thérapeutique. Contenant la dynamique psychique de ses membres, elle est utilisée par le patient (comme par les soignants) comme une surface de transfert. (4) Il leur revient dès lors d'analyser précisément ce qui s'y passe

pour que l'institution conserve son rôle soignant ; humaine par nature, elle est en effet susceptible d'engendrer de la pathoplastie, néologisme de Jean Oury désignant la propension pathogène propre à tout groupe humain. Ainsi, l'institution doit bénéficier de sa propre psychothérapie.

Cette dernière se définit par « toute utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique » (40) Existant de tout temps sous des formes composites, du traitement moral de Pinel à la pléthore de thérapies actuelles, la psychanalyse en constitue un chapitre saillant : par son aspect théorique et notamment la découverte de l'inconscient par Freud, et par sa praxis introduisant une nouvelle approche de la souffrance psychique humaine. Les pathologies les plus graves ont ainsi pu être reconsidérées à travers le prisme de dispositifs thérapeutiques s'en inspirant. En reconsidérant les symptômes d'un sujet comme signes de la souffrance psychique, puis en les contextualisant dans son histoire, la psychothérapie leur a ainsi permis de trouver un sens qui jusque là faisait défaut. (41)

La psychothérapie institutionnelle, dont la paternité revient à Daumezon et Koechlin en 1952, se définit donc quant à elle comme un mouvement théorique et pratique d'analyse de l'institution soignante rendue nécessaire par le fait que la fonction exercée par ce groupe de personnes institué lui échappe. La rencontre du malade avec ce collectif, par les modalités transférentielles et contre-transférentielles, produit des effets sur plusieurs niveaux : d'une part, l'accueil de la souffrance psychique, souvent importante, se répercute sur les

soignants eux-mêmes. En retour, l'institution impacte elle aussi la qualité des soins par son fonctionnement. Elle ne peut être réduite à un simple contenant neutre de cette manifestation psychique, ni à la somme des réalités psychiques individuelles la constituant mais implique une psychopathologie du lien à part entière. Ainsi, le but de l'analyse institutionnelle est de prendre en compte ces états de fait afin de remplir ses fonctions que sont le cadre et le soin pour éviter tout effet pervers ou aberrant. (39,41)

En ce sens, la psychothérapie institutionnelle est intemporelle car en mutation constante par son potentiel créateur. Bien que liée historiquement à l'analyse sociologique marxiste, elle ne saurait y être réduite. N'appartenant pas non plus au domaine scientifique, elle ne pourrait être jugée sur des seuls critères épistémologiques. « La psychothérapie institutionnelle n'existe pas » car sans cesse à recommencer et à reconstruire, luttant contre l'entropie naturelle du groupe. En d'autres termes, l'institution psychiatrique se devrait de favoriser les échanges en posant la question de la conception d'un soin où les liens compteraient davantage que les lieux. (42)

2. 1. 2. Historique

On ne peut aborder la naissance de la psychothérapie institutionnelle sans la contextualiser, ni faire l'économie de l'histoire asilaire et ce de manière réductrice au vu de la complexité de son développement. Schématiquement donc, la période du Moyen-Age marque une époque pré-asilaire lors de laquelle les « insensés », largement persécutés car perçus comme des possédés,

trouvaient leur place en marge de la collectivité. A cette pensée magique s'est substitué leur regroupement dans des anciennes léproseries lors de la Renaissance : la maladie mentale gagnait en reconnaissance mais demeurait indésirable pour la société. Leur statut n'a guère connu de changement notable, et ce jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, période marquant la fin d'une ère de maltraitance et d'indigence des aliénés par la « libération de leurs chaînes » par Pinel. Esquirol, d'inspiration lui aussi antique philosophique plus que médicale, participe à l'amélioration de leur sort dans son rapport au Ministre de l'Intérieur en favorisant leur regroupement en vue de la rééducation de leurs « passions » : les activités ludiques, la musique, le travail et autres expériences concrètes devaient remobiliser leurs affects et intérêts. Avec eux, la logique carcérale laisse place à une certaine réflexion quant à une psychiatrie humaine, spécifique dans sa thérapeutique et prompt à l'ouverture des murs. (30,31)

Ce survol historique nous informe de la relative réification de l'insensé dans la société, traduction de l'angoisse que génère toute déviance au groupe social : d'objet d'une idéologie obscurantiste, il devient objet des aliénistes, le fait psychiatrique s'avérant corrélé à l'importance de la valeur spirituelle individuelle et du souci des libertés individuelles.

Après une dégradation de la condition des malades par le tournant mécaniciste de la psychiatrie puis par la première guerre mondiale, l'entre-deux guerre est marqué par la création de dispensaires d'hygiène mentale et d'avancées sociales mutant le gardien en infirmier, l'aliéniste en psychiatre et l'asile en hôpital. L'accalmie sera donc de courte durée avant la seconde guerre

mondiale et l'occupation nazie du territoire : 40% des malades internés meurent de faim ou de misère physiologique, lorsqu'ils ne sont pas exterminés.

Cette sombre période donne naissance à la transformation de l'hôpital, qui devient par endroit comme à Saint-Alban un lieu de survie pour les malades et un lieu de résistance et d'exil pour les opposants. Psychiatre républicain engagé dans la lutte antifasciste avant puis pendant la guerre d'Espagne et menacé de mort par le régime franquiste, François Tosquelles y trouve ainsi refuge. Il reprend ses études pour obtenir le diplôme français et participe avec les médecins-directeurs de l'époque (dont Lucien Bonnafé), à ce changement de paradigme. Inspirés d'Hermann Simon, ils privilégient la responsabilisation des malades de l'hôpital autant que du personnel, de l'ASH au directeur : l'institution est un organisme malade qu'il convient de constamment traiter contre « l'inaction, l'ambiance défavorable et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même » (45). Le patient, non plus confiné mais intégré, devient alors acteur de son soin en participant à la gestion de la vie quotidienne et à la vie dans la cité, améliorant empiriquement son état clinique. D'objet il devient enfin sujet, reprenant une position narcissique dans le concert des relations interpersonnelles.

La psychothérapie institutionnelle s'enracine donc dans ce contexte historique : d'un côté nourrie par la pensée marxiste pour ce qui est de la question de l'aliénation sociale, elle l'est de l'autre par la pensée freudienne et le concept d'aliénation psychopathologique, car concomitante de l'introduction de la psychanalyse en France. Cette période voit éclore plus largement de

riches réflexions émanant de groupes de travail et d'associations (GTPSI, Groupe de Sèvres,...) constitués autour de noms célèbres : Georges Daumezon et son interne Koechlin, Henry Ey, Jean Oury, Hélène Chaigeau, etc. qui mettront pour certains en pratique ce bagage théorique, comme à la Clinique de La Borde (Jean Oury).

L'institution, simultanément à la perte de son caractère ségréatif, se déleste de son hospitalo-centrisme grâce aux révolutions psychiatriques que sont la psychiatrie de secteur et l'avènement de la psychopharmacologie qui permettent la réintégration dans la cité d'un grand nombre de malades. D'importantes réorganisations ont lieu : sur le plan architectural en intramuros, les unités rapetissent quand les parcs s'allongent. Sur le plan organisationnel, les services perdent leur regroupement de malades selon leur pathologie au profit de leur niveau relationnel. A l'extérieur s'érigent des hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques et autres modalités de prises en charge qui établissent un maillage territorial conséquent. (46) Cette organisation de la psychiatrie en France va permettre l'introduction d'une thérapie centrée autour de la notion de continuité des soins, qui n'est autre que la condition organisationnelle de la prise en compte de la relation transférentielle dans la durée, constituant le préalable à l'accueil de toute souffrance psychiatrique. (47)

La raison d'être de la psychothérapie institutionnelle réside donc dans le fait que ses chefs de file partageaient l'idée que l'institution, par sa répétitivité, son cloisonnement et son atemporalité, était en réalité au service de

l'aliénation psychopathologique ; la pathologie fabriquée gagnait à être étudiée. Dans cette optique, la réflexion institutionnelle doit se placer en tant qu'organisateur, telle une interface labile entre le collectif soignant et le patient. Les idées qu'elle véhicule sont pléthore, source d'une littérature florissante ; toutefois, les questions qu'elle soulève se reposent sur des invariants que nous retrouverons tout au long de ce chapitre à l'image de ces premières notions.

2. 1. 3. Notions

Pour Kapsambelis, l'institution psychiatrique est « un groupe de personnes dont les compétences professionnelles se réunissent en une action concertée ayant comme but d'accueillir et de soigner des personnes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques. » De cette définition ressortent plusieurs points.

Le transfert institutionnel diffracté rend indispensable une certaine préparation pour l'accueillir : s'adressant au groupe et non plus à un agent isolé, il requiert une métabolisation par ses différents membres, associés alors non plus de façon fortuite mais en une sorte d'organisme en soi. On ne peut ainsi faire l'économie du questionnement quant à la nature de cet organisme, car en contact avec le patient, l'influençant comme il se fait influencer par lui. Il est constitué de personnes qui sont des « professionnels », rétribués pour leur travail et appartenant de fait au monde des métiers et non des vocations ; des

comptes tels qu'une certaine efficacité doivent être rendus à un tiers, le payeur. (42)

Le salarié est par définition aliéné à ce système social car devant se soumettre à lui sous peine de conséquences. En revanche, et on retrouve là l'esprit de la psychothérapie institutionnelle, *se soumettre* se distingue d'*être assujetti à*. L'obéissance renferme la notion de conscience : il faut reconnaître l'aliénation sociale pour être sujet de celle-ci, en identifiant par exemple que l'enfermement des malades puise sa source dans le contrôle social, dans la crainte qu'a la société de la différence d'une part, et en reconnaissant l'emprise de l'établissement sur nos pratiques d'autre part. La création (d'activités thérapeutiques, de médiations, de club, etc.) s'érige alors en résistance, formant dans le même temps un espace qui rend le travail de l'aliénation psychopathologique possible. (48)

La deuxième partie de cette définition rend compte du but de ce groupe et qui soulève la question de la position subjectale tenue (ou non), ou qu'on fait tenir (ou non) au patient. Car même si un individu est l'objet de nos bons soins, il n'en est pas sujet pour autant. A l'image du bébé, le soin serait cet acte de veiller au bien-être de quelqu'un, non pas dans une position éternellement régressive quoique parfois confortable pour les deux parties, mais bien dans cette logique d'individuation et de séparation inhérente à la réalité externe.

Il est une distinction de taille à mentionner, qui est celle de la nature du pôle objectal de l'institution. Ainsi, alors que le collectif soignant est l'objet

d'investissements massifs du patient, ce dernier ne saurait l'être en retour : l'analyse institutionnelle exige une vigilance à ce que l'objet de l'institution se trouve à l'endroit de la relation institution-patient et non du patient lui-même, sous peine de phénomènes d'emprise et d'inséparabilité menaçant cette position éthique. (30)

Ces notions apparaissent comme une introduction indispensable au cadre thérapeutique, car l'infiltrant dans ses moindres aspects et nécessitant par conséquent leur connaissance. La pratique institutionnelle refoulant souvent les jalons qui la soutiennent, ceux-ci doivent être tout autant de fois reposés.

2. 2. Cadre thérapeutique institutionnel

Le cadre institutionnel se compose de « l'ensemble des mesures et prescriptions qui établissent des limites aux comportements ». Il s'agit de la partie fixe, non négociable définie préalablement par l'institution, s'appliquant à tous dans le prolongement de la loi ; énoncée explicitement dès le départ, elle devient implicite par la suite, intériorisée telle une instance psychique. Le cadre sert de matrice à l'élaboration psychique : sans lui, le processus (d'analyse et d'interprétation) ne peut être exploré. Bleger ajoute que ce cadre est idéalement normal c'est-à-dire maintenu quoiqu'il advienne par les parties. Enfin, silencieux par nature, il ne se manifeste que par son manque dans les moments de crise ou de ruptures du processus. (33)(42,43)

L'institution possède ainsi, outre son règlement intérieur et ses rites explicites, plusieurs fonctions symboliques que nous allons détailler. Comme la cure-type, elle doit être l'endroit de l'accueil, de la contenance puis de la transitionnalité de la souffrance psychique permettant son analyse concomitante.

2. 2. 1. Fonction phorique

Véritable pôle objectal de l'institution, l'accueil implique un espace-temps dédié à l'exposition de cette souffrance. Durant une période d'observation, l'institution doit procurer un lieu permettant au sujet de déployer sa

problématique psychopathologique sous la forme de symptômes. (42) Ceux-ci nécessiteront la disponibilité des appareils psychiques soignants afin de démasquer l'angoisse et sa défense les sous-tendant, ce que P. Delion nomme fonction phorique. (49)

Du grec phorein : porter, la phorie se rapproche de la notion de holding winnicottienne que l'institution remplit pour contenir la psyché écartelée entre les états internes et la réalité, expérience menaçant le sentiment de continuité et pouvant devenir traumatisante si le moi n'est pas capable d'inclure ces excitations instinctuelles. La disponibilité de ces « appareils à penser les pensées » est cruciale dans l'accueil des éléments bêta du sujet, décrits comme des objets bizarres, primitifs, inassimilables par le psychisme mais contenus puis métabolisés par la fonction alpha de Bion (de la mère, de l'institution), sa capacité de rêverie prévenant d'une terreur sans nom.

