

## Le vécu des soignants dans le rétablissement des personnes avec schizophrénie

**Auteur :** Bergeon, Julie

**Promoteur(s) :** Naziri, Despina

**Faculté :** Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

**Année académique :** 2017-2018

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/5802>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---



**UNIVERSITE DE LIEGE**

**FACULTE DE PSYCHOLOGIE, LOGOPEDIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION**

**MASTER 2 DE SCIENCES PSYCHOLOGIQUES**

**PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE L'ADULTE**

---

**LE VECU DES SOIGNANTS  
DANS LE RETABLISSEMENT DES PERSONNES  
AVEC SCHIZOPHRENIE**

**PAR JULIE BERGEON**

**N° ETUDIANT : 20 165 774**

**EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE MASTER EN SCIENCES  
PSYCHOLOGIQUES**

**SOUS LA DIRECTION DE DESPINA NAZIRI**

**LECTEURS : MR J. ENGLEBERT & MME M-P CHAUMONT**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018**

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier Madame Naziri pour ses qualités de promotrice, et Madame Bourlet, pour son écoute et ses conseils avisés qui m'ont permis de me sentir accompagnée, guidée et soutenue tout au long de cette recherche.*

*J'adresse mes remerciements à Monsieur Englebert, lecteur interne à l'Université, pour avoir aimablement accepté de lire ce mémoire ainsi qu'à Madame Chaumont, lectrice externe à l'Université pour avoir consacré du temps à cette lecture.*

*Je remercie chaleureusement la directrice du foyer de vie Camille Claudel qui m'a donné la permission de mener ma recherche au sein de son établissement et de m'entretenir avec ses collègues.*

*J'adresse toute ma reconnaissance aux soignants qui ont accepté volontiers de se prêter à cette étude et sans qui, cette recherche n'aurait pu aboutir. Les rencontres cliniques ont représenté pour moi une expérience enrichissante.*

*Plus largement, mes remerciements et ma gratitude vont vers les professionnels que j'ai pu rencontrer durant mes stages et qui ont marqué le début de ma pratique clinique. Ainsi que les professeurs de l'Université qui ont permis d'enrichir mes connaissances.*

*J'adresse toute ma reconnaissance à l'Université de Liège, sans qui, je n'aurais pu terminer mon parcours universitaire initié en France.*

*Enfin, je remercie mes parents, mes sœurs, ma famille et mes amis qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours universitaire et durant l'élaboration de ce travail.*

*« Travailler avec la psychose signifie notamment réparer des parties endommagées de soi-même », Toliou (2011).*

## TABLE DES MATIERES

1	Introduction .....	5
1.1	Motivations .....	5
1.1.1	Personnelles.....	5
1.1.2	Scientifiques .....	6
1.2	Problématique.....	6
2	Partie théorique .....	8
2.1	Le rétablissement dans la schizophrénie .....	9
2.1.1	La schizophrénie .....	9
2.1.1.1	Les psychoses.....	9
2.1.1.2	La schizophrénie, une psychose particulière.....	11
2.1.1.2.1	Historique .....	11
2.1.1.2.2	Epidémiologie et entrée dans la schizophrénie.....	11
2.1.1.2.3	Syndromes .....	12
2.1.1.2.4	Les formes cliniques de schizophrénies .....	16
2.1.1.2.5	Au niveau psychodynamique.....	16
2.1.2	Le rétablissement.....	17
2.1.2.1	Introduction.....	17
2.1.2.2	Définition .....	18
2.1.2.3	Le rétablissement en tant que résultat vs le rétablissement en tant que processus 19	
2.1.2.3.1	Le rétablissement en tant que résultat.....	20
2.1.2.3.2	Le rétablissement en tant que processus.....	21
2.1.2.4	Les mécanismes psychologiques du rétablissement identitaire .....	24
2.1.3	Le rétablissement dans la schizophrénie .....	25
2.2	Le vécu des soignants .....	25
2.2.1	La rencontre avec le patient psychotique .....	26
2.2.1.1	L’alliance thérapeutique.....	27
2.2.1.2	Le transfert .....	28
2.2.1.3	Le contre-transfert.....	29
2.2.1.4	Les mécanismes de défense utilisés par les soignants .....	30
2.2.1.5	L’empathie .....	30
2.2.1.6	L’identification narcissique.....	31
2.2.2	Le travail en institution .....	32
2.2.2.1	La psychiatrie, ne rend-t-elle pas ses usagers « fous à plein temps » ? .....	33
2.2.2.2	L’équipe pluridisciplinaire.....	34
2.2.2.3	Une temporalité particulière.....	35
2.3	Le vécu des soignants dans le rétablissement des personnes schizophrènes.....	35
2.4	Questions de recherche .....	36
3	Méthodologie .....	37
3.1	Population.....	37
3.2	Outils méthodologiques & traitement des données .....	38
3.2.1	Les entretiens semi-directifs.....	38

3.2.1.1	Le récit de vie.....	38
3.2.1.2	Les thématiques abordées .....	39
3.3	Précautions méthodologiques .....	40
4	Résultats et analyses.....	40
4.1	Analyses des données et traitement des hypothèses.....	40
4.1.1	Analyse de l'entretien d'Amélie.....	40
4.1.1.1.1	Question 1.....	40
4.1.1.1.2	Question 2.....	42
4.1.1.1.3	Question 3.....	46
4.1.2	Analyse de l'entretien de Charlotte.....	49
4.1.2.1.1	Question 1.....	49
4.1.2.1.2	Question 2.....	51
4.1.2.1.3	Question 3.....	56
4.1.3	Analyse de l'entretien de Patrick.....	59
4.1.3.1.1	Question 1.....	59
4.1.3.1.2	Question 2.....	63
4.1.3.1.3	Question 3.....	67
4.1.4	Analyse de l'entretien de Pietro.....	69
4.1.4.1.1	Question 1.....	69
4.1.4.1.2	Question 2.....	71
4.1.4.1.3	Question 3.....	75
4.1.5	Analyse de l'entretien de Thomas.....	78
4.1.5.1.1	Question 1.....	78
4.1.5.1.2	Question 2.....	80
4.1.5.1.3	Question 3.....	82
4.2	Synthèses et conclusions pour les hypothèses.....	85
4.2.1	Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ? .....	85
4.2.2	Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?	
	88	
4.2.2.1	Environnement & famille.....	88
4.2.2.2	Réparer ce qui a été abimé ? .....	89
4.2.2.3	Une sensibilité à la relation humaine .....	91
4.2.3	Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?.....	92
5	Conclusion.....	94
5.1	Synthèse globale des résultats et des hypothèses .....	94
5.2	Critique sur la démarche et le travail.....	96
5.3	Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques .....	97
6	Bibliographie.....	98
6.1	Témoignages de personnes rétablies .....	103
	Résumé.....	104

