

## Psychothérapie institutionnelle, remédiation cognitive et organisation sectorielle : l'expérience du secteur G06 d'Abbeville

Adrien Altobelli<sup>1</sup>  
Vickie Frattini<sup>2</sup>  
Christophe Chaperot<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psychiatre, praticien hospitalier au secteur G06 d'Abbeville, CH d'Abbeville  
43, rue de l'Isle BP A2  
80142 Abbeville cedex, France

<sup>2</sup> Interne, secteur G06 d'Abbeville

<sup>3</sup> Psychiatre, psychanalyste, médecin chef du secteur G06 d'Abbeville

**Résumé.** La psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle sont nées il y a environ 60 ans. La psychiatrie de secteur, qui s'appuie sur la proximité et la continuité, est pratiquée au 6<sup>e</sup> secteur d'Abbeville par une présence et une disponibilité soignantes permanentes dans un dispositif centralisé, et par la stabilité des interlocuteurs proposés. Nous associons à ce dispositif une prise en charge par remédiation cognitive au niveau de groupes, pour permettre un travail des fonctions métacognitives, neurocognitives et de cognition sociale. Ces principes peuvent être pensés et pratiqués à l'aide des paradigmes de la psychothérapie institutionnelle et de l'abord psychanalytique des psychoses. Les principes du secteur, de la réhabilitation psychosociale et de la remédiation cognitive ne sont donc pas en contradiction les uns avec les autres mais peuvent au contraire s'articuler sans renier leurs paradigmes.

**Mots clés :** remédiation cognitive, sectorisation psychiatrique, psychothérapie institutionnelle, hôpital psychiatrique, organisation, transfert, psychanalyse

**Abstract. Institutional psychotherapy, cognitive remediation, and sectorial organization. The G06 Abbeville Experience.** Area psychiatry and institutional psychotherapy were born approximately 60 years ago. Area psychiatry, which relies on its proximity and continuity, is practiced at the 6th sector of Abbeville – Adult Psychiatric Unit – Abbeville Hospital Center by the presence and a permanent care facility in a centralized location, and by the stability of its staff of professional caregivers. We associate cognitive remediation, on a group level, at this psychiatric unit to allow metacognitive, neurocognitive and social cognitive functions to work. These principles can be conceived and practiced using the basic framework of institutional psychotherapy and a psychoanalytical approach to psychoses. The principles of the adult psychiatric unit, psychosocial rehabilitation and cognitive remediation are therefore not in contradiction with each other but can instead easily function, while remaining faithful, at the same time, to their own basic framework.

**Key words:** cognitive remediation, psychiatric sectorization, institutional psychotherapy, psychiatric hospital, organization, transfer, psychoanalysis

**Resumen. Psicoterapia institucional, remediación cognitiva y organización sectorial: la experiencia del sector G06 de Abbeville.** La psiquiatría de sector y la psicoterapia institucional han nacido hace unos 60 años. La psiquiatría de sector, que se apoya en la proximidad y la continuidad se practica en el sexto sector de Abbeville con una presencia y disponibilidad cuidadora permanente en un dispositivo centralizado y la estabilidad de los interlocutores propuestos.

Asociamos a este dispositivo una atención con remediación cognitiva a nivel de grupos para favorecer un trabajo de las funciones metacognitivas y de cognición social. Estos principios pueden pensarse y practicarse con ayuda de los paradigmas de la psicoterapia institucional y del abordaje psicoanalítico de las psicosis. Los principios del sector de la rehabilitación psicosocial y de la remediación cognitiva, por lo tanto, no se contradicen unos a otros sino que al contrario pueden articularse sin renegar ninguno de sus paradigmas.

**Palabras claves:** remediación cognitiva, sectorización psiquiátrica, psicoterapia institucional, hospital psiquiátrico, organización, transferencia, psicoanálisis

### Introduction et présentation

La psychiatrie de secteur fondée en mars 1960 par une circulaire (avec son statut juridique établi en 1985 !), repose sur des paradigmes vieux de 56 ans maintenant, si bien qu'il apparaît nécessaire et utile de les réenvisager, sans

les trahir, à l'aune des mutations culturelles et sociétales considérables survenues durant cette période.