Chez un patient état-limite, cette fonction est d'autant plus essentielle que l'accès à certaines voies de symbolisation dépendra de la contenance de sa pulsionnalité. Sans elle, son monde interne ne sera pas suffisamment sécurisé pour permettre une pensée fluente (20) ; les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles par défaut d'introjection d'un objet externe capable de réaliser ce processus. A l'instar de la mère suffisamment bonne pourvue de capacités d'adaptation, de pérennisation sans destruction, l'existence du cadre thérapeutique reproduit cet espace transitionnel propice au maintien de la continuité d'être du patient en le reliant aux autres et en le dotant de représentations internes permettant plus tard de se passer de lui. (41,50)

Cette valeur contenante de l'institution doit sa réussite aux liens eux-mêmes contenant entre ses différents membres, chacun étant porteur des représentations clivées puis projetées de l'état-limite. Elle induit une certaine régression et permet l'amplification des mouvements psychiques de beaucoup de patients, agissant ainsi comme un « prisme diffractant [les] couleurs [de la] lumière blanche de la maladie psychiatrique », et demandant donc la réintégration des éléments diffractés. (50)

Les éléments qui ne peuvent être contenus sont quant à eux clivés par ce que Bleger nomme la position glischrocaryque (antérieure à la position schizo-paranoïde) où le noyau agglutiné de mental, d'agir et de soma n'envahit pas la personnalité, assurant une fonction de cadre, de permanence pour les processus psychiques. Le défaut de ce clivage chez les états-limites entraîne une diffusion de l'angoisse : la fonction cadre de l'institution consistera alors à immobiliser ces éléments effectuant sans cesse leur retour afin d'y être déposés. Bleger introduit là une distinction entre contenance et cadre, ce dernier faisant office de défense par clivage, par dépôt et non par fonction alpha. Finalement, tous les auteurs se rejoignent pour établir la fonction contenante dans un registre archaïque du psychisme. (52)

2. 2. 2. Fonction sémaphorique

La fonction phorique est incarnée dans *Le roi des aulnes* de Michel Tournier par son héros Christophe, géant faisant traverser le fleuve aux

voyageurs avec abnégation. Il se rapproche alors de la mère suffisamment bonne par son caractère ambivalent : porter le voyageur, c'est aussi l'emporter à l'instar des sentiments (d'amour mais aussi de haine) de la mère envers son bébé. Cette nuance fine de la vie pulsionnelle se transpose aisément au collectif soignant où fusent les contre-transferts qu'il est préférable de reconnaître puis d'analyser, loin d'une image idéaliste et fantasmée du soignant parfait, gardant une « bonne distance ». Ces phénomènes transférentiels et contre-transférentiels représentent en effet la base de toute psychothérapie. Définis par Freud comme « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux [telle une] répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marquée »(53). Rendus possibles par la mise à disposition des appareils psychiques soignants en tant que réceptacle de la souffrance, ces transferts réalisent la fonction sémaphorique. (30,37)

Transfert

L'institution constitue en ce sens un puissant objet d'investissement. Le patient, dans des conditions de crise psychique lui attribue un pouvoir conséquent, ce qui l'astreint en échange à la mise en place de conditions matérielles rigoureuses et de modes de gestion de l'espace de la quotidienneté afin de favoriser le bon développement de ces investissements relationnels, la rencontre requérant une certaine liberté d'expression et de mouvement. (42) Le sujet investira ainsi plus ou moins intensément (au sein de l'établissement mais aussi à l'extérieur de l'hôpital) un ensemble d'objets (personne, lieu, animal,...), qu'Oury nomme poétiquement constellation transférentielle. (42)

La fragilité narcissique de l'état-limite, on l'a vu, rend nécessaire le recours à l'objet ; toutes ses conduites vont en ce sens éviter la confrontation avec la perte d'objet, synonyme d'angoisse d'abandon puis d'anéantissement. Cette quête compulsive est le témoin d'une régression importante visant la complétude narcissique et l'évitement de la douleur. L'autre n'est pas une personne mais un objet partiel répondant à cet objectif. Les passages à l'acte au sein de l'institution peuvent alors se traduire par la prédominance de processus primaires de pensée, court-circuitant la réflexion pour décharger au plus vite la tension interne à l'horizon d'une perte : ils se dirigeront ainsi, au mépris de la réalité externe, contre ces objets qui leur apportent paradoxalement le plus de soutien narcissique. Au sein de l'équipe soignante, ces investissements se traduiront par la projection de pans de personnalité du patient du fait du clivage puis de l'identification projective.

Contre-transfert

Les membres réceptacles des « bonnes » parties s'affronteront avec ceux qui contiennent les « mauvaises » parties, chacun croyant détenir la vérité sur le patient. Le drame interne de ce dernier se rejouera ainsi sur la scène collective, à l'instar de ses relations oscillant entre surinvestissement et désintérêt massif. Les uns le verront « mauvais », manipulateur, troublant volontairement l'ordre du service et ne méritant pas la poursuite des soins, en miroir des parties sadiques, cruelles et punitives de sa personnalité quand les autres prendront soin de lui comme un parent aimant, à l'image de la partie protectrice qu'ils contiennent. Au-delà du prime abord d'allure névrotique, la

régression dont le sujet fera montre sera souvent interprétée comme délibérée, tel un enfant capricieux que l'on punit à défaut de reconnaître la souffrance. L'équipe ainsi affaiblie ressentira d'autant plus le désespoir que le patient, malgré les soins actifs, apparaîtra d'avantage suicidaire, régressif et hors d'atteinte. L'identification projective augmentera quant à elle leur sentiment de réification, entraînant dévalorisation, recherche de reconnaissance, haine, et possiblement leur mise en action sur la scène thérapeutique qui devient alors nocive. (25,37) Le soin reposera sur l'originalité que propose le cadre institutionnel afin d'endiguer ce fonctionnement répétitif : pour y parvenir, il est nécessaire que lui-même n'entretienne pas ce mécanisme en apportant autre chose au patient.

2. 2. 3. Fonction métaphorique

Ainsi l'institution, par la création de cet espace propice à la rencontre où l'état-limite mettra en scène sa souffrance, répondra à cet obstacle thérapeutique par la polyphonie du transfert. A présent contenue dans un autre appareil psychique, elle doit être assimilée en vue du bon déploiement des fonctions symboliques institutionnelles. Cela nécessite d'une part de prendre en compte son aspect quantitatif : plus elle est importante (plus la pathologie est grave), et plus le portage institutionnel devra être conséquent, et d'autre part de libérer un espace-temps pour la déposer en vue de la métaboliser.

La réunion est ainsi une « technique générale et instrument essentiel » de toute action institutionnelle, comme le signifiaient Daumézon, Tosquelles et

Paumelle, dans le premier article consacré à l'« organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique », dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale de 1955. Pour Kapsambelis, « l'institution psychiatrique devient telle à partir du moment où ses membres, le groupe ou collectif soignant, se réunissent », confrontant la clinique « observée » et la clinique « vécue ». Cette mise en commun remplit elle aussi le rôle de fonction alpha par son travail de transformation des éléments bêta « bizarres » envahissant le champ transférentiel de personnalités pathologiques et est nommée en ce sens « fonction métaphorique » par P. Delion. Cette élaboration conduit progressivement à la construction d'une histoire, non pas celle du patient, mais celle éprouvée avec lui (histoire de cette institution, ce collectif, ce soignant en particulier avec ce patient, à cet instant précis de sa trajectoire existentielle). La réunion aboutit donc généralement à la modification du contre-transfert de chacun puis à un changement d'attitude lors de rencontres ultérieures. (42,45,48)

Ce temps essentiel du travail institutionnel abrite nécessairement son pendant pathologique, dérive naturelle entropique qu'est la « réunionnisme » lors de laquelle le groupe investit davantage son pôle narcissique au détriment du temps passé avec les patients (pôle objectal). Cette tendance n'est en fait que le témoin du fait que l'économie du groupe institutionnel tend spontanément au déplacement quantitatif de son activité libidinale (du pôle objectal au pôle narcissique) rendant les institutions si difficilement réformables par les instances mandataires. (42) Prendre conscience de cet aspect fait partie de la reconnaissance de l'aliénation sociale et donc de la psychothérapie institutionnelle, qui requiert une certaine vigilance quant au risque de sclérose

et de répétition de l'institution, la menant à sa disparition.

Il est important de préciser que les membres présents lors des réunions appartiennent à la constellation transférentielle du patient, à savoir toutes les personnes qui sont en lien avec. Le transfert faisant fi des statuts, ce n'est qu'en recueillant les vécus de tous les intervenants que la fonction métaphorique s'opérera le mieux. Les soignants possèdent en effet différents types de compétences, se déployant dans deux registres différents. Un infirmier disposera par exemple du savoir technologique requis par sa profession, lui attribuant ainsi une place statutaire et des responsabilités précises au sein de l'institution, encadrées par des lois et une réglementation propre à l'établissement. Cette hiérarchie statutaire évolue en parallèle d'une hiérarchie subjectale, relative aux modes relationnels du soignant et conduisant à une gamme de transferts différenciés. L'institution psychiatrique se doit alors d'articuler le savoir (issu de théories et enseignements pouvant différer d'un professionnel à l'autre) et la relation de ses membres dans la prise en charge du patient. Comme l'énonce P. Delion, « il peut arriver que ce soit par le fragile investissement d'une femme de ménage qu'un contact puisse être institué avec un [patient] en proie à la persécution ; ne pas en tenir compte dans la stratégie thérapeutique serait dommageable pour [lui], de même que le fait d'en déduire que cette femme est psychanalyste serait erroné. (39,46) Ainsi, une attention constante doit être portée à la distinction entre la fonction soignante et le statut afin qu'un juste équilibre soit trouvé entre eux et que le statut ne prenne pas en permanence le dessus, ce pour favoriser la relation.

Ce travail autour du patient, d'autant plus nécessaire chez l'état-limite

afin d'éviter tout phénomène de clivage au sein même de l'institution, doit se compléter d'une cohérence inter-institutionnelle par un travail de lien avec le reste de la constellation transférentielle du patient : sa famille, les autres interlocuteurs médicaux, les travailleurs et bailleurs sociaux, les instances juridiques, etc. C'est à ce prix juste, ni trop élevé par trop d'investissement soignant, ni trop faible par désintérêt voire rejet, que l'on atteindra « ce qui suffit » cher à Hélène Chaigneau afin que le patient puisse répondre de lui-même au besoin qu'il avait adressé initialement à l'institution via le symptôme.

(41)

Pour résumer, le travail institutionnel s'apparenterait à la métabolisation de la souffrance. Le sujet, porteur de son désarroi psychique parvient jusqu'au système de soins (de son gré ou contre lui) via un symptôme, grimé ou non. Le premier temps de la rencontre thérapeutique réside en la fonction phorique, qui est cette disponibilité psychique (de temps et de lieu) que doit présenter le soignant pour accueillir le sujet dans toute sa singularité et identifier cette souffrance ; ce processus peut d'ailleurs prendre plusieurs années. Cette relation sera l'occasion de mouvements transféro-contre-transférentiels uniques, au-delà des considérations statutaires : les symptômes présentés seront « aspirés » par l'appareil psychique du soignant dans cette modalité dialectique du transfert (fonction sémaphorique).

Alors que dans la névrose, le cheminement s'accommoderait de cette partie (les signes cliniques comme les actes manqués prennent sens dans la répétition, grâce à la parole), les pathologies plus archaïques et les troubles

sévères de la personnalité voient leurs symptômes perdurer. C'est par la fonction métaphorique occasionnée par le travail institutionnel correspondant à la mise en commun des objets partiels réceptacles du transfert multiréférentiel, qu'émergera le sens.

Le cadre est donc soignant en lui-même, offrant au sujet une expérience nouvelle de contenance possiblement jamais éprouvée auparavant et qui a fait le lit de son trouble. Faire le lien entre les parties projetées qu'ont reçues chaque membre s'avère crucial dans la prise en charge, faisant véritablement office d'analyse pourtant inaccessible en relation duelle. Ces trois fonctions nécessitent elles-mêmes le recours à un niveau supérieur, tel un « méta-cadre » institutionnel garant de leur bon déroulement et que Jean Oury nomme « fonction diacritique ». Il consiste en un temps de recul quant à ces situations transférentielles, accessible par la supervision et la réflexion organisationnelle. (45,49)

2. 2. 4. Fonction diacritique

Cette « métacognition » de l'institution peut être abordée par les importants travaux de René Kaës sur le groupe. Rappelons que le groupe se définit non par la somme des individus qui le compose, mais bien comme une entité spécifique. Il peut être étudié en tant que tel comme l'ont fait Bion, Pichon-Rivière, Anzieu et Foulkes, appréhendé par le rapport qu'entretient un sujet avec lui ou par les effets qu'il produit sur ce sujet.