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Motivations

### 1.1.1 Personnelles

La psychose, et plus particulièrement la schizophrénie, est une pathologie que je trouve fascinante. En effet, c'est une maladie particulière, qui, d'un point de vue transférentiel, nous ramène à un niveau archaïque. Je partage entièrement les propos de Toliou (2011) qui dit que « *travailler avec la psychose signifie notamment réparer des parties endommagées de soi-même* ».

J'ai effectué un stage de bénévolat d'une semaine au sein d'un foyer de vie qui prend en charge les personnes schizophrènes en rétablissement. Il s'agit d'un lieu transitoire pour ces personnes, à mi-chemin entre l'hôpital psychiatrique et le « retour à la vie normale ». Ce mode de prise en charge était alors inconnu pour moi, et, ce regard changeant sur la schizophrénie, le fait que les personnes ne puissent pas en guérir mais se rétablir, a complètement changé ma vision sur cette pathologie. C'est pour cette raison que je souhaite réaliser mon travail de recherche sur cette thématique.

De plus, j'ai pu rencontrer les personnes accueillies, que l'on préférera appeler résidents plutôt que patients, qui sont toutes psychotiques et presque exclusivement schizophrènes. J'avais quelques appréhensions à découvrir cette population, qui effraie tant par son nom que par ses critères DSM. Certes, ces personnes présentaient des traits caractéristiques de la schizophrénie, j'ai, par exemple, été frappée par leur grande tolérance à la solitude. Mais la plupart étaient conscients de leur pathologie (l'anosognosie était relativement peu présente chez certains), capables d'en parler, d'expliquer leur ressenti de manière très pertinente et lucide. Un résident est venu me parler de ses hallucinations auditives spontanément, et du calvaire qu'il avait vécu avec celles-ci. Il arrive maintenant à bien les gérer grâce à ses médicaments et aux stratégies qu'il a mis en place. J'ai pu voir des personnes qui s'entraidaient, un projet de vie élaboré ayant pour objectif une autonomie totale, un sens commun en apprentissage, des groupes de parole, ...

C'est en découvrant cette pathologie et la manière d'accompagner la schizophrénie que j'ai eu envie de travailler sur cette thématique. Baser cette recherche d'un point de vue contre-

transférentiel, c'est-à-dire en analysant le vécu des soignants qui accompagnent les personnes schizophrènes m'a paru intéressant. Plusieurs questions me sont alors venues à l'esprit : « *Quelles sont les motivations des soignants à travailler avec cette population ? Qu'est-ce qui pousse les soignants à faire ce métier ? Qu'est-ce qu'ils viennent chercher dans la relation aux résidents ? Qu'est-ce qu'ils donnent et pourquoi ?* »

Toutes ces questions convergent vers la capacité que le soignant a de réfléchir sur lui-même : l'introspection. Probablement que cette thématique suscite en moi une certaine curiosité puisque le soignant doit sans cesse se remettre en question.

### *1.1.2 Scientifiques*

Nous pensons que le processus de rétablissement dans le vécu des soignants est novateur et que la dynamique qu'il apporte peut être intéressante au niveau de la recherche en psycho(patho)logie. En effet, de nombreuses études se penchent sur le rétablissement dans la schizophrénie mais peu s'intéressent à l'impact que ce processus peut engendrer chez les soignants.

Nous pouvons en effet penser que l'évolution des personnes schizophrènes, au moyen du rétablissement – qui peut aller jusqu'à l'autonomie partielle ou totale des résidents – peut avoir un impact bénéfique chez le soignant, puisque celui-ci est en partie responsable des améliorations observées chez les résidents.

## **1.2 Problématique**

La psychiatrie fascine certains autant qu'elle en effraie d'autres. Toutes les pathologies s'y retrouvent et s'y mêlent. Parmi celles-ci, figure la schizophrénie, pathologie à laquelle nous allons nous intéresser tout au long de ce travail.

Bergeret (2013) écrit : «  *parmi les structures psychotiques, la structure schizophrénique se situe dans la position la plus régressive tout autant du point de vue de l'évolution libidinale que du point de vue du développement du Moi* ». La schizophrénie fait donc partie des psychoses et elle correspond à la structure de personnalité la plus archaïque. Il ajoute «  *le concept psychodynamique lié au problème schizophrénique se base sur l'étude, à la fois, des phénomènes pathologiques, de l'influence de la constellation familiale, et des facteurs socioculturels* ».

Delieutraz (2012) insiste sur la dimension fataliste sous-jacente au diagnostic de schizophrénie. Elle cite Ey (1955) « *il faut être le dernier à faire le diagnostic de schizophrénie, tant l'étiquette est indélébile et conditionne l'attitude des soignants* ». Ainsi, lorsque le diagnostic de schizophrénie est posé, le sort de la personne est scellé et cette étiquette le poursuivra toute sa vie sans évolution possible.