Pierre Delion [1] souligne par ailleurs comment la psychiatrie de secteur et la psychothérapie institutionnelle se sont développées de concert, étroitement articulées l'une à l'autre, pour être finalement indissociables.

Il importe également de souligner que l'appellation « psychothérapie institutionnelle » est publiée en 1952 par Daumézon et son élève Koechlin dans une revue portugaise

**Correspondance :** A. Altobelli  
<adrien.altobelli@laposte.net>

[2], ce qui remonte à plus de 60 ans. Bien entendu une élaboration s'est structurée au fil du temps pour sembler cependant assez figée, pour ne pas dire « muséale », depuis la fin des années 70.

Nous décrivons succinctement et pour rappel les principaux axes orientant « psychiatrie de secteur » et « psychothérapie institutionnelle », ensuite nous décrivons le dispositif à l'œuvre et en évolution constante mis en place dans le service, puisque comme y insiste Bachelard avec ce qu'il nomme « démarche phénoménoteknique », les concepts les plus subtils et ingénieux n'ont strictement aucun intérêt s'ils ne comportent pas un minimum d'applicabilité (la démarche phénoménoteknique consiste en une rationalisation de l'expérience où une dialectique s'établit entre la raison théorique et l'expérience, vécue ou scientifique, telle que l'objet se construise dans cette dialectique plutôt que d'être simplement décrit) [3].

Nous décrivons enfin comment les techniques dites de « remédiation cognitive » sont applicables dans un service orienté par la psychothérapie institutionnelle et donc par la psychanalyse, en dépassement des oppositions habituelles finalement plus idéologiques qu'argumentées ou théorisées. Ces techniques ont fait la preuve de leur efficacité et peuvent s'articuler très harmonieusement à condition de certaines précautions.

## La psychiatrie de secteur et ses paradigmes

Les diverses et nombreuses circulaires concernant la « psychiatrie de secteur » comportent de multiples missions (prévention primaire et secondaire, hospitalisation, suivi ambulatoire, etc.) et modèles d'organisation (CMP, CATTP, etc.) mais finalement s'appuient sur deux mots clés : proximité et continuité.

La proximité équivaut à l'accessibilité et à la facilité de rencontrer des soignants « psychistes » (Tosquelles), et comprend d'évidence la notion d'espace et de transport. Or, la proximité n'est pas la même en 1960 et en 2016 du simple fait que les transports ont évolué. En zone rurale se conserve souvent l'habitude de multiplier CMP et CMS avec activités thérapeutiques et consultations, mais les effectifs limités obligent à n'ouvrir ces structures qu'une journée ou deux par semaine, si ce n'est une demi-journée. Il apparaît évident que ces ouvertures limitées peuvent permettre une stabilisation des patients pris en charge mais plus difficilement un authentique travail psychothérapeutique surtout avec les patients schizophrènes qui ont besoin d'un « milieu ambiantiel » favorable en continu, principalement lors des périodes difficiles et encore longtemps après leur sortie d'hospitalisation temps plein [4]. Sinon, à moins de bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour, les patients sont souvent désœuvrés, inactifs, et se « chronicisent » avec des modalités psychopathologiques « psycho-antalgiques » délétères, principalement la ritualisation routinière d'une existence fermée sur elle-même et bordurant l'autisme.

Comme nous le verrons nous avons fait le choix dans le service de privilégier les « visites à domiciles » et parallèlement de faire venir les patients sur le centre hospitalier où ils bénéficient d'une possibilité d'accueil sept jours sur sept si besoin. Nous sollicitons pour cela l'entraide entre patients (possibilité de bons de transport « véhicule individuel »), les moyens de transport en commun (également remboursables) ainsi que les « taxis ambulance » (ce qui représente un coût pour la Sécurité sociale, mais permet d'adapter l'organisation du soin au patient, comme du « sur-mesure », plutôt qu'adapter le patient aux limites du dispositif avec toutes les conséquences néfastes que cela implique). Du côté des soignants, nous nous imposons pour les patients les plus graves un accueil inconditionnel et permanent, avec des consultations médicales dans la journée pour les patients qui se présentent en salle d'attente. Ce fonctionnement permet d'augmenter le sentiment de sécurité interne des patients, et évite des passages aux urgences parfois inutiles et anxiogènes.