Chaque groupe soignant appartenant à l'institution possède un appareil psychique groupal, délimité par une enveloppe à double face dont l'une est tournée vers un pôle narcissique (ses difficultés, affects, fantasmes et mécanismes de défense) et l'autre vers un pôle objectal (le soin, le patient et sa famille). Cette membrane contenante est faite de rites, de règlements, d'une culture et d'un langage communs à l'intérieur de laquelle circule toute la fantasmagorie identificatoire. Ses membres ont une motivation commune qui est celle du soin et nouent entre eux des relations affectives parfois intenses. Ainsi, chaque soignant sera influencé par cette fantasmagorie et ces modalités de fonctionnement dans la relation duelle avec le patient, de manière bénéfique par le portage que lui procure l'équipe, mais aussi de manière problématique lorsque l'ambiance du service retentit sur ses propres capacités de contenance.

Kaës soutient que le groupe possède une réalité psychique inconsciente propre dont l'organisation est superposable à celle de l'individu avec une structure, une topique, une économie ainsi qu'une dynamique. Ainsi, chaque membre du groupe devra renoncer à la satisfaction de ses buts pulsionnels immédiats (le Ça) au prix d'une sécurité apportée par la Loi symbolisée par le règlement intérieur (le Surmoi) et qui constitue un véritable contrat narcissique » (P. Aulagnier). Il existe un pacte dénégatif sur ce qui se doit de rester inconscient dans l'institution, comme la part refoulée de violence, de pouvoir et de sadisme infiltrant les motivations et les actions soignantes (placements prolongés, déclenchement d'une mesure de protection des biens, attitude paternaliste, etc.). Cette pulsion de mort est le pendant du fantasme

organisateur originaire qui est celui de « prendre soin du patient ». Ainsi, les passages à l'acte des patients, par leur aspect spéculaire, sont susceptibles de réveiller ces mouvements pulsionnels tel le revers de la médaille de la bienveillance.

L'inconscient se retrouve aussi dans la place jouée par chaque soignant, non seulement par désir propre mais aussi par appel d'air à des emplacements prédéterminés par le groupe lui-même et que R. Kaës nomme « fonctions phoriques ». Porter une fonction n'est pas pathologique en soi mais peut le devenir lorsqu'elle se fixe. On peut ainsi repérer un « porte-idéal » (apportant repères et étayage narcissique au groupe), un « porte-symptôme » (lorsqu'un soignant est désigné comme dysfonctionnel), un « porte-silence » (le soignant muet), un « porte-parole » (celui qui rend compte de l'éprouvé collectif), un « porte-mémoire » (témoin de l'histoire), un « thanatophore » (celui qui sape le travail d'élaboration, diffuse la paradoxalité de manière perverse), etc. (54-58)

Ce cadre et plus largement son méta-cadre sont le terreau favorisant le processus analytique en lui-même. Rappelons que la cure-type doit être aménagée sous peine de réactiver les angoisses de l'état-limite, l'association libre revenant à mentaliser et donc exposer le patient à la dépression. Les entretiens individuels constituent la pierre angulaire du traitement, par l'interprétation qui peut y être faite de la polyphonie transférentielle institutionnelle.

2. 3. Processus analytique de l'état-limite

Le processus analytique est défini par J. Bléger comme un objet d'étude, d'analyse et d'interprétation, constitué de variables (à l'opposé du cadre, invariable par nature). (54) Nous utiliserons de nouveau majoritairement la vision d'Otto Kernberg pour explorer cette partie, notamment ses écrits sur la thérapie psychodynamique de l'état-limite.

Avant toute chose, une investigation adéquate auprès du sujet (anamnèse approfondie, examen de son état mental actuel, période d'observation au sein de l'institution) permettra d'établir la nature de la pathologie, éventuellement aidée d'un contact avec les anciens thérapeutes et les lieux de prises en charge. Celle-ci sera complétée en cas de doute d'interviews structurées ou semi-structurées ainsi que de tests psychologiques. Cette partie diagnostique précédera la partie thérapeutique lors de laquelle sera exposé, éventuellement rappelé, le cadre. L'établissement et le maintien de règles « de base » bordantes pour le patient, à l'image de celles établies pour l'institution, sont une condition sine qua non de la neutralité technique, protégeant les participants d'un éventuel passage à l'acte transférentiel ou contre-transférentiel. Il contient les limites spatiales et temporelles de l'interaction (lieu, fréquence, longueur des séances), la définition de la nature de l'entreprise ainsi que ses bornes (règlement intérieur de l'établissement). Les responsabilités des deux parties seront aussi clairement énoncées. Les entretiens en présence d'un-e infirmier-e faciliteront les transmissions et

éviteront le clivage de l'équipe.

Les moyens utilisés, l'interprétation et ses composantes, favoriseront les liens entre les manifestations conscientes et leurs soubassements inconscients, entre les comportements lors des séances ou dans le service et ceux au-dehors et entre les transferts actuels et la réalité remémorée de l'enfance. Les interprétations se définissent par des énoncés verbaux d'hypothèses concernant d'éventuels liens entre les conduites conscientes, pré-conscientes et leur déterminants inconscients. Elles suivent les clarifications qui sont une mise en lumière de certains éléments permettant au sujet d'y penser plus amplement, ainsi que les confrontations, qui rassemblent le matériel conscient et préconscient vécu comme clivé. Ces interprétations se font parfois de manière prématurée par un thérapeute troublé du revirement de transfert du patient, témoin de la déformation de sa représentation de soi et des autres. Ainsi, son analyse est primordiale au processus.

2. 3. 1. Transfert

Alors que la névrose trouve dénouement dans la perlaboration d'une relation duelle, l'organisation limite, à l'instar de la psychose, ne peut porter son attention « aux mots et aux phrases d'un supposé discours et à ses effets linguistiques »(20). Il ne saurait se contenter d'un arrangement bipartite. La relation thérapeutique serait en effet compromise par les investissements massifs du patient envers le thérapeute ; en lieu et place d'une personne se tiendra l'écran de ses projections. Idéalisé, il représentera l'objet total,

menaçant car potentiellement instigateur d'abandon autant que d'intrusion. Porteur des parties agressives clivées puis projetées en un mauvais objet, il sera dévalorisé. En analyse, l'état-limite « parle à quelqu'un plutôt qu'il ne se parle à lui-même en présence de quelqu'un » et exige d'être écouté plutôt qu'entendu sans connaître le plaisir propre à l'exercice des fonctions intellectuelles et affectives. Le transfert est ainsi absent, l'analyste n'ayant pas la place d'exister face à l'attitude critique de l'analysé qui du reste fait peu référence à la relation transférentielle. Il peut être en second lieu actualisé, oscillant entre l'investissement total de l'analyste ou le retrait. Le sujet se perd alors entièrement dans l'objet jusqu'à une phase de retrait se traduisant par le négativisme voire la rupture du cadre. Ce transfert, Reid le qualifie d'unidimensionnel.

Rappelons qu'à l'origine, l'extension de la cure-type et de la psychothérapie analytique auprès des états limites a montré la difficile mise en œuvre de la règle fondamentale d'obtenir un véritable discours associatif. L'isolation même de cette entité nosographique s'est établie face aux psychoses de transfert que rencontraient les psychanalystes, témoin de la régression importante de ces patients. Chez l'état-limite, la pauvreté de l'élaboration verbale se manifeste par un discours secondarisé où l'on observe tantôt un intérêt quasi-exclusif pour les symptômes, tantôt un compte-rendu des activités quotidiennes en insistant sur les pensées, opinions et attitudes d'autrui sans sens critique de ces énoncés. A l'endroit des différentes réalités psychiques (celle d'autrui et la sienne propre) existe un scotome. Le système pré-conscient ne peut développer une vision personnelle ; il reproduit

schématiquement la version de l'un ou de l'autre des parents au travers d'une pensée duplicative.

La pauvreté de la vie fantasmatique, des rêves, des lapsus, des souvenirs-écrans, traduit une mentalisation pauvre et précédée par l'agir, où les comportements se substituent aux mots. Dans le transfert limite, la distance entre l'analyste réel et l'analyste imaginaire est réduite à zéro par une pensée mythique. Dans le mythe, les identités réelles se substituent aux représentations. Là où le transfert névrotique voit l'analyste représenter le personnage parental, il sera véritablement ce dernier dans le transfert limite. (59)

Cette « démentalisation » ou « pensée concrète », « opératoire » qui n'est autre qu'une restriction de la vie interne, induira un manque d'intérêt du praticien pour son patient devant un monde interne si terne et vide. Cette tendance devra être combattue sous peine de forcer la production d'un matériel symbolique ou de désinvestir complètement le patient. Le clinicien risque de perdre son outil de travail qu'est le contre-transfert, réduisant la relation à son aspect purement fonctionnel.

2. 3. 2. Contre-transfert

Le concept de contre-transfert est ici abordé sous l'angle totalisant et non classique, c'est-à-dire que la réaction affective globale du thérapeute et plus largement des soignants sera utile dans la compréhension du patient plutôt qu'à réprimer.

André Green met en exergue son importance, le contre-transfert favorisant l'élaboration diagnostique et la prise en charge thérapeutique. Il le place d'ailleurs avant le transfert : « ce qui est important c'est ce qu'ils nous font éprouver [...] plus que ce qu'ils éprouvent (enfermés qu'ils sont dans l'irreprésentable) ». Il poursuit : « au commencement est l'affect-action ; il faut donc tenter d'éprouver puis de penser le transfert et le contre-transfert vis-à-vis de leur frange « psychotique » dans une dimension de vécu émotionnel relationnel plus que de représentations ou d'images, et encore moins de mots. Ce transfert est le plus souvent massif, brutal et indifférencié, l'analyste s'éprouve représenter tout et rien à la fois, se voit tour à tour apparaître et disparaître, ce qui n'est pas sans troubler sa personnalité ». (20)

Les vives réactions affectives provoquées par les manifestations plutôt extrêmes de l'état-limite peuvent ainsi paraître de prime abord tout à fait justifiées, constituant un « contre-transfert objectif », composé des éléments inconscients (tâches aveugles) et des réactions conscientes. Ce sont ces dernières qui créent la problématique en cela qu'elles assignent le thérapeute à assumer les émotions très fortes ressenties, même d'origine inconnue, et qui influencent le traitement. Sur un continuum allant des manifestations transférentielles du « pôle névrotique » à celles du « pôle psychotique », Kernberg soutient que le thérapeute éprouvera dans la relation avec l'état-limite assez rapidement des réactions affectives intenses, plus en rapport avec le transfert prématuré, intense et chaotique qu'avec un problème spécifique du passé du thérapeute. Il sera en cela un véritable outil diagnostique informant sur le degré de régression et de désorganisation du patient, l'attitude affective

prédominante chez lui et les changements survenant dans cette attitude. D'autre part, plus la neutralité du soignant sera menacée par une réaction en miroir précoce et intense, voire chaotique et fluctuant rapidement, plus nous serons en présence d'une régression profonde chez le patient.

Le contre-transfert est une « contre-identification » susceptible de survenir, c'est-à-dire une identification normalement nécessaire à l'empathie mais qui, par son caractère durable et massif, entraînera une duplication d'une des identifications essentielles du patient et gênera profondément le travail analytique : le thérapeute ne cherchera plus que des satisfactions narcissiques par le retour de pulsions suivant la loi du Talion. D'autre part, la réactivation de relations d'objet conflictuelles très précoces dans le transfert pourra à son tour réactiver les identifications précoces de l'analyste ainsi que son identification projective, amoindrissant ainsi les frontières entre soi et l'objet. Cette perte d'objectivité se résoudra quelques temps après la séance, grâce au processus de perlaboration possible par les parties matures du Moi du thérapeute, sauf si ces parties sont détruites dans l'analyse auquel cas une réaction micro-paranoïde surviendra ; les limites posées par un cadre externe répondront à cet écueil.

Certains cas de contre-transfert deviendront cependant nocifs à un plus haut niveau, du fait de fixations. Comme lorsque d'anciennes structures névrotiques abandonnées chez l'analyste se verront réapparaître au contact d'un patient particulier, tendant à lui ressembler ou à le compléter ; patient et thérapeute seront alors comme « assortis ». Ces défenses névrotiques

permettront de faire rempart contre l'agressivité pré-génitale massive du patient qui semble toujours « vouloir mordre la main qui le nourrit », toutefois au prix d'une modification de sa propre structuration. Une autre menace de la relation est le retrait narcissique du thérapeute et son détachement du patient, mettant un terme à toute empathie peu avant l'échec final. Enfin, le retrait narcissique de la réalité cette fois-ci avec une certitude irréaliste de pouvoir aider ce patient (rappelant l'omnipotence archaïque) dans un « esprit messianique » sera tout aussi voire plus délétère lorsqu'à l'effondrement de cette défense s'ensuivra la réapparition symptomatologique du patient. Dans ces deux dernières situations, c'est le narcissisme du thérapeute qui semble ne pas avoir été assez perlaboré au cours de sa propre analyse.