Mais si nous pensions la schizophrénie autrement ? Et si nous imaginions une évolution plus favorable de cette pathologie ? Ces destins possibles de la schizophrénie avaient déjà été décrits par Bleuler et repris par Henri Ey en 1955 : « *Mais, ce que l'on connaît peut-être le moins, c'est ce lent mouvement progressif d'amélioration que l'on observe beaucoup plus souvent chez les schizophrènes. L'évolution est parfois (et, je crois bien, plus fréquemment qu'on ne le dit) plus favorable et l'on assiste à une régression des symptômes de la maladie* ».

Cette idée n'a cessé de se développer et a fait émerger le concept de rétablissement. Il existe encore aujourd'hui beaucoup d'avis divergents sur ce concept mais si on reprend la définition de Bill Anthony (1993), un des pionniers dans le domaine du rétablissement, nous pouvons dire que : « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale* ».

Il se trouve que cette approche a fait ses preuves et qu'elle se développe en Europe. Plusieurs établissements utilisent ce mode de prise en charge pour permettre aux personnes psychiatriquées de retrouver une vie la plus « normale » possible.

Nous pouvons dès lors nous poser la question du ressenti du soignant face à de telles pathologies : Comment celui-ci gère-t-il ses émotions ? Quels comportements adopte-t-il face à la schizophrénie ? Quel est le vécu du soignant vis-à-vis des pathologies psychiatriques ? Quelles défenses met-il en place pour se protéger ? Quel est réellement son quotidien auprès des personnes « psychiatriquées » ? Quel impact a le rétablissement dans sa vie professionnelle et personnelle du soignant ?

**Notre recherche va donc consister à analyser le vécu des soignants qui prennent en charge des personnes schizophrènes stabilisées en processus de rétablissement.**



## 2 PARTIE THEORIQUE

Dans un premier temps, nous allons aborder le rétablissement de la schizophrénie. Pour cela, nous nous intéresserons à la psychose, puis, plus spécifiquement à la schizophrénie. Ensuite, nous aborderons le concept de rétablissement et ses avancées actuelles dans le milieu de la psychiatrie. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux soignants et à leur vécu. Il nous convient de rappeler que ce travail est d'orientation psychodynamique ; les références utilisées iront donc dans ce sens.

Il nous paraît important, avant d'aborder ces considérations théoriques, de définir le contexte socioculturel actuel de la stigmatisation de la psychiatrie, sans quoi, les concepts théoriques n'auraient que peu de sens. Le stigmaté est un terme qu'il nous semble fondamental d'aborder afin de comprendre ce que l'entrée dans la maladie mentale présuppose. Nous pouvons citer Dutoit (2006), qui dit que « *la dernière campagne de l'OMS (2001-2005) montre que les préjugés sur la maladie mentale et le stigmaté qui en découle sont toujours aussi prégnants dans nos sociétés* ». Goffman (1975) définit le stigmaté comme « *une entité qui consiste à réduire la personne à une seule composante de sa personnalité en désignant un attribut qui jette un discrédit profond sur la personne, et qui heurte les attentes normatives, les routines, qui sont mises en œuvre dans les rencontres sociales* ». Pour Dutoit (2006), l'identité sociale des personnes est atteinte car le stigmaté est une marque sociale négative, qui aboutit à compromettre leur statut social. Le diagnostic posé par le médecin, à partir d'un certain nombre d'observations et d'événements, en référence à un savoir, permet de mettre en place une prise en charge adaptée ; mais socialement, un autre processus se met en place, celui d'un étiquetage. Pour Merton (1965) & Becker (1985), l'étiquetage est ici considéré comme une pratique qui constitue le malade comme patient, objet du soin, mais aussi comme une fonction sociale, qui se décrit dans un processus d'assignation à une place sociale, elle-même corrélée avec le stigmaté, marquage social négatif, qui est un construit historique d'une représentation du fou, de l'étrangeté et de la différence dans les sociétés. Pour Dutoit (2006), le groupe auquel la personne est renvoyée devient un ghetto, parce que paradoxalement il est celui où l'on peut être accepté comme différent, y construire des solidarités, voire des stratégies de résistances, et en même temps, celui qui marque son exclusion sociale, dont il faut se démarquer pour garder une estime de soi suffisante pour se construire des relations sociales. Ces quelques considérations nous permettent de prendre conscience de ce que la psychiatrie signifie pour la personne en termes d'encrage dans sa personnalité.

## 2.1 Le rétablissement dans la schizophrénie

### 2.1.1 La schizophrénie

#### 2.1.1.1 Les psychoses

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, la schizophrénie est une psychose. Il nous semble important de rappeler les caractéristiques de ce fonctionnement psychique, afin de mieux comprendre dans quelle entité diagnostique la schizophrénie se situe.

D'après Laplanche et Pontalis (2007) la psychiatrie a cherché à définir différentes structures au sein des psychoses : la paranoïa (caractérisée par les affections délirantes) et la schizophrénie d'une part ; et d'autre part la mélancolie et la manie.

Les fixations du psychotique sont massivement prégénitales. Il s'agit d'une perturbation primaire de la relation libidinale. Les investissements des objets sont caractérisés dans la psychose par une fusion (indifférenciation Moi/autrui) ou des clivages. Au cours du développement, la phase où autrui est reconnu comme existant indépendamment du sujet s'est déroulée de manière problématique. Les premières altérations significatives de la personnalité ont lieu au moment de l'auto-érotisme primitif et du narcissisme primaire : la plupart des symptômes manifestes (construction délirante notamment) étant des tentatives secondaires de restauration du lien objectal (Laplanche et Pontalis, 2007). Cela corrobore avec les propos de Racamier (1983), qui dit que les fonctionnements psychotiques sont caractérisés par une perturbation de la relation à la réalité. Le sujet psychotique « perd toute familiarité avec le réel ». Dans la perspective de Klein (1946), les altérations essentielles se situent durant la phase schizo-paranoïde, période de développement précoce où le Moi n'est pas encore individualisé, où le soi n'est pas différencié du non soi, où les limites entre l'intérieur et l'extérieur ne sont pas établies, où l'objet n'existe pas pour lui-même mais comme source de satisfaction ou d'insatisfaction, donc comme « bon » objet ou « mauvais » objet. Pour Freud (1938), le Moi de la psychose se clive en deux parties : l'une rejetée et perdue comme un « lambeau détaché », l'autre qui hallucine ce « lambeau » comme une nouvelle réalité. La désorganisation psychotique apparaît comme une parade face à l'angoisse intolérable ; le Moi étant le lieu de l'angoisse, il faut se débarrasser de celui-ci.