La continuité, second « mot-clé », s'articule à l'idée de « l'itinéraire pulsionnel » (Tosquelles), autrement dit au fait que le patient puisse être pris en charge quelle que soit la phase évolutive de sa maladie, du temps plein avec restriction des libertés à la réhabilitation psychosociale avec reprise d'un emploi par exemple. Il s'agit alors de proposer à nos patients une surface malléable où ils puissent expérimenter les possibilités et limites des pulsions, des résistances. Cela renvoie à l'organisation dite sectorielle, dont la mission est de réinsérer les malades mentaux dans la cité (circulaire du 15 mars 1960, dite de sectorisation psychiatrique), la notion de réhabilitation psychosociale comme la notion psychanalytique d'itinéraire pulsionnel situant le sujet comme acteur de son rétablissement, plutôt que comme objet de soins.

Mais aussi, ce qui est souvent malheureusement oublié, cela renvoie à la continuité de la relation thérapeutique donc du transfert. Nous avons fait le choix dans le service d'une organisation permettant qu'un patient puisse être suivi par le même médecin qu'il soit hospitalisé ou non, permettant également qu'une infirmière de l'intrahospitalier puisse accompagner un ou des patients sur l'extrahospitalier et inversement. L'organisation d'un planning spécifique avec doublages permet à ce dispositif d'être appliqué. Mais cette application est également rendue possible par une autre donnée : la DMS courte (durée moyenne de séjour de 12 jours) permettant un taux d'occupation à 75 % (pour 700 entrées par ans et une file active intrahospitalière d'environ 400). Le faible taux d'occupation permet cette « mutualisation intrasectorielle » et cette fluidité. La DMS courte est rendue possible par l'organisation facilitatrice de sorties « sécurisées », ce qui sera décrit. Enfin l'organisation du service permet de lutter contre un paradoxe de cette gémellité « psychiatrie de secteur » et « psychothérapie institutionnelle » : la psychothérapie institutionnelle se déploie sur des temps « longs » tandis que l'hospitalisation temps plein doit viser des temps « courts ». Il s'agit donc de favoriser la désinstitutionalisation des patients (au sens de Basaglia), que ceux-ci se réapproprient leur liberté et leur

indépendance vis-à-vis de la psychiatrie, tout en offrant un lieu d'accueil et de sociabilité sécurisant où des patients isolés puissent développer de nouvelles compétences relationnelles. Une libre circulation entre ces deux espaces différenciés mais non clivée est facilitée au secteur 80G06 par leur juxtaposition géographique, ce qui sera décrit plus loin.

## La psychothérapie institutionnelle et ses paradigmes

Tosquelles avait coutume de dire que la psychothérapie institutionnelle marchait sur deux jambes, l'une psychanalytique, l'autre marxiste.

La jambe psychanalytique concernant la schizophrénie est pour le moins complexe, chaque école d'analyse ayant formé sa propre conception théorique de la psychose schizophrénique pour ne proposer finalement que peu de modalités pratiques de leur traitement [5]. Tout commence avec Abraham en 1908 qui affirme l'impossibilité transférentielle des patients psychotiques du fait que leur libido, totalement repliée sur le moi, serait indisponible pour investir l'analyste, sans entrer dans le détail que l'on peut lire ailleurs [4, 5]. Jean Oury a décrit un phénomène clinique qu'il a nommé « transfert dissocié » [6]. Le patient schizophrène investit non pas un thérapeute unique mais de multiples intervenants, ainsi que des espaces ou objets (un radiateur bien chaud par exemple) pour établir de multiples relations transférentielles dissociées les unes des autres. La pratique des « réunions », qui ne sont pas simples « transmissions » comme dans un service de chirurgie par exemple (sans vouloir être trop caricatural, puisqu'il existe toujours une circulation fantasmatique), vise à ce que chacun exprime, pour chaque patient, des impressions, observations, affects, etc. C'est-à-dire que le groupe est réceptacle d'un transfert dissocié qu'il réassocie pour ensuite l'interpréter, cette interprétation étant volontiers infra verbale par simple modification de l'attitude groupale relativement au patient en question [7]. Cela implique la « transversalité », c'est-à-dire l'attribution d'une valeur à une parole non pas en fonction de qui la prononce mais en fonction de sa pertinence, d'où l'effacement au moins partiel de la dimension hiérarchique, comme de la différence soignant-soigné. [8].