Il est important de préciser que malgré ce travail de supervision et de perlaboration, et malgré de bonnes capacités de sollicitude du praticien (le besoin de chercher fréquemment conseil auprès d'autres collègues), le travail pourra être compromis par les pressions qui agissent sur lui lorsqu'il appartient à une vaste équipe thérapeutique.

2. 3. 3. Le traitement

L'objectif à ce niveau est d'accompagner le patient dans le développement d'images de lui-même, mais aussi des autres qui soient multidimensionnelles, cohésives et organisées, car c'est par ce manque de nuance qu'il se perçoit et perçoit le monde de façon erronée, rendant ses relations instables et stéréotypées. Pour ce faire, un certain renoncement aux

mécanismes de défenses primaires doit avoir lieu. La tâche du praticien consiste à ce stade à identifier les dyades *Soi-objet* partielles pour les unifier de manière plus réaliste ; les interactions avec l'équipe dont il a eu vent lors des réunions, appuyées de celles qui se jouent entre lui et le sujet en sont de parfaites occasions. C'est par ce travail répétitif de reconnaissance des dyades *Soi partiel - objet partiel* que l'intégration de ces parties clivées puis projetées s'opérera ; il peut durer plusieurs mois. Le temps institutionnel, qui ne couvrira certainement pas toute cette période, est au moins l'occasion de fournir du matériel pour ces interprétations.

Le début du traitement peut être marqué par une certaine confusion dans laquelle le thérapeute se voit représenter « tout et rien à la fois » ; sa première tâche sera à ce moment de démêler ses propres sentiments. Le patient qui perçoit cette qualité de tolérance de la confusion s'en verra rassuré, signifiant qu'il pourra aussi tolérer le patient et apprendre à connaître son monde interne.

Les représentations composant ce monde objectal interne ne sont jamais directement observables ; ce ne sera qu'à partir des schémas répétitifs de ses interactions (avec l'équipe, le thérapeute) que l'on pourra émettre des hypothèses à propos des objets intériorisés. On peut imaginer ces échanges comme les scènes d'un mélodrame au cours duquel chaque acteur jouerait un rôle ; appréhender le monde interne du patient, c'est saisir le rôle qu'il joue et celui qu'il donne à l'objet. Les couples ainsi créés sont pléthore ; en voici quelques-uns : enfant non voulu / parent auto-absorbé qui ne s'occupe pas de lui ; victime maltraitée / agresseur sadique ; nourrisson mauvais / parent

punitif, etc. Les deux parties peuvent devenir, à tour de rôle et rapidement, dépositaires des représentations partielles : ces couples alternent ainsi en permanence. Quand le thérapeute se sent perplexe, il s'agit bien souvent de cette alternance. N'oublions pas non plus que les parents sont souvent indifférenciés, amalgamés en un fragment unique comme décrit dans la partie théorique.

Pour collecter ce matériel, il faudra peut-être clarifier, c'est-à-dire encourager le sujet à décrire de façon précise sa façon d'appréhender l'échange dans l'ici-et-maintenant. Le praticien fera un retour qui ne sera d'ailleurs pas toujours congruent aux perceptions du patient ; comprendre ces différences peut s'avérer productif. Une fois les rôles attribués dans l'opinion du thérapeute, celui-ci pourra les retransmettre au patient au moment propice, à savoir à bonne distance émotionnelle de l'échange, ni trop près, ni trop loin. Enfin, ce processus de nomination des rôles sera réévalué en fonction de sa pertinence.

Une fois ce répertoire de caricatures influençant le patient exposé à lui, l'interprétation des défenses aura pour but de rassembler les fragments. Le clivage peut être appréhendé par le revers abrupt des sentiments et conceptualisations. Un retour peut par exemple être fait lorsque le praticien devient « totalement bon » après un début de séance passé dans la tonalité affective opposée ; ces représentations sont bien conscientes l'une et l'autre, mais séparées. L'idéalisation primitive consiste à traiter le thérapeute comme une figure idéale, omnipotente voire quasi-religieuse. Son pendant est la dévalorisation en même temps que le patient se verra de manière grandiose ;

les deux aspects s'activeront tour à tour, chaque partie échangeant souvent son costume, surtout en début de traitement. L'identification projective est complexe, palpable lorsque le sujet tentera d'induire une réaction chez le thérapeute tout en l'accusant d'avoir cette réaction, ce qui induira une certaine crainte de celui-ci et un besoin de le contrôler. Enfin, le déni est la conscience cognitive d'une situation sans qu'elle n'implique d'affects.

Ces interprétations, clarifications et confrontations doivent toutefois se faire avec précaution. Ainsi, le praticien se bornera à l'ici-et-maintenant, passé et présent étant indissociables dans son esprit. Les interprétations génétiques du type : « si...alors c'est parce que votre mère... » seront à éviter du fait de la confusion entre les relations d'objets présentes et passées. Ce type d'interprétation ne fera que confirmer les représentations d'objet « toutes mauvaises », calquant véritablement « sa mère » (ou autre) sur le thérapeute qui sera alors perçu lui aussi comme un ennemi redoutable.

Enfin, à ce stade de traitement succède un stade avancé, que nous ne traiterons pas ici car rencontré en psychothérapie au long cours hors cadre institutionnel. Terminons par des situations particulières, mettant en difficulté le sujet du fait de sa psychopathologie.

2. 3. 4. Les séparations

Cette question est inévitable dans toute relation, d'autant plus en institution par la multiplicité des rencontres : départ d'un soignant, week-ends

et vacances du thérapeute, sortie d'hospitalisation, etc. Kernberg la traite à la lumière du deuil et non d'une « simple » angoisse de séparation. Chez une personnalité normale, l'objet perdu doit s'introjecter lors d'une période de douleur, de tristesse sans culpabilité. Or pour l'état-limite, l'absence de cette introjection entraîne la disparition totale de l'objet, l'effacement de sa mémoire. L'anxiété en résultant est majeure, la séparation étant le prétexte d'une catastrophe imminente. Le processus de deuil régresse ici jusqu'à un fonctionnement schizo-paranoïde où l'objet est maltraitant, source d'abandon puis de vengeance. Un autre cas rencontré en pratique clinique est celui de l'absence d'affect à la séparation. Pendant l'absence du thérapeute par exemple, le patient fera comme s'il n'existait pas, témoin d'une défense schizoïde au deuil. On verra alors une sensation étrange et paradoxale de continuité à son retour quand le patient déclarera éventuellement : « Comme je vous le disais à la dernière séance... ». Enfin, dans les cas extrêmes, une décompensation psychotique peut avoir lieu par un mécanisme de fusion défensive du soi idéalisé avec les représentations d'objets.

Les vacances seront ainsi annoncées longtemps à l'avance, dans un souci de fiabilité et de prévisibilité du praticien. Dans l'idéal, la séparation sera donc préparée en amont. Les angoisses persécutrices (indifférence du thérapeute, cupidité, envie de s'amuser au lieu d'aider les patients) qui peuvent apparaître devront être interprétées avant les angoisses dépressives (crainte d'endommager l'objet : « le thérapeute part parce que je lui ai fait du mal, je l'ai exténué »).

Enfin, gardons à l'esprit l'objectif du traitement qui est celle du soin et de la place de sujet qu'on peut rétablir chez ces patients. La fin de la thérapie sera

susceptible d'entraîner chez le praticien des sentiments de tonalité dépressive par rapport à un souci exagéré pour sa santé et sa sécurité « comment est-ce que je peux lui faire ça alors qu'il a besoin de moi ? », alors que son autonomie doit rester la préoccupation principale du thérapeute.

2. 3. 5. Les menaces directes au traitement

Menaces de suicide et comportements suicidaires

L'évaluation initiale du patient ayant comporté une évaluation de son risque suicidaire et d'une éventuelle dépression associée, on peut imaginer énoncer les conséquences qu'auront des menaces au cours du traitement, en explicitant les limites de sa responsabilité, de celle du sujet et de sa famille par exemple, en précisant l'engagement que demande le thérapeute de lui et que celui-ci accepte. Outre les cas de dépression avec un risque suicidaire élevé, les menaces doivent porter l'attention sur les problèmes transférentiels ayant tendance à remplacer les autres facteurs déclenchants au cours de la thérapie ce qui constitue donc un risque iatrogénique. Ainsi la menace pourra être une tentative de contrôler, dominer ou manipuler un soignant ou le thérapeute et devra en ce sens être neutralisée en cadrant la relation de façon à éviter tout bénéfice secondaire.

Lorsque les menaces de suicide chroniques font partie intégrante de la vie du patient, il est important de prendre conscience du risque suicidaire élevé et d'en faire part à la famille tout en délimitant de manière réaliste les capacités du traitement, ce pour contenir les efforts du patient à contrôler la thérapie en induisant des sentiments de culpabilité et de peur persécutrices. Le

thérapeute doit verbaliser à toutes les parties que les menaces de suicide n'exerceront pas un pouvoir démesuré sur l'équipe, n'entraîneront ni efforts inhabituels dans le soin, ni tentative héroïque. L'inverse aurait pour effet le renforcement du potentiel autodestructeur du patient en même temps que l'épuisement des soignants ; il s'agit là de garder à l'esprit d'être « suffisamment bon » en faisant « ce qui suffit ».

Passages à l'acte

Expression d'un conflit inconscient dans le transfert et non dans le vécu affectif, le passage à l'acte amène des informations importantes sur le patient : ainsi, il doit être exploré et idéalement résolu par l'interprétation. Son caractère gratifiant peut l'entraîner à se perpétuer auquel cas le cadre devra être rappelé.

Il en existe plusieurs sortes, la vie institutionnelle favorisant au mieux son repérage ; il peut se manifester en entretien individuel (refus de parler, retard, crise clastique, emportement, départ inopiné sans une quelconque verbalisation) ou entre ceux-ci (automutilations, provocations, implications dans des histoires d'amour « chaotiques »). Ils peuvent être très subtils, à peine perceptibles, témoins de schémas comportementaux clivés de longue date comme c'est le cas de déclarations tonitruantes laissant perplexe le thérapeute, continuant sur un changement de sujet comme si de rien n'était : « j'ai oublié de vous dire que je suis enceinte depuis quatre mois ! ». Enfin, il peut revêtir la forme de somatisations, shuntant la pensée par transformation symbolique dans le domaine physique. (37)

2. 4. Conclusion

Ce chapitre théorique peut se décomposer en deux parties.

Au niveau individuel, nous avons étudié l'institution soignante en tant que groupe social. En ce sens elle représente un lieu de déplacement par rapport à l'institution originaire qu'est la famille, composée non seulement des parents et de la fratrie du sujet mais aussi des images parentales qu'il a pu intérioriser. Ce groupe social évolue dans un lieu mais ne saurait être réduit à lui (les équipes de soins à domicile en sont un bon exemple) ; il peut être ainsi pensé comme un espace réel, symbolique et imaginaire, exerçant ses fonctions sur ces trois niveaux. Comme une famille « suffisamment bonne », il recevra l'informe, protégera le sujet, lui garantira une certaine stabilité par ses rites, une sécurité face à sa propre violence ainsi qu'un renfort narcissique. A l'inverse des liens pathologiques que le patient a pu éprouver auparavant, l'institution ne se laissera pas détruire par son rôle de mauvais objet, lorsque, écran de ses projections, elle sera le réceptacle de toute son agressivité ; elle lui procurera alors l'appui nécessaire pour se construire, mobilisant dans la dialectique du transfert et de son analyse les bases mêmes de sa personnalité, rompant avec la compulsion de répétition.

Cette lourde mais passionnante tâche ne peut surseoir à un deuxième niveau de lecture qui est celui de l'intersubjectivité. Partant du postulat que le soin prodigué au sujet dépend de la qualité des liens institués, ceux-ci doivent

être pensés, voire analysés. Bien que la psychanalyse apporte son concours à cette entreprise en tant qu'elle est une méthode d'investigation des processus psychiques, elle ne peut à elle seule organiser l'institution. La psychothérapie institutionnelle veille en ce sens à ce que son monde clos ne se déploie pas à l'infini dans une négation de la réalité externe, en opérant à l'aide de notions on ne peut plus modernes : les aliénations sociale et psychopathologique, les hiérarchies statutaire et subjectale, la réunion, la libre-circulation, les fonctions d'accueil, de contenance, de transitionnalité, etc. Enfin, la supervision rend accessible l'institution à sa fonction réflexive dans l'analyse fine des enjeux qui s'y développent. La théorie de la psychothérapie institutionnelle naissant avant tout de la pratique, l'exposé d'un cas clinique permettra d'en appréhender tout l'aspect pragmatique.

3. Cas clinique

Mme C. a vingt-huit ans lorsqu'elle se présente spontanément dans un service d'urgences pour « douleurs abdominales et hémorragie digestive ». L'exploration somatique s'avère rassurante ; toutefois, devant des éléments dépressifs et anxieux, une évaluation psychiatrique est effectuée et une indication d'hospitalisation est posée.