Le psychotique utilise de manière excessive certains mécanismes défensifs tels que la projection, le déni, le clivage, l'introjection ou l'identification projective (Grebot, 2002). **La projection** désigne l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui. Ce mécanisme consiste à attribuer à autrui un mouvement pulsionnel dont le Moi ne peut accepter d'être le sujet. **Le déni** désigne le mode de défense qui consiste en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. **Le clivage** est « *l'action de séparation, de division du Moi (clivage du Moi) – ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible* » (Ionescu, 1997). **L'introjection** est un mécanisme de défense introduit par Ferenczi en 1909 : « *Le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets* ». L'introjection consiste à absorber le plus possible d'éléments environnants dans un but défensif et régressif. **L'identification projective** découverte par Klein en 1946, se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personnalité en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler. Racamier (1963) illustre métaphoriquement le mécanisme d'identification projective (qu'il appelle « *injection projection* ») dans la schizophrénie à l'aide de cette formule éclairante : « *Le Moi schizophrénique [...] met ses œufs dans le nid des autres* ».

Dans certaines psychoses, le délire occupe une place centrale mais celui-ci ne se confond pas avec la notion de psychose car il existe des psychoses sans délire. D'un point de vue psychodynamique, les symptômes psychotiques sont des délires qui permettent de créer un lien avec la réalité. Ce lien recréé est certes pathologique, mais indispensable pour le sujet, car à travers le délire, le sujet réinvestit les objets. « *Les activités délirantes, interprétatives et hallucinatoires représentent autant de modalités proprement psychotiques de restitution des rapports objectaux* » (Bouvet & Viderman, 1958).

Grebot (2002) dit « *il n'y a pas « la psychose » mais « des psychoses »* », ce qui va dans le sens de ce que dit Nasio (1988) : « *La psychose comme entité unique n'existe pas car les formes cliniques de la psychose sont multiples* ». Nous allons donc maintenant aborder l'une d'entre elles : la schizophrénie.

## 2.1.1.2 La schizophrénie, une psychose particulière

### 2.1.1.2.1 Historique

Le mot *Schizophrénie* vient du grec « *phrên* » (esprit) et « *schizen* » (fendre, cliver, couper). Ce terme a été créé par Bleuler en 1911 pour représenter la dissociation (*Spaltung* en allemand) que subit la pensée des sujets dont les idées ne sont plus associées les unes aux autres par des liens logiques mais par des associations inhabituelles.

La nosologie de la schizophrénie est née principalement de deux théories : l'une kraepelinienne dans une perspective biologique, et l'autre bleulérienne, dans une perspective davantage psychodynamique. Alors que Kraepelin (1899) parlait de « démence précoce » pour souligner l'aspect inéluctable de la détérioration engendrée par ce trouble, Bleuler (1911) s'opposa à cette conception déficitaire en soulignant l'hétérogénéité évolutive de la schizophrénie. Bleuler (1911) créa d'ailleurs le terme de « *schizophrénie* » pour désigner un groupe de psychoses que Kraepelin avait nommé « *démence précoce* », en y distinguant les trois formes restées classiques, *l'hébéphrénie, la catatonie et les délires paranoïdes*.

Plus tardivement, en France, Henri Ey (1955) évoquera la rémission comme étant l'un des destins possibles de l'évolution de la schizophrénie : « *il n'est pas vrai que la schizophrénie soit installée fatalement dans l'individu ni comme une loi génotypique de son destin, ni comme un virus inexpugnable ni comme une lésion irréversible ; elle est bien plutôt une "forme de réaction" qui dans chaque individu met en jeu toutes les forces et les faiblesses de son être psychique [...] s'il arrive que le processus s'arrête ou que le malade en triomphe, on parle de "rémissions"* ». La citation d'Henry Ey laisse, ainsi, apparaître l'idée d'une notion en quelque sorte « *dormante* » de la maladie.

### 2.1.1.2.2 Epidémiologie et entrée dans la schizophrénie

La prévalence de la schizophrénie est estimée entre 0,2 et 0,9% de la population générale dans le monde (Grebott, 2002) mais les chiffres varient selon les critères diagnostiques utilisés et les populations étudiées. La schizophrénie est la plus fréquente des psychoses chroniques.

Le début peut être insidieux et progressif ou aigu. Dans deux cas sur trois, le début est marqué par un épisode psychopathologique aigu. Les épisodes aigus peuvent comporter : des bouffées délirantes et hallucinatoires aiguës, des états dépressifs, des états d'excitation atypiques, des

troubles du comportement chez les adolescents. L'installation progressive est marquée par la baisse de l'activité, une modification du caractère, des manifestations d'allures névrotiques, des idées délirantes et d'hallucinations, des conduites toxicomaniaques, de l'anorexie mentale. La schizophrénie débute chez l'adolescent ou le jeune adulte, entre 15 et 35 ans dans 50 à 75% des cas. La fréquence de cette pathologie est égale dans les deux sexes. Le tableau clinique d'un processus schizophrénique débutant est difficile à différencier d'un état passager de crise quand les manifestations s'installent de façons progressives et insidieuses. Certains signes éclairent le diagnostic. L'adolescent non décompensé maintient, au paroxysme de sa crise, un contact adéquat avec la réalité. L'étrangeté est limitée à une sphère relationnelle précise, par exemple la famille, parfois le milieu scolaire et, dans les autres secteurs d'investissement, l'adolescent apparaît parfaitement adapté, en particulier dans son groupe d'amis. L'opinion de l'entourage est donc très importante dans le diagnostic. La confirmation du diagnostic de schizophrénie requiert des éléments du syndrome de dissociation dans les différents domaines de la vie psychique.