D'autre part les modèles théoriques concernant la schizophrénie ont évolué et désormais il est clair que la thérapie vise le rétablissement de « symboles symbolisant », c'est-à-dire la construction de symboles à partir desquels un travail élaboratif pourra produire des liens structurants. Cela vient en contradiction avec le dogme analytique classique de l'analyse des patients névrosés comme déconstruction des couches symboliques grâce à l'association libre mue par le transfert jusqu'à dévoiler les fantasmes inconscients pathogènes (en étant extrêmement schématique). Il s'agit de la fameuse analogie freudienne entre psychanalyse et fouilles archéologiques. Avec des courants plus proches de nous et avec des auteurs presque contemporains tels que Pankow

(1914-1998), Benedetti (1920-2014) [9], et bien d'autres leur succédant, il est désormais établi que dans la schizophrénie l'inconscient n'a pas à être dévoilé puisqu'il est déjà « à ciel ouvert » et qu'à l'inverse des fouilles archéologiques le travail consiste à restaurer des vestiges en ruine. Les activités groupales permettent l'expression des failles, leur repérage, et l'action symbolisatrice par communication directe ou indirecte à l'intérieur de la « constellation transférentielle ». Cette constellation transférentielle consiste à rassembler les personnes objet d'un transfert pour qu'elles puissent échanger et ainsi réaliser un accordage affectif. Oury décrivait ainsi la construction de fonctions praticables, espaces où une élaboration pourra s'effectuer chez des sujets en difficultés avec le cadre analytique et l'élaboration symbolique en général.

Parallèlement, la jambe marxiste est cette jambe promulguant une « transversalité » dans les échanges, ce qui a déjà été rappelé, que ce soit entre soignants ou entre soignants et soignés, sachant que la référence à Marx est plus « historique » qu'actuelle et ne fait plus véritablement partie de la culture « générale » ni de « l'identité intellectuelle » en 2017. La référence à Marx, hormis dans des cercles restreints, est peu parlante (ou mal comprise) mais cependant peut s'aborder de manière asymptotique grâce à la logique « associative » au sens de l'esprit des associations 1901, ce qui sera décrit dans la suite. La référence à Marx peut également renvoyer à une attention à ce qu'il y a de social dans la psyché, et à ce qu'il y a de psychique dans l'inconscient et le social. Dans l'écoute du discours délirant, la préoccupation pour des questions moins individualistes est alors entendue dans les thématiques (la guerre, la politique, la mystique, l'injustice sociale) [10]. Sans idéaliser la vérité émanant du discours des malades mentaux, reconnaissons la valeur d'une sensibilité qui peut aiguïser l'attention des professionnels à des questionnements d'ordre supra-individuel. Ce niveau de questionnement entre en résonance avec les problèmes interindividuels dans le questionnement d'équipe, avec les répercussions des conflits sociaux (modifications des conditions de travail, injustices) permettant une reprise en réunion de ces questions avec un abord plus professionnel et moins clivé. Ainsi les réunions aborderont ce qui empêche le travail de s'effectuer en polluant les relations, équivalent de l'asepsie en chirurgie [11].

## Le secteur G06 d'Abbeville

### Architecture et principes

L'architecture d'un lieu de soin est fondamentale. On peut dire qu'elle dicte en partie la philosophie de la thérapie et que les soignants doivent s'y adapter. L'un d'entre nous a antérieurement mené une expérience au sein d'une autre institution consistant à accompagner en minibus les patients du temps plein vers un CATTP extérieur, en privilégiant les temps de partage inter équipes ainsi que l'entre aide. Nous nous étions donc adaptés à la structure de l'époque.

Notre secteur abbevillois actuel offre une configuration originale et pratique, mais nous y insistons, il est possible d'imaginer un fonctionnement à la logique comparable dans quelque configuration que ce soit.