Admise en unité d'accueil et d'orientation, la patiente nous est présentée comme « très intéressante » du fait des récits qu'elle fait de son passé militaire notamment. Le diagnostic d'épisode dépressif secondaire à un syndrome de stress post-traumatique est envisagé ; nous la recevons dans ce contexte, en unité ouverte.

3. 1. Présentation du cas clinique

3. 1. 1. Examen somatique

Lors de l'examen somatique d'entrée, Mme C. nous fait part de ses antécédents médicaux.

Sur le plan neurologique, elle aurait été victime à l'âge de 17 ans d'un accident ischémique transitoire, suivi lors d'une opération extérieure en Afrique d'un accident vasculaire cérébral thrombolysé. Elle dit souffrir de crises convulsives depuis quelques années, dont une tonico-clonique généralisée en Juin 2015 avec EEG ayant objectivé, toujours selon la patiente, une activité pathologique au niveau de l'hémisphère gauche ; elle aurait par la suite été traitée par Lamotrigine avec trois récives depuis.

Au niveau cardio-vasculaire, elle rapporte des thromboses veineuses profondes et des embolies pulmonaires multiples pour lesquelles elle a bénéficié de traitements anti-coagulants (LOVENOX, PREVISCAN, COUMADINE, SINTROM, ELIQUIS et actuellement XARELTO). Un bilan de thrombophilie a été réalisé, revenu négatif. Elle décrit un arrêt cardio-respiratoire lors d'une opération militaire sans qu'une étiologie soit retrouvée.

Sur le plan digestif, elle dit présenter des épisodes de diarrhées depuis l'apparition de fistules vésico-intestinales dans l'enfance. En Septembre 2016, elle aurait souffert d'une colite à Clostridium Difficile ainsi que de plusieurs sepsis sévères (par staphylocoques aureus), d'une anémie par carence martiale, et d'une carence en vitamine B12 par malabsorption post

ilectomie. En Novembre 2016, des douleurs abdominales et un amaigrissement font émettre l'hypothèse d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin type Crohn ; le bilan étiologique se révélera négatif.

Enfin, elle présenterait un nodule thyroïdien, ainsi qu'un asthme.

Ses allergies sont les suivantes : Paracétamol, Acupan, Tramadol, Pénicilline et Produits de contraste iodés.

Sur le plan chirurgical, de nombreux éléments sont déclarés. Ainsi, en 2009, Mme C. dit avoir bénéficié d'une résection iléale suite à une plaie balistique. Un an après, une péritonite appendiculaire est traitée par, entre autres, appendicectomie. En 2011, une perforation digestive grêlique nécessite la résection d'un mètre d'iléon et une double iléostomie. Les mois qui suivent, des fistules entéro-cutanées et entéro-vésicales sont prises en charge chirurgicalement. En 2013 survient une perforation grêlique et 70 cm d'intestins sont réséqués.

Entre Décembre 2016 et Février 2017, nous retrouvons dans les comptes-rendus d'hospitalisation la pose d'une chambre implantable pour un motif inconnu.

Son ordonnance à son arrivée est la suivante :

Anticoagulant : RIVAROXABAN

Antiallergiques : DESLORATADINE, HYDROXYSINE

Psychotropes : LORMETAZEPAM, PAROXETINE, QUETIAPINE

Antispasmodique : PHLOROGLUCINOL

Dérivés morphiniques antalgiques : FENTANYL, EFFENTORA

Supplémentations : FER, complément nutritionnel, vitamine B12

Au niveau familial, on retrouve des cas de cancers de l'œsophage et du colon, une leucémie à 21 ans chez une cousine ainsi qu'une rupture d'anévrisme chez une tante.

Ses doléances lors de cet examen somatique se portent sur des douleurs abdominales chroniques sous morphiniques, des diarrhées associées à des rectorragies et des glaires (pour lesquelles les urgences retrouvaient une anémie normocytaire peu régénérative sans syndrome inflammatoire), ainsi que des carences en fer et en vitamine B12. Par la suite, Mme C. ne se rendra pas aux rendez-vous d'endoscopies prévus en bilans complémentaires. Par ailleurs, elle se plaint de douleurs articulaires avec réveils nocturnes et dérouillage matinal de 3 à 4h, d'épisodes de gonflement des mollets et des pieds et des lombalgies basses d'horaires mécaniques.

Pourtant, son état général est relativement bon, sans signe carentiel ni amyotrophie, dénotant avec les antécédents rapportés. Son poids est de 68 kgs pour 174cm et sa tension à 12/7 cmHg. L'examen cardiopulmonaire est sans particularité. Il n'existe pas d'argument pour une thrombose récente ni d'élément sémiologique post-thrombotique ou d'insuffisance veineuse. On note de multiples cicatrices thoraciques qu'elle attribue à des échecs de pose de Port-a-Cath. Au niveau digestif, il existe de multiples cicatrices abdominales. L'abdomen est sensible sans douleur élective à la palpation. On n'objective pas d'organomégalie. Les bruits hydro-aériques sont perçus. L'examen

neurologique est sans particularité. Les articulations sont sèches et les aires ganglionnaires libres.

Le bilan sanguin d'entrée comprenant NFS, plaquettes, ionogramme, glycémie à jeun, bilans rénal, hépatique, nutritionnel, thyroïdien, lipidique est sans particularité.

3. 2. 2. Examen psychiatrique

Lors de l'entretien psychiatrique d'entrée, on remarque que Mme C. possède un physique androgyne ; elle est grande et ossue avec une coupe de cheveux courte. Son allure générale est relativement soignée et ses tenues, comme son maquillage, peuvent être sobres comme plus extravagantes. Sa mimique et ses activités motrices sont sans particularité. Au niveau du contact, la première rencontre se fait en général aisément de manière syntone voire séductrice.

On notera une tachypsychie ainsi qu'une certaine volubilité, sans que le cours de son discours et de sa pensée soit franchement pathologique. Le contenu de son langage possède quelques incohérences biographiques relevées au fil des interlocuteurs, ainsi qu'un discours relativement évasif, centré sur des préoccupations somatiques ainsi que traumatiques faisant à juste titre évoquer un état de stress post-traumatique. Certains soignants confieront toutefois avoir perçu son caractère « accrocheur » sans qu'il y ait plus de matériel par la suite. Enfin, aucun élément délirant n'est relevé.

L'attention, la mémoire et la perception sont préservées.

Au niveau thymique, il n'existe pas de franche rupture avec l'état antérieur ; l'humeur est labile sans persévérer dans l'euphorie ou la tristesse. Du reste, elle ne verbalise pas d'idées suicidaires.

Sur un plan addictologique, il n'existe pas de consommation de tabac ni d'alcool. Elle a depuis une durée indéterminée une prescription de Fentanyl dont une éventuelle addiction est discutable.

Au niveau biographique, Mme C. dit être originaire des Hautes Alpes et avoir grandi dans une cellule familiale comprenant sa mère, son père et son frère aîné. Elle relate un climat relationnel traumatique empreint de violences de la part de sa mère et de son frère avec qui elle n'aurait que de très rares contacts depuis, sans protection paternelle ; elle aurait ainsi été placée à l'âge de 14 ans à l'issue d'un épisode de violences physiques maternelles entraînant une hospitalisation, avant de s'engager trois ans plus tard dans l'armée en tant qu'infirmière sur conseil de sa tante paternelle. Elle évoque alors plusieurs opérations extérieures sur les continents africain et asiatique au cours desquelles elle aurait perdu plusieurs collègues et amis, et été victime de blessures par balle avant d'être réformée en 2013. Lors d'entretiens ultérieurs, elle dira avoir démissionné suite au décès de sa tante lieutenant-colonel dans son régiment qui l'avait auparavant encouragée à s'engager.

Cette lourde liste d'antécédents associée aux récits rocambolesques de guerre qu'elle narre ont en effet de quoi fasciner son interlocuteur. Cependant, la fascination laissera rapidement place à d'autres sentiments lorsque, après une courte période qu'on peut qualifier de « lune de miel », l'assistante sociale

du service découvre que Mme C. fait l'objet d'une mesure de protection des biens de type curatelle renforcée, prononcée à l'issue d'une hospitalisation psychiatrique un an auparavant. Depuis cette date sont donc consignés les événements de santé, à savoir une cinquantaine d'hospitalisations dans quarante structures de soins différentes réparties sur toute la France (Brest, Nîmes, Arras, Nantes, etc.), engendrant des frais de santé à sa charge à hauteur de 25.000€. De plus, ces données sociales nous renseignent sur la falsification de son prénom, de sa date de naissance ainsi que de son adresse, établie en réalité sur Limoges.

3. 2. Analyse du cas

Sur le plan du diagnostic syndromique, nous nous trouvons donc face à une patiente souffrant d'un syndrome de Münchhausen, correspondant à sa description historique faite par Asher en 1951 (60) et composée des éléments suivants :

- Pérégrinations (déplacements incessants en de nombreux endroits) : lors de l'hospitalisation, Mme C. a continué son errance médicale en se présentant de nombreuses fois aux urgences de la ville et auprès de médecins généralistes libéraux sans que l'équipe n'en soit toujours informée. Lors de ses permissions, elle disait partir à Gap ou Chamonix mais restait évasive quant à ses activités là-bas.
- Fabulations : définies comme le fait de présenter un récit imaginaire comme réel, elles représentent un symptôme cardinal du syndrome pour la majorité des auteurs. Pour Asher, ces histoires faites de fantaisie et de fausseté sont dramatiques mais s'avèrent fausses, quoique plausibles car incluant quelques pointes de complète vérité. Chez Mme C., nous les retrouvons par la falsification partielle de son identité, adresse et mesure de curatelle avec toutefois conservation de son nom de famille ; de plus, quelques incohérences étaient présentes dans son discours et ce dans toutes les sphères de sa vie, comme de nombreuses fluctuations dans les dates. Son passé militaire et les multiples blessures en résultant, certains pans de ses antécédents médicaux et chirurgicaux ne sont pas avérés à ce jour ; à ce sujet, Spiro dans une revue de la littérature a même isolé plusieurs patients amenant ce type de récit de

guerre et mettant en avant de nombreuses blessures au combat (61). Nous apprendrons par hasard sa convocation à une audience au Mans pour des faits de violences sexuelles dans une gare dont elle aurait été victime quelques mois auparavant (où elle ne se présentera pas). Au total, les seuls éléments de réalité nous ayant été confirmés par sa tante paternelle jointe téléphoniquement ont été les difficultés relationnelles majeures avec ses parents et son placement à l'âge de 14 ans.

– Rapides sorties contre avis médical après querelle avec les soignants : en service, les relations interpersonnelles, tant avec l'équipe qu'avec les autres patients, se sont révélées houleuses tout au long de la prise en charge qui a d'ailleurs été émaillée de nombreuses menaces de sorties contre avis médical (qui ne se sont jamais produites). La plupart de ses passages aux urgences de notre ville pendant l'hospitalisation, qu'elle y ait été transférée ou s'y soit présentée d'elle-même, se sont soldés par ce type de sorties, voire par des fugues.

– Plaintes somatiques vives et poignantes (d'aspect plus revendicateur que véritablement anxieux comme l'on pourrait constater chez des patients hypocondriaques), mais pas complètement convaincantes portant tant sur de sévères douleurs abdominales que des pertes de sang cataclysmiques : son hospitalisation a d'une part débuté par une admission aux urgences dans un contexte d'affection somatique aiguë, puis a ensuite été marquée par de multiples plaintes d'ordre somatique. La majorité des internes de garde a ainsi été amenée à la rencontrer, répondant à ces demandes avec leur propre approche. Certains optaient ainsi pour un appel SAMU pour un transfert aux urgences (la plupart du temps au beau milieu de la nuit et se soldant par une

fuite. Pour l'anecdote, l'équipe des urgences l'a jugée « non piquable » et a souhaité réaliser un prélèvement sanguin en jugulaire), d'autres pour une réassurance orale (ne satisfaisant pas la patiente). La réaction des premiers était d'ailleurs bien légitime devant les plaintes de la patiente véritablement alarmantes et la longue liste d'antécédents. Notons aussi le nombre important de consultations spécialisées (gynécologie, gastrologie, endocrinologie etc.) prises par ces mêmes internes ou le médecin généraliste de notre service, auxquelles elle ne se rendra qu'occasionnellement.

- Nombreuses cicatrices souvent abdominales
- Manières évasives empreintes de truculence : le terme truculent est ici à prendre au sens de brutal et agressif. Mme C. tenait la plupart du temps un discours projectif et *pro domo*, testant en permanence le lien avec l'équipe. Black pour décrire ces patients dans les années 70, avait d'ailleurs utilisé l'acronyme S.H.A.F.T. pour Sad, Hostile, Anxious, Frustrated et Tenacious (triste, hostile, anxieux, frustré et tenace) (62)

Les compte-rendus psychiatriques récupérés peu après faisaient état d'une petite dizaine d'hospitalisations en service psychiatrique (et autant de sorties contre avis médical), également dispersées sur toute la France, d'une durée n'excédant pas quelques jours et ce depuis ses 17 ans. Ce diagnostic avait déjà été posé à ses 20 ans. Les quelques soins sous contrainte appliqués ont été rapidement levés ; aucun traitement, ni aucun suivi au long cours n'a ainsi pu se mettre en place.