La Société canadienne de la schizophrénie (2012) met l'accent sur les causes absolument improbables de la schizophrénie. Parmi celles-ci : les expériences vécues en bas âge; une mère dominatrice ou un père passif ; la négligence parentale ; un sentiment de culpabilité, un échec ou un mauvais comportement.

### 2.1.1.2.3 Syndromes

La schizophrénie est traditionnellement caractérisée par trois syndromes : le syndrome de dissociation, le syndrome délirant et les troubles des conduites (Grebot, 2002).

**Le syndrome de dissociation** : la dissociation désigne un processus de désagrégation qui touche tous les secteurs de la vie mentale et relationnelle du sujet. ***La dissociation est le noyau commun des schizophrénies.***

Les symptômes fondamentaux sont les troubles des associations, les troubles de l'affectivité, l'ambivalence, et l'« *attitude envers la réalité* » dont Bleuler (1911) décrit la perturbation caractéristique sous le nom d'*autisme*. Il regroupait les symptômes de la schizophrénie sous le terme de **4 A** : *Association, Affect, Autisme, Ambivalence*.

Chaslin (1912) définissait la discordance comme « *un défaut de concordance* ». Les différents aspects de la discordance sont l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement

du réel. **L'ambivalence** désigne la coexistence de sentiments, de désirs ou d'attitudes contradictoires envers un objet ou une personne. Créée par Bleuler, il décrit l'ambivalence dans trois domaines : de la volonté, intellectuel et affectif. Selon l'acception psychanalytique, le schizophrène n'est pas ambivalent mais préambivalent puisque la réunion sur un même objet de tendance contraire suppose un objet unifié, ce qui n'est pas le cas du sujet schizophrène chez lequel l'objet n'est pas unifié. **La bizarrerie** : les comportements et les conduites du sujet donnent une impression de distorsion ; due à l'association d'éléments qui, pris isolément, ne seraient pas extraordinaires mais dont la combinaison apparaît paradoxale, illogique, inattendue. Les bizarreries reflètent l'absence d'unité psychique du sujet. **L'impénétrabilité** : entre le sujet et autrui, il y a une impénétrabilité, un hermétisme. Le sens des propos ou des conduites du sujet échappe à son interlocuteur, à son entourage, à autrui. Les gestes, les propos sont énigmatiques, mystérieux, étranges, hermétiques, incompréhensibles. **Le détachement** : le sujet manifeste un détachement inhabituel par rapport à la réalité, un retrait, un repli sur soi, un isolement. Le repli sur soi a longtemps été considéré à tort comme la marque d'une inaffectivité du sujet alors qu'il s'agit d'une « *perte de contact avec la réalité*, selon Minkovski, (1927).

**La discordance au niveau intellectuel** : **Le potentiel intellectuel** est conservé mais peut se révéler inefficace. Les atteintes des fonctions intellectuelles peuvent être parcellaires ou paradoxales. Ainsi, certaines fonctions seront opérantes quand d'autres ne le seront pas. De telles lacunes peuvent côtoyer une capacité intellectuelle, souvent supérieures à la normale. **Les troubles du cours de la pensée** : la pensée apparaît comme désordonnée, embrouillée, chaotique. Les pensées sont juxtaposées sans logique et les associations d'idées se font par associations. Ces troubles de la pensée conduisent à l'incohérence du discours. Les altérations du cours de la pensée peuvent concerner le rythme de la pensée qui peut être ralenti ou précipité. Les altérations du langage sont multiples et comportent des états de mutisme ou semi-mutisme ou au contraire une logorrhée, des impulsions verbales (sous forme de propos injurieux ou obscènes), des altérations syntaxiques, des altérations sémantiques, des paralogismes, des jeux de mots, des altérations du graphisme (sous forme d'écriture contournée ou surchargée). Les altérations de la fonction du langage sont caractéristiques de la schizophrénie où le langage n'est plus un outil de communication avec autrui qui cesse d'être un interlocuteur.

**Discordance dans le domaine affectif**. Les affects, les émotions sont émoussés ou inappropriés. Les sujets présentent une insensibilité apparente aux événements, un désintérêt pour l'activité pratique, une froideur qui masque une sensibilité à fleur de peau. Le sujet se réfugie

derrière cette apparente froideur parce que les contacts sociaux sont trop invasifs pour lui. Ces sujets ont l'impression de se dissoudre quand la proximité est importante. L'affectivité du sujet empreinte de discordance est paradoxale : les réactions affectives sont tout à fait imprévisibles et incompréhensibles. L'affectivité du sujet est empreinte de négativisme décrit par Bleuler (1911) comme un « *refus défensif de toute relation à autrui* ».

**La discordance au niveau du comportement.** Les comportements sont énigmatiques, discordants, fragmentés, perturbés, étranges. Il peut y avoir un « parasitisme mimique » : les expressions faciales contredisent le discours, les fous rires sans motivation ponctuent un discours triste. Au niveau du comportement, on peut observer un maniérisme, une affectation, des stéréotypes. Les stéréotypes moteurs sont des séquences de gestes identiques, répétés inlassablement. De temps en temps, peuvent subvenir des impulsions motrices (geste imprévisible exécuté avec une très grande rapidité, souvent avec froideur et distance par rapport à la situation). Lors de crises clastiques, les sujets peuvent devenir agressifs, violents et incapables de se contrôler. Le négativisme psychomoteur se manifeste par des attitudes qui traduisent le refus de tout contact avec autrui. La réactivité à l'environnement est annulée.