L'étage du pavillon comprend les « lits » de l'hospitalisation temps plein (30 en tout) tandis que le rez-de-chaussée est composé de « salles d'activités » et des lieux principaux pour les consultations externes, mais aussi de la cafétéria tenue par des patients du club thérapeutique. Les patients hospitalisés sur le temps plein, dès que leur état clinique le permet, peuvent descendre au rez-de-chaussée et s'inscrire dans les activités du « club thérapeutique » (qui sera décrit un peu plus loin). Et, dès que leur santé le permet, ils sortent de l'hôpital et peuvent poursuivre leurs engagements au sein des activités diverses où sont mêlés patients hospitalisés et non hospitalisés. Ces activités ne sont pas prescrites, mais il est d'usage qu'un infirmier, médecin, psychologue, etc., accompagne un patient pour lui faire découvrir les possibilités, il s'agit d'une inscription « par affinité » et non par contrainte ou prescription. De fait les patients peuvent poursuivre leur thérapeutique en ambulatoire, le temps nécessaire, comme au sein d'un CATTP qu'ils auraient commencé à fréquenter durant leur hospitalisation [11]. Un CMP et un hôpital de jour intersectoriel ont des locaux en dehors de l'hôpital, et un deuxième club thérapeutique est apparu à l'hôpital de jour, conduisant à des échanges permettant comparaisons, identifications, émulation.

### *Gradient intra-extra hospitalier*

Les infirmières de l'intra-hospitalier mais aussi de l'extra-hospitalier organisent également des temps « à l'étage » permettant aux patients trop fragiles pour descendre de pouvoir néanmoins partager des temps, jouer aux cartes, fabriquer des bijoux, etc. Et il en va de même pour les patients eux-mêmes qui animent également des activités, notamment sur l'intra-hospitalier, souvent de manière autonome, mais aussi solidaire. Et les patients parlent de leurs expériences au sein de la « réunion du club » ce qui révèle la clinique « intersoignés », réunion « générale » soignants-soignés qui a lieu tous les lundis. En effet il est certainement sous-estimé l'influence que les patients peuvent avoir les uns envers les autres, influences quelquefois éminemment psychothérapeutique, ne serait-ce que par les confidences ou partages au sein des « zones jachères » (terme de Oury pour indiquer les zones où une place est laissée à l'imprévu, en repos vis-à-vis du regard soignant et de ses analyses). Il s'agit de fait d'une logique assez semblable à celle des « pairs aidant », dans laquelle des usagers ou anciens usagers de psychiatrie vont user de leur expérience pour aider de nouveaux-venus, un statut leur étant accordé à ce titre [12].

Les membres de l'équipe affectés à l'intra-hospitalier organisent symétriquement des activités sur le « rez-de-chaussée » mais aussi des séjours, des temps de partage extrahospitalier, des visites à domicile.

Ainsi la délimitation intra-extra hospitalière s'estompe au maximum pour fondre au moins partiellement les équipes l'une dans l'autre, en privilégiant la souplesse et la créativité.

Les « activités » par ailleurs, qui visent tout à la fois le dévoilement de certaines failles symboliques et leur « réparation » par l'effet interprétatif groupal (quelquefois infraverbal, par modification des attitudes) n'ont d'efficacité que si elles sont subjectivement investies par les soignants et soignés. Le « club thérapeutique » tend à rassembler toutes les activités. Il est structuré en association 1901 strictement autonome qui ne touche aucune subvention hospitalière. Il se doit donc d'être bénéficiaire. Son bureau entièrement réélu chaque année au cours de l'assemblée générale se compose de soignants et de soignés, sans « ratio » précisé dans les statuts. Le médecin chef est membre de l'association mais pas du bureau, qui est actuellement présidé par une psychologue, après avoir longtemps été présidé par des « soignés ».

Une cafétéria, principale source de revenus, est ouverte 7 jours sur 7 permettant un accueil de jour également le week-end, et est tenue par des patients, sans soignants. Cette cafétéria exerce également la « fonction vigilance » : si un soigné n'a pas été vu depuis un moment un autre soigné peut prendre de ses nouvelles ou prévenir un soignant, de même si un patient semble s'aggraver.