C'est à cette nouvelle lecture que nous pouvons imaginer de longues années d'errances médicales, de conflits avec les équipes et de fugues après confrontation. L'enjeu de la prise en charge apparaissait alors clairement, s'agissant de traiter la répétition, d'enrayer le scénario « admission - confrontation - fuite » inlassablement rejoué sur la scène thérapeutique afin que Mme C. éprouve enfin une certaine stabilité.

Le diagnostic structural proposé est celui d'état-limite, rejoignant la vision de J. Bergeret et R. Roussillon lorsqu'ils parlent de pathologie du narcissisme. (18,19) Le traumatisme (son passé carencé) ante-oedipien n'aurait pas permis l'édification d'assises suffisamment solides pour étayer son narcissisme, alors constamment menacé d'anéantissement. Le spectre de la dépression, immuablement présent depuis à l'horizon de sa psyché, n'est toutefois jamais atteint par lutte active outillée de mécanismes de défenses puissants mais archaïques qui empêchent dans le même temps toute mentalisation. Ainsi lorsque survient un « état interne », celui-ci, faute d'avoir été nommé par une fonction réflexive parentale suffisante, demeure irreprésentable. On peut émettre l'hypothèse qu'il est alors attribué à un état corporel, comme si le noyau agglutiné originel soma-psyché n'était pas encore différencié.

Cette angoisse sans nom sera dans l'impossibilité de s'appuyer sur un objet interne faute de l'avoir un jour introjecté ; en effet, le clivage opéré a certes protégé son Moi de la diffusion de l'angoisse, mais a aussi maintenu séparé les représentations « bonnes » et « mauvaises » de l'objet, ne permettant pas leur réunification en un objet total qu'elle aurait pu internaliser. A présent, le recours aux processus primaires de pensée est ainsi devenue la

règle en facilitant la décharge tensionnelle par la solution courte, celle du passage à l'acte ; dans le cas du syndrome de Münchhausen, il peut être qualifié de somatique. Mme C. doit voir un médecin en urgence afin qu'il la qualifie de « cas exceptionnel » terme à la hauteur de la digue qui doit canaliser son hémorragie narcissique ; son regard lui servira de miroir dans lequel elle pourra peut-être se voir authentiquement et l'auscultation, puis les examens invasifs, feront office d'un holding précaire.

On peut faire l'hypothèse que le système de soins constitue pour elle l'objet d'étayage dont elle dépend de manière quasi-addictive (ces patients ont parfois été qualifiés de « hospital-addict »), objet effacé « constamment disponible donc jamais décevant, et dont les effets se reproduisent sans cesse à l'identique » comme cité en première partie (R. Roussillon), investi massivement avant d'être dévalorisé lorsqu'il devient inévitablement frustrant.

Ce cas clinique illustre l'impasse thérapeutique en relation duelle, du fait de ce fonctionnement limite et du caractère de surcroît insaisissable de la patiente ; d'autre part, le syndrome de Münchhausen possédant un aspect particulièrement iatrogénique car nécessitant deux parties pour produire cette relation sadomasochiste, la question de l'organisation institutionnelle s'est d'autant plus posée. Reprenons la prise en charge à partir des éléments théoriques de ce travail :

3. 3. Prise en charge institutionnelle de Mme C.

3. 3. 1. Le cadre thérapeutique

Fonction phorique

Il était un défi de taille d'accueillir la symptomatologie bruyante de Mme C. grimant une angoisse qui ne disait pas explicitement son nom. Nous faisons ici l'hypothèse que c'est l'échec de cette fonction lors des hospitalisations précédentes qui a participé à une telle déserrance psychopathologique, d'une dizaine d'années rappelons-le, et qui fait écho à la citation de Koechlin « le premier contact avec le malade est important : rater l'accueil peut faire rater le traitement ». Sans pensée du soin, sans analyse institutionnelle, on voit combien l'institution (qu'elle soit psychiatrique ou somatique) peut être au mieux inefficace, au pire nocive comme en témoignent ses nombreuses cicatrices et les notes de frais associées.

Son discours a ainsi pu être entendu, non pas de manière réaliste en écoutant les fabulations et en se laissant donc atteindre par elles, mais bien comme une fiction faisant solution à sa problématique psychopathologique. Concrètement, il fallait passer outre son discours inlassablement plaintif, revendicateur et pro domo (qui était paradoxalement introduit de la même manière à chaque entretien « Je n'ai pas l'habitude de me plaindre, mais... »), et s'attarder sur la clinique de la quotidienneté.

En sept mois par exemple, nous ne constatons pas une visite ni un appel à l'équipe pour prendre de ses nouvelles. Mme C. en donnait mais sans qu'on n'en connaisse ni le destinataire ni la teneur. Les relations qu'elle entretenait semblaient avoir une visée purement utilitaire, en convainquant avant l'hospitalisation un commerçant de lui donner des vêtements pour un entretien professionnel alors qu'elle disait souffrir d'un cancer, en se faisant acheter par les autres patients vêtements, bijoux, accessoires et autres items. Faits marquants, elle s'est par ailleurs faite embaucher par une ancienne patiente en tant que garde du corps personnel ; d'une autre elle utilisera la carte bancaire (nous retiendrons ces éléments comme la marque de l'identification projective plus que comme de véritables conduites psychopathiques). Enfin, elle eut une relation de couple avec un autre patient mais sans sembler l'investir outre mesure.

Ses relations ne pouvaient être considérées comme appartenant au plan affectif ; à ce moment-là, l'objet est nié dans sa nature, utilisé de manière purement fonctionnelle. Dénigré, il n'en est pas moins indispensable, permettant d'accueillir les aspects indifférenciés de sa personnalité ; c'est l'aménagement pervers de l'état-limite. Le cadre devait alors se montrer suffisamment strict quant aux débordements et solide face aux attaques (de Mme C. lorsqu'elle l'attaquait à de nombreuses reprises, mais aussi des soignants eux-mêmes). Solidité n'étant pas synonyme de rigidité, son but était d'épouser la forme de son psychisme telle une enveloppe qui « tient, contient et s'adapte sans rompre ». (37) Ainsi, ses nombreux passages aux urgences malgré l'hospitalisation et ses pérégrinations lors des permissions ont été

tolérés ; nous l'informions toutefois de l'arrêt de la prise en charge si le règlement intérieur se voyait transgressé.

Grâce à cette contenance, elle allait pouvoir livrer quelques bribes autobiographiques en confiant notamment une certaine lassitude de cette instabilité, ce qui constituait les prémices du travail thérapeutique.

Fonction sémaphorique

La question du transfert et du contre-transfert est primordiale dans le cas de Mme C., car participant à son errance.

Transfert

Ces prises en charge insuffisamment contenant pourraient en effet s'expliquer par le mode relationnel de Mme C. fait de revendications et d'externalisations perpétuelles, sur un registre agressif. La symptomatologie présente au départ qu'on peut qualifier de faux-self laissera ainsi la place à sa problématique psychopathologique. Les soignants deviennent tour à tour des mauvais objets ; sa sympathie de façade (entretenu par ses récits de guerre rocambolesques) laisse place à l'hostilité avec des confrontations empreintes de revendications et d'accusations. Ses réactions émotionnelles, au fil des entretiens, deviennent inadaptées avec une imprévisibilité, une hyperréactivité et parfois une forte tension interne précédant une menace de sortie contre avis médical. Quand le passage à l'acte n'est pas agi (querelles avec les soignants, fugue des urgences), il est passif, dans le négativisme (n'honore pas les rendez-vous prévus en somatique, ne sort pas de sa chambre pour les

entretiens psychiatriques).

Contre-transfert

Mme C. peut alors être perçue comme une malade « pas vraiment malade » sur le plan somatique, retorse car refusant nos bons soins psychiatriques, et même « antipathique ». L'autre est insuffisant, source d'un potentiel abandon puis persécutant. Objet partiel, écran de projection des parties agressives clivées de sa personnalité, il ne colmate pas l'hémorragie narcissique en cours mais l'entretient par un contre-transfert légitimement négatif. Le soignant peut éprouver en premier lieu un sentiment d'impuissance face à une demande constamment réitérée et jamais assouvie. Sa fonction même peut être questionnée, le mettant dans une position délicate. En deuxième lieu peut apparaître l'impression d'être instrumentalisé par sa partie perverse lorsque celle-ci nous demande impérativement d'être au service de ses exigences pulsionnelles. Il s'en défendra par différentes modalités que sont la fuite, l'attaque ou l'immobilisation, toutes potentiellement génératrices de nocivité. La fuite se lit en filigrane des prises en charge ultérieures, l'attaque est la réponse en miroir des incriminations et l'immobilisation consiste au gel du soin.

L'institution devait à ce moment-là faire tiers et s'ériger en pare-excitations, en prenant d'abord conscience de ce transfert et de ce contre-transfert d'intensité extrêmement élevée. Or, par définition, celle-ci ne pouvait s'effectuer que par une mise à distance au moins difficile sinon impossible de la

scène qui était en train de se rejouer dans la relation. Nous postulons que c'est par la fonction métaphorique que cette métabolisation a pu avoir lieu, enrayant ainsi le processus de fuite après confrontation qui aurait à de maintes reprises pu être délétère.

Fonction métaphorique

La solution institutionnelle était pertinente en cela qu'elle a permis de diffracter le transfert entre les différents membres de l'équipe, le réduisant dans le même temps. Ce qui est difficilement soutenable en relation duelle est devenu possible par le changement d'objet réceptacle de la projection massive de son agressivité : chaque membre de manière indifférenciée a ainsi pu éprouver son courroux, laissant si l'on peut dire du répit au « mauvais objet » précédent dans l'intervalle. L'on voit à cette occasion combien la question des hiérarchie statutaire et subjectale importe, ces mécanismes de défense outrepassant les statuts.

Tout l'intérêt de l'institution a été là d'être assez solide et clairvoyante dans ses liens pour ne pas se laisser trop atteindre par ces attaques, ce qui se traduit en général par un clivage intra-institutionnel où les membres de l'équipe sont séparés et s'opposent parfois violemment entre eux. Le but de cette entreprise était alors de regrouper en son sein les parties clivées en un objet total, source de nuance de la vie psychique.

L'espace créé par la réunion allait permettre, outre les échanges

d'informations et le partage de décisions, d'être un lieu d'échanges affectifs où chacun allait pouvoir, de manière libre, aborder l'expérience éprouvée à son contact et ainsi déposer cette souffrance à laquelle il avait été confronté de manière non élaborée. Le rôle du psychiatre référent consistait alors à replacer ces bribes de vécu, témoins directs de ses relations d'objet pathologiques rejouées sur la scène institutionnelle, dans le récit narratif de Mme C. pour lui redonner un sens telle la fonction alpha de Bion. Chaque soignant, nourri de l'exposition fréquente de la biographie et de la psychopathologie de la patiente, pouvait alors se délester de cette souffrance en même temps que la nommer ; il allait pouvoir modifier son attitude en fonction et participer ainsi au soin. Cette cohérence luttant contre le clivage s'est étendue à toute sa constellation transférentielle : des réunions étaient régulièrement organisées avec tous les membres gravitant autour d'elle, en intra comme en extra-institutionnel.

3. 3. 2. Processus analytique

On l'a vu, les règles régissant la cure-type ne font pas loi dans le monde de l'état-limite. Lors des entretiens individuels, Mme C. faisait tantôt un long plaidoyer pour son cas, tantôt un récit descriptif de son quotidien. Le plus souvent, il s'agissait de débusquer le préjudice qui lui avait été porté par tel patient, tel membre de l'équipe ou telle personne au-dehors. L'introspection et la critique devenaient assourdissantes par leur silence, signant l'absence de mentalisation confinée qu'elle était derrière son mur défensif.

Il s'agissait alors de revenir souvent au règlement pour circonscrire les débordements et surtout de retransmettre le travail institutionnel d'amont : les éprouvés contenus par le cadre prenaient progressivement profondeur en se liant entre eux et aux affects correspondant jusqu'à former la trame d'une histoire vivante et finalement le sentiment d'une continuité d'existence. (4) Le cadre, outre sa fonction contenant, a aussi pu faire office d'objet transitionnel ; après introjection de l'objet total suffisamment bon qu'a pu lui procurer l'institution, Mme C. a pu s'en détacher de manière sereine. Cette séparation-individuation s'est préparée bien en amont de sa sortie, par le travail inter-institutionnel de réunions en présence des acteurs de « l'après » : son curateur, les intervenants des appartements thérapeutiques, l'équipe de l'hôpital de jour, des services de soin à domicile, etc.