**Les troubles des conduites instinctuelles.** Les sujets peuvent présenter des troubles anorexiques ou boulimiques, des conduites alimentaires régressives (succion, tétage), des conduites alimentaires aberrantes (incorporation de feuilles de papier, etc), des jeux avec des excréments (barbouillage ou coprophagie), des masturbations incongrues, des conduites sexuelles agressives, des troubles exhibitionnistes, des comportements de prostitution compulsive, etc ...

**La dépersonnalisation.** La dissociation génère un vécu de dépersonnalisation. Dans la dépersonnalisation, la perturbation se situe au niveau de la perception de soi tandis que l'altération se situe au niveau de la perception de l'environnement extérieur dans la déréalisation. Le sujet doute de ses limites corporelles et éprouve des changements de forme, de volume. Ces sensations entraînent les gestes de contrôle par la vue et le toucher qui témoignent d'un vécu corporel de morcellement. Le sujet peut avoir des sensations d'anéantissements, de décomposition, de minéralisation. Le schizophrène expérimente : une perte des limites de la personne physique ; la perte de sentiment d'individualité de personne ; une impression d'étrangeté voire de bouleversement total du monde extérieur ; une impression de dédoublement de la personnalité avec effraction de la cohérence de la personne, par des influences étrangères.

**Le syndrome délirant** : A côté des symptômes dissociatifs, le sujet schizophrène présente des idées délirantes et un repli autistique dans un monde plus ou moins clos.

**Le délire paranoïde** est un délire flou, imprécis, non systématisé, sans logique, aux thèmes polymorphes et aux mécanismes multiples. L'inorganisation du délire est caractéristique dans la schizophrénie : les idées délirantes sont juxtaposées, sans liens cohérents entre les différents thèmes. Ce délire donne une impression de flou, de bizarrerie, d'imprécision. Le délire est souvent exprimé dans un langage abstrait et symbolique ce qui le rend difficile à comprendre. Le délire paranoïde, hermétique ne se superpose pas à la réalité mais la remplace : le contenu mental est projeté sur le réel et prend sa place. Les sujets délirent pour continuer d'exister selon Racamier (1983). Toutefois, il ne faut pas confondre l'incohérence du délire avec la discordance. Certains délires sont tout à fait incohérents, illogiques, alors que les émotions et les comportements ne sont pas discordants. Le délire paranoïde est vécu de manière discordante. Les thèmes délirants sont énoncés avec froideur, indifférence, sans aucune charge affective. Une absence de parallélisme entre les thèmes délirants et le vécu affectif illustre la dissociation idéo-affective qui caractérise le délire paranoïde. Les mécanismes du délire paranoïdes sont diversifiés : l'hallucination, l'interprétation, l'illusion, l'intuition, l'imagination, l'automatisme mental. Les thèmes délirants sont intriqués et centrés sur les idées de persécution, d'hypocondrie, de transformation corporelle, d'idées mystiques, de revendications, d'influences, de références, de thèmes érotomaniaques, mégalomaniaques, ... Le sujet schizophrène ne cherche pas à faire partager sa conviction délirante, au contraire, le délire abstrait, incommunicable coupe le sujet du monde. Ce délire est autistique.

**L'autisme** est un mot dérivé du grec « *autos* » qui signifie soi. L'autisme était considéré par Bleuler (1911) comme un des symptômes fondamentaux pour le diagnostic de schizophrénie et défini comme « *une perturbation qui intéresse la relation de la vie intérieure au monde extérieur* ». L'autisme désigne « *une perte de contact avec la réalité* » (Minkowski, 1927) ; « *une prédominance absolue ou relative de la vie intérieure* » et une « *fermeture aux relations intersubjectives* » (H. Ey, 1955) ; « *une évasion dans un monde clos, dans un monde fermé à toute communication, l'évasion de la réalité, l'enfermement dans un monde hermétiquement clos ; une coupure avec le monde extérieur et le repli dans une vie intérieure plus ou moins riche ; l'absence de tout contact avec autrui* », « *l'enfermement dans le labyrinthe de ses fantasmes* ». L'autisme n'est pas une simple introversion mais une forme d'existence psychique où le sujet se construit un monde intérieur propre (Grebott, 2002).



**Les troubles des conduites.** Les conduites sociales sont perturbées. Le sujet peut présenter selon Grebot (2002) : (1) Un désinvestissement des activités scolaires et professionnelles, des responsabilités familiales (2) Un apragmatisme, une perte d'activité qui peut s'accompagner de comportements insolites ou de projets irréalistes (3) Un désintérêt, une inertie, une aboulie. Le sujet a des difficultés à entreprendre et à poursuivre une action (4) Des gestes suicidaires, des conduites auto-agressives reflétant l'incohérence affective, l'impulsivité, les épisodes de dépersonnalisation. Certaines conduites auto-agressives peuvent être très violentes : automutilations, brûlures de cigarettes, entailles cutanées multiples. (5) Des actes hétéro-agressifs, qui ont souvent un caractère impulsif d'une grande violence.

#### **2.1.1.2.4 Les formes cliniques de schizophrénies**

Les schizophrénies présentent des formes diverses : simples, paranoïdes, hébéphréniques, et hébéphréno-catatoniques, héboïdophréniques, dysthymiques, et pseudo-névrotiques. Nous ne développerons pas ici les caractéristiques de chacune des schizophrénies par manque d'espace, et parce que nous jugeons que les critères diagnostiques généraux suffisent compte tenu de ce que nous avons à investiguer dans ce travail.

#### **2.1.1.2.5 Au niveau psychodynamique**

Freud sépare la mélancolie des psychoses schizophréniques et paranoïaques. Les groupes se distinguent par le type de conflit psychique. Dans les névroses, le Moi obéit aux exigences de la réalité et du Surmoi et refoule les pulsions. Dans les psychoses, il y a rupture entre le Moi et la réalité. Le Moi, sous l'emprise du Ca reconstruit une nouvelle réalité (le délire) conforme aux exigences pulsionnelles du Ca. La schizophrénie dans la théorie freudienne reflète la régression libidinale jusqu'à l'auto-érotisme.