Des légumes cultivés au jardin (800 mètres carrés) sont vendus ou consommés lors de repas conviviaux. Il existe également un jardin intra-hospitalier, d'agrément, comportant des framboisiers et aromates, ainsi que des fleurs. Une friperie permet la vente de vêtements à bas coût qui passent par le pressing du service (pastilles de machine à laver disponibles au club) et éventuellement par l'atelier couture. Du sport est pratiqué de même, football en salle, course à pieds, *run and bike*, badminton, etc. Également un accueil repas (petit-déjeuner et goûter gratuits, repas complet à 4,15 euros), organisé au rez-de-chaussée, ouvert aux patients hospitalisés ou non, en sus donc du restaurant « de l'étage », soutient et accueille les patients par une sociabilisation et une structuration des journées. Un patient avec une problématique de dépendance à l'alcool pouvait décrire comment ce dispositif l'aidait en le forçant à être présentable, « se tenir propre » sous-entendant une diminution des alcoolisations. Nous essayons actuellement d'obtenir de la direction que les secrétaires puissent également y participer, dans la mesure où elles le souhaitent. Une activité « arts vivants » théâtre produit une pièce par ans, écrite et mise en scène aussi bien que jouée, dans une salle de spectacle extérieure à l'hôpital et ouverte à tout public. La liste n'est pas exhaustive, et il convient d'ajouter que ces activités sont évolutives, certaines s'interrompant tandis que d'autres naissent, au hasard des transferts et investissements des uns et des autres.

Il est important de préciser un aspect : si une part de la thérapie consiste en l'interprétation groupale symboligène, une autre résulte de la simple identification au groupe et de l'étayage par l'institution.

## La remédiation cognitive

La remédiation cognitive a fait ses preuves en tant que thérapeutique efficace et soulageante. De nombreux travaux le montrent sur la base d'évaluations scientifiques valides [13-21]. À la lecture de certains textes, dont un de Martin [22] nous avons constaté qu'il existait plus de ressemblances que de différences entre certaines modalités de la remédiation cognitive et la psychothérapie institutionnelle. Nous avons choisi de débiter avec la méthode MCT (*méta cognitive training*, entraînement métacognitif). Cette méthode de groupe « entraîne » (au sens « cognitif ») mais aussi permet des échanges, étonnements partagés, révélations, etc. Cela rejoint donc la « fonction praticable » et conserve la « transversalité » sans neutraliser la « lecture analytique ». Après formation de l'un d'entre nous à la remédiation cognitive (DU de Nicolas Franck à Lyon), un « groupe MCT » s'est constitué. Ce groupe est cependant particulier dans la mesure où il est « ouvert » (y vient qui veut), il n'est pas précédé de tests ni de projet ciblé de progression. Nous avons présenté ce travail à la « Journée de recherche en santé mentale » qui s'est tenue à Abbeville (janvier 2016) et nous avons été surpris que des collègues qui publient sur la question et qui ont donc une véritable expertise aient considéré notre manière de faire comme relevant de la remédiation cognitive, ce dont nous n'étions pas certains. Et, lors des échanges, il nous a été suggéré d'imaginer une modalité d'évaluation des effets de la méthode compatible avec l'esprit de la psychothérapie institutionnelle. L'un d'entre nous s'est formé aux socio-génogrammes dans cette optique, qui ne semblent pas permettre une évaluation valide. En effet, il est dommage que la psychothérapie institutionnelle ne puisse présenter des évaluations de son effet qui lui conférerait une légitimité « *evidence based medicine* » et ainsi lui permettrait de mieux diffuser ses principes. Nous poursuivons donc la recherche de moyens d'évaluation adaptés à notre fonctionnement de service. Cette évaluation constitue l'une de nos perspectives d'avenir.

Parallèlement à ce groupe, quelques prises en charges individuelles (Gaïa, CRT) sont indiquées suivant les besoins et les possibilités du service, avec la réalisation de bilans lorsque leur bénéfice s'en fait sentir, une neuropsychologue travaillant dans un autre service devant alors être sollicitée. Ces méthodes visent à la remédiation ciblée de fonction cognitive, et pas seulement une stimulation cognitive spécifique [23]. Elles visent à être restauratrices de fonctions altérées, stimulantes par le renforcement des fonctions préservées, ou compensatrices par la production de stratégies palliatives nouvelles.