Il eut été intéressant de travailler l'abord corporel, s'agissant d'une problématique limite mais d'autant plus dans le Münchhausen et sa vision singulière du corps. Faguet par exemple établit un parallèle original avec les fantasmes décrits dans la nécrophilie à savoir le désir de pénétrer le corps de la mère ; le syndrome de Münchhausen en serait le souhait en miroir, celui de voir « son propre corps pénétré et exploré, d'être soi-même sans aide et sans vie par l'administration de médicaments ; la réunion avec la mère se ferait ici sur le mode d'identification passive et masochiste et la carence maternelle se situerait à un stade plus précoce que celui qui aboutit à la nécrophilie ». En effet, un enfant ayant été l'objet d'abus parental quelle qu'en soit la forme ne peut selon lui accéder à une place de sujet, de rival œdipien, et demeure alors

de manière passive-agressive dans une position d'attente de soins maternels.

(63) Pour Simmel au contraire, le patient rejoue la triangulation

œdipienne entre lui-même, son corps assimilé à la figure maternelle (apportant protection), et le corps médical, ersatz paternel. Pour Cramer et al, les deux ne sont pas antinomiques puisque le patient rejouerait avec le médecin ses relations avec ses parents à différentes stades du développement. (64)

3. 4. Évolution

L'évolution de son état clinique, à présent stable, atteste du succès de cette fonction soignante. Après une dizaine d'années qu'on imagine d'errances, Mme C. est tout d'abord restée hospitalisée plus de quelques jours (sept mois au total). Malgré un séjour mouvementé émaillé de nombreuses confrontations avec l'équipe, rebondissements par la révélation de nouveaux éléments biographiques, menaces de sortie contre avis médical, passages aux urgences et fugues de ces lieux, elle a pu se sentir assez contenue pour amorcer un travail psychique, en conservant le même psychiatre. Le recours aux plaintes somatiques a largement diminué mais demeure un marqueur criant de son état psychique par la réactivation des processus primaires de pensée. A présent, Mme C. est même capable de solliciter d'elle-même une hospitalisation lors de paroxysmes anxieux. Son ordonnance, d'une longueur autrefois impressionnante, s'est vue élaguée au fil du temps ; elle a d'ailleurs demandé d'elle-même l'arrêt du dernier psychotrope.

Ce faisant, elle a par la suite pu davantage investir le pôle objectal, celui

du monde professionnel, qu'elle imaginait aux dernières nouvelles dans le milieu pénitentiaire. Elle s'est installée dans des appartements thérapeutiques et peut de manière adaptée faire appel à son équipe. Pour l'anecdote, son bail a pu être signé sans aucun problème, ce qui était loin d'être le cas pour les autres patients de ces appartements, le directeur trouvant son cas « fort intéressant ». Cette fascination semble avoir envahi son nouveau curateur alors qu'il lui donnait son numéro de portable personnel, chose qu'il n'avait jamais faite auparavant.

Enfin, une main-levée de la mesure de curatelle a été prononcée, lui redonnant symboliquement une position de sujet dans ce long parcours. On peut hypothétiquement rattacher ce fait à l'atteinte d'une certaine position dépressive abordée dans la partie théorique de ce travail qui a eu lieu plusieurs mois après sa sortie lors d'une ré-hospitalisation, signant la perte d'objet que représentait son statut de malade.

3. 5. Réflexion sur la réussite de la prise en charge

3. 5. 1. Le cadre

On retrouve dans la prise en charge de cette patiente les invariants garants du prévisible de Winnicott qui ne sont autres que les principes de la psychothérapie institutionnelle (même s'ils n'étaient pas explicitement cités au quotidien). La question du transfert y a été centrale dans les indices qu'elle nous donnait de ses relations d'objets internalisées (à défaut d'obtenir un discours fiable) ; le clinicien devait rester vigilant sur la distinction entre rôle, statut et fonction, que le transfert ne faisait justement pas. Les modalités d'hospitalisation en libre circulation (en soins libres, en service ouvert), ainsi que la tolérance à certaines pérégrinations, ont permis la rencontre, l'imprévu et donc l'observation clinique ; le diagnostic puis le soin en ont été facilités.

3. 5. 2. Le processus

La fiabilité du cadre, par son caractère prévisible et contenant, s'est retrouvée en entretiens individuels. Leur fréquence, leur durée, leur lieu variaient seulement selon un ordre établi au préalable. Le changement de participants était annoncé bien en amont : son psychiatre référent menait chaque entretien et il lui était proposé, lors des périodes de moindre contenance comme les nuits, week-ends et vacances (où l'on constatait le plus grand nombre d'appels au médecin de garde), un objet transitionnel tel un

traitement anxiolytique, manipulable pour se substituer au corps.

Nous postulons que la durée de l'hospitalisation (sept mois) a joué un rôle crucial dans son amélioration clinique, par l'internalisation d'objets totaux. Elle fait écho aux recommandations d'Otto Kernberg qui préconise le long terme (plus de six mois) pour les patients « très peu motivés pour changer », possédant une « capacité minimale de coopérer raisonnablement avec le traitement », une « impulsivité généralisée et incontrôlable », une « introspection minime par rapport à une intelligence normale ».

3. 5. 3. Le méta-cadre

Le rôle du groupe soignant institué n'est pas anodin : tous ses membres avaient choisi de travailler dans ce service, avec ce médecin référent dont ils acceptaient la vision théorique et pratique. La place laissée au clivage était ainsi quasi-nulle. L'équipe a aussi probablement, grâce au pacte dénégatif, permis de parer à la pulsion de rejet ayant si longtemps empêché Mme C. de bénéficier de soins.

3. 6. Conclusion

L'errance du sujet présentant un syndrome de Münchhausen peut être interprétée comme une perpétuelle recherche de fonction contenante, telle une fonction réflexive parentale jamais éprouvée. Destiné à errer de ville en ville (les pérégrinations les plus longues recensées sont de 34 ans (65)), l'on voit combien un patient en telle déserrance psychopathologique nécessite ce portage institutionnel qui va effectuer cet important travail de reconnaissance puis de métabolisation de la souffrance. Ces fonctions ne peuvent être opérationnelles qu'à la condition d'une « meta-cognition » de l'institution, qui pense sa pratique et qui reste constamment attentive à la psychopathologie des liens institutionnels.

4. Discussion

Le choix de la psychothérapie institutionnelle en tant qu'organisateur des soins pour les sujets présentant une organisation limite de personnalité ne s'est pas fait de manière arbitraire ; il répond rappelons-le à une ambition pragmatique de soin pour ces patients nombreux et parfois très difficiles à prendre en charge. La psychothérapie institutionnelle possède d'une part le mérite d'exister, c'est-à-dire de se placer en référence ; ses concepts théoriques succédant à la pratique, ils permettent de guider le praticien au quotidien. D'autre part, cette préoccupation référentielle soulève la question d'autres modèles auxquels se rapporter et dont la réhabilitation psychosociale se place actuellement en chef de fil. Bien que peu nombreux, quelques travaux se sont souciés d'établir leur comparaison, soulignant leurs points de ralliement mais aussi leurs divergences (5,66-68). Traiter de cette question n'est pas l'objet de cette discussion, cependant nous pouvons relever les points forts et les limites de la psychothérapie institutionnelle pour le sujet qui nous intéresse.

4. 1. Limites de la psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des cas limites

Ce mouvement repose pour François Tosquelles sur deux jambes, étant influencé d'un côté par le marxisme pour la question de l'aliénation sociale, de l'autre par la psychanalyse pour celle de l'aliénation psychopathologique. Ce dernier point implique donc la critique de la psychothérapie institutionnelle via celle de la psychanalyse ; outre les controverses sur son caractère pseudo-scientifique ou sur la « légende freudienne », la psychanalyse reste de conception ésotérique, la rendant difficile d'approche. Son vocabulaire comme on l'a vu dans le premier chapitre demande des pré-requis seulement accessibles par un travail conséquent d'amont ce qui paradoxalement entrave la communication et donc les liens inter-praticiens que la psychothérapie institutionnelle promet pourtant. Cette tendance ne semble pas à l'amélioration étant donné l'hégémonie actuelle des thérapies comportementales et cognitives, l'avènement avec elles de ses connaissances et par conséquent le retrait progressif du mouvement psychanalytique. L'autre difficulté inhérente à sa pratique car en rapport avec le contre-transfert est celle de la supervision, demandant un certain engagement de la part du clinicien. Toutefois, elle peut aussi être considérée en tant qu'opportunité pour améliorer sa pratique.

La psychothérapie institutionnelle rencontre donc les mêmes complications à savoir la difficulté de rassembler les professionnels autour de ces notions abscones et sa perte de vitesse en résultant. A cela s'ajoute un

quiproquo historique et terminologique à propos de l'institution, synonyme d'établissement donc de renfermement dans beaucoup d'esprits.

Passé ces considérations, les modalités organisationnelles qu'elle propose semblent extrêmement difficiles à mettre en œuvre au quotidien ; ainsi le potentiel créateur des soignants se heurtera probablement au cahier des charges institutionnel et aux contraintes administratives. La marge de manœuvre qui leur est dévolue semble à présent bien loin de celle qu'ont connu les participants de la Clinique de La Borde, véritable utopie ayant d'ailleurs fermé pour des raisons de sécurité. Les fonctions d'accueil et d'observations cliniques, les temps de réunion pour ne citer qu'eux sont en effet actuellement soumis à des logiques administratives quantitatives et budgétaires qui n'appartiennent pas au plan du soin tel qu'on l'entend dans ce travail. Certaines notions chères à la psychothérapie institutionnelle comme la rencontre et l'imprévisible entrent alors en désaccord avec le caractère qu'on pourrait qualifier d'obsessionnel que prend le soin, par la mise en place de nombreux protocoles par exemple. D'autre part, la polyphonie du transfert qu'offre la libre circulation semble incompatible avec la création de services hyperspécialisés où un sujet état-limite ne pourra interagir qu'avec des patients présentant les mêmes modalités relationnelles que lui.

Comme le rappelle F. Tosquelles : « Nous constatons que certains voudraient pouvoir avancer la jambe freudienne sans jamais bouger l'autre... Ne manquons pas non plus ceux qui font le choix unijambiste inverse ». Cette citation fait référence aux dimensions dans lesquelles s'inscrit la psychothérapie institutionnelle, à savoir politique et épistémologique. N'avancer que la jambe politique relèverait de l'antipsychiatrie, dans le

négativisme de la psychopathologie. Ne bouger que la deuxième serait alors synonyme de normalisation au sens de « disciplinaire » (M. Foucault), suivant le sillon tracé par le contexte sociopolitique actuel.

Enfin, on ne peut parler des limites de ce modèle sans citer la psychiatrie de secteur à laquelle elle est intimement liée. Bien que réaffirmée dans la Loi Santé de 2016, la psychiatrie de secteur semble ne pas avoir été menée à son terme dans certaines de ses aspirations initiales comme l'accessibilité homogène aux soins psychiatriques sur le territoire français pour n'en citer qu'une ; l'ensemble des revendications sont disponibles dans le rapport Piel-Roelandt de 2001.(69)

4. 2. Intérêts de la psychothérapie institutionnelle dans la prise en charge des cas limites

« Institutionnaliser un sujet état-limite », dans le langage courant, revient à l'hospitaliser, en écho au malentendu évoqué précédemment, tandis que les recommandations font consensus sur l'intérêt de la psychothérapie ambulatoire. Ce travail a eu le mérite de revenir sur celui-ci pour réaffirmer, pour les cas le nécessitant, le renforcement de la contenance via le groupe, qu'il s'agisse d'hospitalisation complète, partielle en hôpital de jour, de soins à domicile, etc., ainsi que ses modalités. L'institution lorsqu'elle est en « bonne santé » apporte donc cette fonction cruciale de contenance, via la cohésion dans l'équipe des parties clivées puis projetées de la personnalité limite ; cette fonction semble parfois faire défaut lors de la multiplication des intervenants, quand ceux-ci ne communiquent pas forcément assez. Le clivage ainsi créé ne fait que renforcer celui du patient et est à notre sens, un écueil majeur de leur prise en charge.

Malgré les difficultés de compréhension rencontrées, il est tout à fait possible d'utiliser les concepts de la psychothérapie institutionnelle et de la psychanalyse en se faisant comprendre de ses collègues. De plus, une équipe se construit, apprend à faire collectif, ce qui passe par la formation et l'acquisition d'un bagage théorique commun. La psychanalyse offre alors une certaine compréhension nuancée des processus psychiques humains et des comportements associés ; en reconnaissant l'inconscient et le transfert, la palette de réponses apportées au sujet s'élargit donc.

Par le dépassement de la hiérarchies statutaire (considérant le professionnel en tant que sujet doté de capacités autre que ce que son statut requiert), la facilitation de la libre parole de chaque membre de l'équipe et l'analyse de leur contre-transfert, il se pourrait que ce modèle influe sur les facteurs de risques psychosociaux du syndrome d'épuisement professionnel auxquels les soignants sont confrontés. Faire appel à leur créativité augmenterait ainsi leur sentiment d'accomplissement personnel en agissant sur leur autonomie et leur marge de manœuvre. La libre parole lors des réunions et la prise en compte du contre-transfert comme véritable outil diagnostique et thérapeutique favoriseraient leur reconnaissance et les protégerait des exigences émotionnelles importantes auxquelles ils sont confrontés quotidiennement, notamment au contact des personnalités limites. L'analyse des relations dans le travail via la supervision aurait l'avantage d'aborder et éventuellement de régler les conflits ayant lieu au sein du collectif. En réaffirmant le soin dans sa dimension affective, la psychothérapie institutionnelle semble ainsi être une réponse au décalage entre les valeurs des soignants et ce qu'ils doivent accomplir au travail, creuset de ce syndrome. (70,71)

L'état psychique des professionnels de santé ayant des conséquences sur l'organisation et la qualité des soins, leur amélioration lutte par ricochet contre les violences institutionnelles. Idéalement, ce cercle vertueux améliorera la qualité des soins, qui améliorera le sentiment d'accomplissement au travail, qui retentira sur l'attention portée au patient, etc.