Tausk (1975) fait de la « *perte des limites du Moi* » un symptôme majeur de la schizophrénie où opérerait une régression vers les premiers stades de la vie. Abraham (1965) situait le niveau de fixation et de régression des psychoses avant l'intégration de l'ambivalence. Selon lui, la schizophrénie est une « *fixation au stade oral ou cannibalique le plus précoce* ».

Klein (1959) concevait les psychoses comme des régressions aux époques les plus archaïques du développement psychique, à la position paranoïde-schizoïde. La théorie kleinienne considère qu'il y a intégration de l'ambivalence dans la position dépressive contrairement à la position schizo-paranoïde où il y a non intégration de l'ambivalence.

Winnicott (1975) a exploré une topique des espaces et créé la notion d'espace transitionnel. C'est un espace interstitiel de jeu, d'illusion, et de culture. Selon Racamier (1983), l'espace transitionnel manque de façon chronique aux schizophrènes. Comme cet espace intermédiaire fait défaut, les schizophrènes sont sujets à « *l'affrontement du dehors et du dedans* ».

Lacan (1932) désignait comme mécanisme essentiel dans la psychose la « *forclusion du signifiant du Nom du père* ». L'instance paternelle paraît essentielle pour signifier à la mère et à l'enfant la nécessité de couper avec le fonctionnement fusionnel et d'accéder au monde du symbole (la loi, la vie sociale, la perception de la réalité). On désigne sous le nom de métaphore paternelle cette inscription du père dans l'univers symbolique de l'enfant. Mais, si la mère enferme l'enfant dans son désir exclusif à elle, cette métaphore ne peut jouer : c'est la « *forclusion du Nom du père* ». Elle barre ainsi l'accès de son enfant au symbole, à la loi structurante. La réalité n'a pas de sens. Il n'y a pas d'autre loi que la toute puissance des désirs maternels. L'enfant est assigné à la psychose.

Selon l'approche structurale de Bergeret (1974), la structure schizophrénique est la structure psychotique la plus régressive du point de vue de l'évolution libidinale et du développement du Moi. La structure schizophrénique correspond à une organisation psychique du Moi fixée à une économie prégénitale à dominante orale. L'angoisse de morcellement caractéristique des structures psychotiques se manifeste dans la schizophrénie dans une « *crainte particulière de morcellement liée à l'impossibilité ressentie pour constituer un véritable Moi assez autonome et unifié* ». La relation objectale se caractérise par l'autisme, définie par Bergeret (1974) comme un « *effort de récupération narcissique primaire* ».

## 2.1.2 *Le rétablissement*

### 2.1.2.1 *Introduction*

Les données et les conceptions contemporaines de la recherche en santé mentale nous invitent à modifier profondément notre regard sur l'identité nosographique de la schizophrénie (Koenig et al. 2014). Selon Greacen et al. (2012), cela a débuté avec des recherches longitudinales sur le devenir des patients psychotiques (Harding et al., 1987 ; DeSisto et al., 1995 ; Jablensky et al., 1992; Huber, et al., 1980) et s'est poursuivie par plus de onze études longitudinales internationales (Ciompi et al. 2010). De récentes études attestent d'un nombre croissant de patients atteints de schizophrénie, connaissant une évolution clinique favorable et significative

(Davidson et al., 2007 ; Rabinowitz et al., 2007 ; Ciompi, 2005 ; Levine et al., 2011). Ces données ont conduit à l'élaboration de nouvelles conceptualisations, d'abord centrées sur la notion de rémission, puis plus récemment sur la notion de rétablissement (Koenig-Flahaut et al., 2012). Néanmoins, Greacen et al. (2012) et Koenig-Flahaut (2011) font remarquer que l'hypothèse selon laquelle la schizophrénie est une maladie de longue durée et chronique avec au mieux une stabilisation des symptômes persiste encore aujourd'hui, y compris auprès de nombreux professionnels et dans la communauté scientifique, particulièrement en France (Rabinowitz et al. 2007). Pire encore, il y a même un regain d'intérêt pour le concept de « démence », dans certaines recherches neurobiologiques, plaidant, ainsi, pour une étiologie dégénérative (Azorin et al., 2006). Les soignants peuvent être empreints de ces conceptions, côtoyant les patients dans les moments où leur pathologie est la plus problématique et généralisant leurs observations à toute la population schizophrénique (Bottéro, 2008).

Le concept de « rétablissement » est la traduction française la plus largement acceptée de la notion de *recovery*, qui vient de l'anglais. *Recovery* recouvre l'action ou le processus de récupérer quelque chose de perdu ou de volé. Le concept de rétablissement, selon Andreasen et al. (2005) serait né des mouvements des usagers revendiquant une évolution bien plus favorable que celle qui était classiquement établie concernant leur pathologie. Cette impulsion est venue interpellier les chercheurs et les professionnels de santé, quant à un rétablissement possible dans la schizophrénie. Pour Koenig-Flahaut et al. (2012), d'autres facteurs ont contribué à l'émergence de la notion de rétablissement et au besoin de la théoriser dans le champ de la psychiatrie : la démarche de décentration d'une recherche étiologique en psychopathologie ; le mouvement de désinstitutionnalisation ; et les textes de loi.

La notion de rétablissement, à la croisée de ces évolutions tant scientifiques, sociétales, juridiques que thérapeutiques, peine à intégrer cette diversité de regards dans un ensemble unifié et cohérent (Koenig-Flahaut et al. 2012). Cela pourrait en partie expliquer le flou conceptuel dans la définition de ce terme, avec le risque d'une perte de sa crédibilité en tant que conception signifiante (Lieberman et al. 2005). Nous allons tout de même nous y essayer.