Certains articles montrent le rapprochement possible entre remédiation cognitive et psychanalyse [24, 25]. On entend néanmoins fréquemment dans des milieux se réclamant « militants » une opposition entre les différentes méthodes, avec un ton d'inconciliable. Cette opposition rappelle l'opposition précédente entre psychanalyse et thérapies cognitivo-comportementales. Le « livre noir de la psychanalyse » et son contradicteur en sont des exemples

[26, 27]. Nous n'avons trouvé que peu d'articles opposant remédiation cognitive et psychanalyse, ou ceux-ci semblent peu étayer la polémique [28], mais il reste un fond d'opposition, sans doute par un certain amalgame. Au-delà des positions idéologiques qui expriment plus les territoires que les uns et les autres veulent tenir, nous pensons pouvoir néanmoins souligner quelques divergences entre ces approches. Là où dans la psychanalyse des psychoses, cheminer avec le patient, découvrir avec lui est l'essence du travail [9], la réhabilitation va orienter la remédiation cognitive dans une projection avec le patient vers des objectifs. Ces derniers seront volontiers normatifs : « tout le monde aspire à l'indépendance. Je suis fier de me faire à manger tout seul », comme répondait un patient à une psychiatre qui cherchait à interroger cette indépendance prônée par notre société. En demandant clairement au patient de se donner les moyens d'atteindre des objectifs fixés, le travail est limité à ceux-ci, ce qui est à la fois un avantage et un inconvénient. On peut y opposer la « descente aux enfers avec le patient » de Pankow [29]. Sans doute ces différentes attitudes constituent différents temps des psychothérapies des psychoses [30], correspondant à des aspirations successives du patient.

La réflexion ainsi effectuée au sein du service explique l'émergence d'activités « club » imprégnées de l'esprit de la remédiation cognitive, telle que l'activité « je veux tenir la cafet' », où, à l'aide du matériel de CRT, un entraînement groupal est proposé pour apprendre à rendre la monnaie à certains patients en difficulté. Cette activité réalise à la fois un travail cognitif, un entraînement répétitif, un travail de réhabilitation – une patiente considère la cafétéria comme un « espace transitionnel » de l'hospitalisation vers le milieu ordinaire – et s'insère dans le fonctionnement du club et de l'institution, mettant en jeu les investissements libidinaux, les agencements fantasmatiques, ce qui montre combien ces grilles de lectures sont superposables.

## Effets secondaires possibles du dispositif

Notre organisation générale comporte de potentiels effets secondaires dont celui qui nous préoccupe le plus : la parasocialité institutionnelle aliénante, c'est-à-dire la dépendance chronicisée au dispositif. Nous nous rapprochons du tissu associatif local et favorisons au mieux la réinsertion, mais il faut bien s'avouer que la schizophrénie reste une pathologie grave nécessitant la fréquentation d'institutions thérapeutiques sur des temps pouvant être longs. On observe que les patients « utilisent » l'institution, peuvent y passer une nuit, y venir de moins en moins ou de plus en plus, sur la base de leur besoin, l'institution devenant un « médium malléable ». Certains patients fréquentent un peu moins le club pour se tourner progressivement vers le GEM. Enfin nous participons à la mise en place d'un Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé) qui augmentera encore l'articulation avec le champ social « ordinaire ».

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

**Références**

1. Delion P. *Soigner la personne psychotique*. Paris : Dunod, 2005.
2. Daumézon G, Koechlin P. La psychothérapie institutionnelle française contemporaine. *Anais portuguesas de psiquiatria* 1952 ; 4 : 271-312.
3. Bachelard G. *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin, 1989, Coll. « Bibliothèque des textes philosophiques ».
4. Chaperot C. *Formes de transfert et schizophrénie*. Toulouse : Érès, 2014, Coll. « Des travaux et des jours ».
5. Chaperot C, Celacu V. *Psychanalyse et schizophrénie*. EMC PSY 37-291-A-10. 2010. Elsevier-Masson. Version révisée en 2015 à paraître.
6. Oury J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Lecque : Les éditions du champs social, 2001.
7. Chaperot C, Amnouh H, Delengaine C. Psychiatrie en institution : par-delà la classification nosographique, une clinique de la singularité en réunion. *L'Évolution Psychiatrique* 2014 ; 79 : 123-33.
8. Guattari F. *Psychanalyse et transversalité. Essai d'analyse institutionnelle*. Paris : Maspero, 1972.
9. Chaperot C. La psychothérapie des psychoses et des schizophrénies avec Gaetano Benedetti. *L'Évolution Psychiatrique* 2016 ; 81 : 239-43.
10. Deleuze G, Guattari F. *Capitalisme et schizophrénie 1 : L'anti-œdipe*. Paris : Minuit, 1972, Coll. « critique ».
11. Chaperot C, Celacu V. Psychothérapie institutionnelle à l'hôpital général : négativité et continuité. *L'information psychiatrique* 2008 ; 84 : 445-53.
12. Roucou S. Au-delà de la loi du 11 février 2005. Les « Pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *L'Information Psychiatrique* 2008 ; 84 : 913-21.
13. Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999 ; 25 : 291-307.
14. Wykes T, Reeder C, Corner J, Rice J, Everitt B. Are the effects of cognitive remediation Therapy (CRT) durables ? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003 ; 61 : 163-74.