Conclusion

Pour appréhender la prise en charge institutionnelle des patients présentant un état limite, nous avons pris comme point de départ la définition du soin.

Outre les compétences techniques que requiert la fonction soignante, nous en soulignons la dimension relationnelle dont un des fondements est l'empathie. Alors que celle-ci s'exerce aisément pour des sujets exprimant explicitement une demande de soins ou dont la maladie a une expression symptomatique évidente (par exemple le trouble schizophrénique ou l'état dépressif), la tâche s'avère plus compliquée pour certains troubles de personnalité comme les états-limites.

L'exposé de la psychopathologie des états-limites permet dans un premier temps de comprendre leur mode de fonctionnement, ayant notamment des implications quant à la prise en charge thérapeutique abordée sous l'angle institutionnel. Instituer un groupe dans un cadre thérapeutique fait référence à un corpus théorique, qui dans notre travail est celui de la psychothérapie institutionnelle. Nous en rappelons les fondements.

L'exposé de la réussite de la prise en charge d'une patiente état-limite souffrant d'un syndrome de Münchhausen, malgré une dizaine d'années d'errance médicale, nous permet d'illustrer le propos de manière concrète. En effet, ce travail vise à conserver une approche pragmatique et non pas simplement théorique afin de ne pas perdre de vue son objet central : la relation institution-patient en tant que pratique thérapeutique.

Notre discussion souligne d'une part l'intérêt spécifique des approches psychodynamique et institutionnelle chez les patients présentant un trouble de la personnalité de type état-limite, tout en mettant en évidence, d'autre part les limites.

Il apparaît que la prise en charge institutionnelle de ces patients nécessite une réflexion

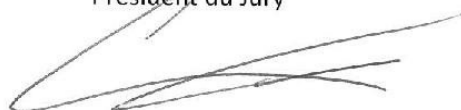
d'amont sur l'institution en caractérisant sa nature, le cadre permettant le processus analytique, puis son méta-cadre. Ce dernier doit être pensé afin ne pas la faire évoluer vers un huis clos institutionnel, risque possible de tout groupe humain. Pour la question plus spécifique des sujets présentant un trouble de la personnalité de type états-limites, cet étayage institutionnel permet de ne pas s'en tenir aux contre-attitudes majoritairement négatives à leur égard afin de prendre en compte la souffrance du sujet. Le rôle de l'institution est, dans ce cas, de faire tiers, pour témoigner de ce que met en jeu le patient d'un point de vue relationnel et aider celui-ci à prendre conscience de ce qui se joue dans des scénarios de vie répétitifs. Les mécanismes de clivage et d'identification projective, centraux dans la problématique limite, mettent souvent en lumière les éventuels manques de contenance institutionnelle. Les échecs de la fonction d'accueil, puis de la création de liens autour du patient peuvent alors s'avérer délétères tant pour le patient que pour sa constellation transférentielle.

L'inquiétude de Winnicott, il y a cinquante ans, quant au risque que la technicité du soin ne l'emporte sur la préoccupation du patient est toujours d'actualité. Ces deux notions sont cruciales dans le soin. Leur bonne articulation reste un enjeu majeur dans les années à venir, du fait des progrès techniques de la pratique soignante.

Clermont-Ferrand, le
Pr Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le
Pr Pierre-Michel LLORCA
Président du Jury



Résumé

Ce travail propose d'explorer la prise en charge des patients présentant une organisation limite de la personnalité au sein de l'institution psychiatrique, en exposant la psychopathologie de l'état-limite selon la conception psychanalytique d'Otto Kernberg, puis en l'articulant avec l'institution à proprement parler. Étant constituée par un groupe de personnes, celle-ci présuppose une certaine organisation des soins que nous abordons sous l'angle de la psychothérapie institutionnelle, ainsi que l'analyse des liens qu'elle déploie en son sein, que nous introduisons via les travaux de René Kaës sur le groupe. Un cas clinique est présenté pour illustrer notre propos avant de mener une discussion plus générale.

Bibliographie

1. . Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nature Reviews Disease Primers. 24 mai 2018;4:18029.
2.Lehmann J-P. Ce que « prendre soin » peut signifier. Le Coq-héron. 2005;180(1):50.
3.Botbol M, Balkan T. États limites en institution:: une psychothérapie par « l'environnement ». Psychothérapies. 2006;26(1):15.
4.Marty F. L'institution de soin : un espace psychique interne. Psychotropes. 2007;13(1):99.
5. HALIDAY H. Qui prend soin du reseau ? Essai d'actualisation du paradigme de la psychothérapie institutionnelle dans le systeme de sante mentale français.
6. Kernberg OF, Marcelli D. Les troubles limites de la personnalité. Paris: Dunod; 2012.
7.Marcelli D. Adolescence et psychopathologie. 2013.
8.Guelfi J-D, Cailhol L, Robin M, Lamas C. États limites et personnalité borderline. EMC - Psychiatrie. janv 2011;8(1):1-14.
9.Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. American Journal of Psychiatry. 1 mai 2009;166(5):530-9.
10. ...Estellon V. Les états limites. Paris: Presses universitaires de France; 2014.
11.Guelfi JD. Manuel de psychiatrie. 2017.
12. Goldstein WN. DSM- III and the Diagnosis of Borderline. American Journal of Psychotherapy. juill 1983;37(3):312-27.
13.American Psychiatric Association. DSM-5, manuel diagnostique et

statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine):

Elsevier Masson; 2015.

14.Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.

15.Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. BMC Psychiatry [Internet]. déc 2018 [cité 26 janv 2019];18(1).

Disponible sur:

<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1908-3>

16.ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f2006821354>

17.Gunderson JG. Building structure for the borderline construct. Acta Psychiatrica Scandinavica. avr 1994;89(s379):12-8.

18.Bergeret J. Psychologie pathologique: théorique et clinique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

19.Roussillon R, Brun A, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Georgieff N, et al. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. 2018.

20.Corcos M. La terreur d'exister fonctionnements limites à l'adolescence. Paris: Dunod; 2013.

21.Laugier F. Chapitre 36. Clinique et psychopathologie du groupe des états-limite. In: Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte [Internet]. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 27 janv 2019]. p. 641.

Disponible sur: <http://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107-page-641.htm>

22. Toutenu D, Settelen D. L' affaire Romand: le narcissisme criminel: approche psychologique. 2017.
23.Zagury D. La barbarie des hommes ordinaires. 2018.
24.Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote C. Les mécanismes de défense théorie et clinique. Paris: Armand Colin; 2012.
25. . Brown LJ. Staff Countertransference Reactions in the Hospital Treatment of Borderline Patients. *Psychiatry*. nov 1980;43(4):333-45.
26.Gunderson JG, Fruzzetti A, Unruh B, Choi-Kain L. Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. avr 2018;32(2):148-67.
27.Barone L. Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*. janv 2003;5(1):64-77.
28. . Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW. The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*. 11 juill 2003;23(3):412-59.
29. Leroux J, Terradas MM. Fonction réflexive parentale et trouble réactionnel de l'attachement?: perspectives théoriques. *La psychiatrie de l'enfant*. 2013;56(1):293.
30.Guelfi JD. Les personnalités pathologiques. 2013.
31.Kernberg OF. La personnalité narcissique. 2011.
32.Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. *Harvard Review of Psychiatry*. 2016;24(5):342-56.
33. . Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of

Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2017;74(4):319.

34. ...Morissette L, Parisien M. Contribution de l'hôpital au traitement du patient borderline. *Santé mentale au Québec*. 1997;22(1):30.

35.Fowler JC, Clapp JD, Madan A, Allen JG, Frueh BC, Fonagy P, et al. A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *Journal of Affective Disorders*. août 2018;235:323-31.

36. . .John M. Oldham, M.D., Chair, Glen O. Gabbard, M.D., Marcia K. Goin, M.D., Ph.D., John Gunderson, M.D., Paul Soloff, M.D., David Spiegel, M.D., et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality. 2010;

37.Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW. La Thérapie psychodynamique des personnalités limites. Paris: Presses universitaires de France; 1995.

38.Adler G. Hospital Treatment of Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*. janv 1973;130(1):32-6.

39. . .Chaigneau H, Nohra-Puel J, Solal J-F, Garrabé J. Soigner la folie: une vie au service de la clinique. Paris: Campagne Première; 2011.

40. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - institution latin institutio -onis [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/institution/61771>

41.Delion P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne: introduction à la psychothérapie institutionnelle. Paris: Dunod; 2011.

42.Kapsambelis V. Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique? Filigrane:

Écoutes psychothérapeutiques. 2015;24(1):13.

43. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 2007. 688 p. (Collection Tel).

44. ...Postel J, Quérel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris: Dunod; 2005.

45. .Oury J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. VST - Vie sociale et traitements. 2007;95(3):110.

46. . Buzaré A. La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie! Lecques: Éd. du Champ social; 2002.

47.Delion P. Psychothérapie et psychanalyse : Psychanalyse et institutions : une question complexe.

48. . Delion P, Coupechoux P. Mon combat pour une psychiatrie humaine. 2016.

49.Delion P. Fonction phorique, holding et institution. 2018.

50.Chaperot C, Pisani C, Goullieux E, Guedj P. Réflexions sur le cadre thérapeutique et l'institution : médiatisation et caractère partiel. L'Évolution Psychiatrique. oct 2003;68(4):499-508.

51.Botbol M. Les médiations entre groupe et institution. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2003;41(2):71.

52. . Mellier D. La fonction contenante, une revue de la littérature. Perspectives Psy. 2005;44(4):303-10.

53.Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5. ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2009. 523 p. (Bibliothèque de psychoanalyse).

54.Kaës R. Crise, rupture et dépassement: analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Paris: Dunod; 1979.

55.Kaës R. Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels. Paris: Dunod; 2015.

56.Kaës R. Les alliances inconscientes. Paris: Dunod; 2009. 248 p. (Psychismes).
57.Kaës R. Un singulier pluriel la psychanalyse à l'épreuve du groupe. 2013.
58.Kaës R. L'appareil psychique groupal. Paris: Dunod; 2010.
59.Bergeret J, Reid W. Narcissisme et états-limites. Paris: Dunod; 2013.
60.Asher R. MUNCHAUSEN'S SYNDROME. The Lancet. 10 févr 1951;257(6650):339-41.
61.Spiro HR. Chronic Factitious Illness: Munchausen's Syndrome. Archives of General Psychiatry. 1 mai 1968;18(5):569.
62. Kasdan ML, Soergel TM, Johnson AL, Lewis K, White WL. Expanded profile of the SHAFT syndrome. The Journal of Hand Surgery. janv 1998;23(1):26-31.
63.Faguet RA. Fantasy in Münchausen's syndrome. Ann Intern Med. déc 1980;93(6):935.
64. ..Cramer B, Gershberg MR, Stern M. Munchausen syndrome. Its relationship to malingering, hysteria, and the physician-patient relationship. Arch Gen Psychiatry. juin 1971;24(6):573-8.
65.Pallis CA, Bamji AN. McIlroy was here. Or was he? Br Med J. 14 avr 1979;1(6169):973-5.
66.Chevallier-Fougas S. Mise en perspective de deux conceptions du soin psychiatrique adulte : la psychothérapie institutionnelle et la réhabilitation psychosociale. 2009.
67.Cattin E. D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. 2017.
68. ..Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. L'information psychiatrique. 2008;84(10):907.

69.<http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2016/03/CCOMS-Loi-modernisation-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-Volet-sant%C3%A9-mentale-Synth%C3%A8se-Journ%C3%A9e-du-17-mars-2016.pdf>.
70.https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf.
71.https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout.

Serment d'Hippocrate

(Conseil national de l'ordre des médecins)

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Ce travail propose d'explorer la prise en charge des patients présentant une organisation limite de la personnalité au sein de l'institution psychiatrique, en exposant la psychopathologie de l'état-limite selon la conception psychanalytique d'Otto Kernberg, puis en l'articulant avec l'institution à proprement parler. Étant constituée par un groupe de personnes, celle-ci présuppose une certaine organisation des soins que nous abordons sous l'angle de la psychothérapie institutionnelle, ainsi que l'analyse des liens qu'elle déploie en son sein, que nous introduisons via les travaux de René Kaës sur le groupe. Un cas clinique est présenté pour illustrer notre propos avant de mener une discussion plus générale.

Mots-clés : États-limites, Psychothérapie institutionnelle, Syndrome de Münchhausen, Clivage, Identification projective