15. Wykes T, Reeder C. *Cognitive remediation for schizophrenia : Theory and practice*. New York : Routeledge, 2005.
16. Koren D, Seidman L, Goldsmith M, Harvey P. Real-world cognitive and metacognitive-dysfunction in schizophrenia : a new approach for measuring (and remediating) more "right stuff". *Schizophr Bull* 2006 ; 32 : 310-26.
17. Wykes T, Reeder C, Landau S, et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia : randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2007 ; 190 : 421-7.
18. Aghotor J, Pfueller U, Moritz S, Weisbrod M, Roesch-Ely D. Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): Feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *J Behav Ther & Exp Psychiat* 2010 ; 41 : 207-11.
19. Moritz S, Kerstan A, Veckenstedt R, et al. Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy* 2011 ; 49 : 151-7.
20. Naughton M, Nulty A, Abidin Z, et al. Effects of group metacognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital : a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes* 2012 ; 5 : 302.
21. Franck N, Duboc C, Sundby C, et al. Specific Vs general cognitive remediation for executive functioning in schizophrenia : A multicenter randomized trial. *Schizophrenia research* 2013 ; 147 : 68-74.
22. Martin B, Franck N. Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique* 2013 ; 78 : 21-40.
23. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: a review. *Neuropsychol Rehabil* 2004 ; 14 : 385-401.
24. Douet B. La dimension thérapeutique d'une remédiation cognitive chez une enfant sourde profonde. *La psychiatrie de l'enfant* 2004 ; 47 : 555-87.
25. Condat A. L'intersubjectivité dans la remédiation cognitive. *Perspectives Psy* 2016 ; 55 : 77-87.
26. Meyer C. (dir.). *Le livre noir de la psychanalyse*. Paris : Les Arènes, 2005.
27. Miller JA. (dir.). *L'anti-livre noir de la psychanalyse*. Paris : Seuil, 2006.
28. Salomé F. *Qu'est-ce que les psychoses ? Clinique, modèles et prises en charge*. Paris : Dunod, 2012, Coll. « les Topos ».
29. Pankow G. *Structure familiale et psychose*. Paris : Flammarion, 2004, Coll. « Champs essais ».
30. Chaperot C, Couture J. Travail psychanalytique, transfert et manieiment du transfert dans la cure des personnes diagnostiquées « psychose » ou « schizophrénie ». *L'évolution psychiatrique* 2007 ; 72 : 25-42.



Collection *Progrès en Pédiatrie*

- Janvier 2017
- 16 x 24 cm / 192 pages
- ISBN : 978-2-7040-1419-4

## L'enfant adopté

**L'outil précieux pour tout professionnel qui accompagne des enfants adoptés et leurs familles**

Les **connaissances spécifiques nécessaires à la bonne approche de ces enfants** sont essentielles à leur santé.

Les questions sont multiples et se succèdent tout au long de l'enfance, formant un **très large spectre** auquel cet ouvrage s'attache à apporter des réponses :

- d'ordre purement **médical** ;
- d'un point de vue **psychologique et sociétal** ;
- sur l'**aspect administratif**.

● **Coordinateur**  
**Jean-Vital de Monléon**

- Pédiatre, anthropologue, consultation d'adoption outremer, C.H.U. Dijon,
- Membre du Conseil national de protection de l'enfance,
- Ancien membre du Conseil supérieur de l'adoption
- Auteur de nombreux articles et ouvrages consacrés à ce thème, il est également fondateur en 2015, du Diplôme Universitaire *L'enfant adopté* (Université de Bourgogne) et créateur et animateur du blog : *Le blog de l'adoption*.




**EN SAVOIR +**



Tous les ouvrages de la collection sont disponibles sur [www.jle.com](http://www.jle.com)