### 2.1.2.2 Définition

Comme nous l'avons vu précédemment, le concept de rétablissement est une notion qui s'avère complexe. Nous avons repris la définition la plus couramment retenue du rétablissement, proposée par Anthony (1993) qui le décrit comme : « *un processus profondément per-*

sonnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie. Se rétablir signifie donner un nouveau sens à sa vie, un nouvel objectif, au fur et à mesure que l'on apprend à dépasser les effets catastrophiques de la maladie mentale ». Parmi les nombreux auteurs qui ont tenté de définir le rétablissement, nous trouvons la définition de Pachoud (2012) intéressante : « La notion de rétablissement, [...] correspond à un mode de dégagement ou de sortie de la maladie mentale, ou du moins du statut de « malade mental » ; elle doit cependant être distinguée des notions de guérison – au sens de disparition de la maladie – ou même de rémission – qui renvoie à l'atténuation ou la disparition, au moins temporaire, des manifestations symptomatiques de la maladie. En fait, le rétablissement ne caractérise pas l'évolution de la maladie, mais le devenir de la personne. [...] Autrement dit, le rétablissement suppose un processus de redéfinition de soi, de telle sorte que l'on n'est plus centré sur la maladie, ou déterminé par elle. Ni déni, ni désintérêt pour la maladie, c'est au contraire une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences, et sur cette base une forme de prise de distance à leur égard, au profit d'une focalisation sur des objectifs personnels et le souci de son propre devenir ». Deegan (1988), qui est une chercheuse et une schizophrène rétablie dit « On ne peut forcer ou léguer le rétablissement. Cependant, on peut créer des environnements dans lesquels le processus de rétablissement peut être nourri comme un terreau délicat et précieux ». Enfin, nous reprenons Boevink (2012) : « Se rétablir signifie, d'une part, ne pas accepter l'étiquette « incurable » ou « résistant à la thérapie » et, d'autre part, ne pas ou ne plus se tromper soi-même en se disant que tout va bien. Le rétablissement, c'est donner un sens à ce qui nous submerge et ne plus laisser les symptômes diriger toute notre vie ».

### 2.1.2.3 Le rétablissement en tant que résultat vs le rétablissement en tant que processus

Nous allons aborder successivement ces deux approches du rétablissement, mais avant cela, nous allons évoquer quelques considérations générales quand à ces deux conceptions. Koenig-Flahaut et al. (2012) mettent en lumière qu'à travers ces deux dimensions (dimensionnelle versus processuelle), se dégagent deux modalités de rapport à soi et au trouble. Dans le rétablissement en termes de résultat, le rapport à soi se définit comme une récupération du fonctionnement antérieur et le rapport au trouble comme une abolition des manifestations de la maladie. A l'inverse, dans le rétablissement en termes de processus, le rapport à soi se définit

comme une transformation identitaire et le rapport au trouble comme une intégration des expériences de la maladie. Cette dernière conception, en ce qu'elle se nourrit du vécu des patients, nous semble offrir à la notion de rétablissement un cadre de compréhension plus psychologique. La conception de la rémission et du rétablissement comme résultat ne s'opposent pas à la conception du rétablissement comme processus. Il s'agirait, plutôt, de niveaux de compréhension différents. L'idée d'un retour au fonctionnement antérieur se conçoit dans un cadre psychiatrique, le processus de rétablissement dans un cadre psychologique. Ces deux conceptions peuvent, ainsi, coexister sans se déterminer mutuellement. Il apparaît que ces regards cliniques ne doivent pas être considérés comme concurrents, mais complémentaires.

Il nous paraît important de faire la différence entre rémission et rétablissement. La première définition consensuelle du terme de « rémission », appliquée à la schizophrénie, date de 2005. Il s'agit d'un « *état dans lequel les patients expérimentent l'amélioration d'un ensemble de signes et de symptômes. De même, aucune manifestation pathologique n'interfère significativement avec le comportement et est inférieure au seuil typiquement utilisé pour justifier initialement le diagnostic de schizophrénie* » (Andreasen et al. 2005). Pour Deegan (1988), la distinction entre réinsertion et rétablissement est importante. La réinsertion fait référence aux services et technologies mis à la disposition des personnes handicapées afin qu'elles puissent apprendre à s'adapter à leur monde. Le rétablissement fait référence à l'expérience vécue ou réelle des personnes qui acceptent de surmonter le défi de l'invalidité. S'agissant du « rétablissement », en tant qu'il représente un phénomène « *plus souhaitable (que la rémission) sur le long terme* » (Andreasen et al. 2005), il nous semble permettre d'aller au-delà de la seule rémission et d'envisager de nouvelles conceptions évolutives. En ce sens, la rémission est pensée comme une « *phase nécessaire mais non suffisante pour atteindre le rétablissement* ».

### **2.1.2.3.1 Le rétablissement en tant que résultat**

Le rétablissement en tant que résultat, aussi appelé conception scientifique (Bellack, 2006 ; Silverstein et al. 2008) ou clinique (Slade, 2010) repose sur une conception objective du rétablissement (Pachoud, 2012), sur son caractère opérationnel (Koenig-Flahaut, 2011). Selon Koenig-Flahaut et al. (2012), le rétablissement en tant que résultat se fonde sur des critères symptomatiques et fonctionnels. L'accent est mis sur les critères objectivables de stabilisation de la maladie, mais aussi de réinsertion socioprofessionnelle, et enfin sur les facteurs qui conditionnent ce devenir : les soins médicaux d'une part, mais aussi les éléments situationnels qui contribuent à ce devenir (Lieberman, 2002 ; Lieberman, 2008). Dans cette perspective, le réta-

blissement signifie que la personne est « *relativement libre des manifestations pathologiques tout en ayant la capacité de fonctionner dans la communauté* » (Andreasen et al., 2005).

Koenig-Flahaut (2011) et Pachoud (2012) s'accordent à dire que le rétablissement en tant que résultat s'appuie sur des critères pouvant faire l'objet d'une évaluation clinique standardisée. Liberman, Kopelowicz, Ventura et Gutkind (2002) ont d'ailleurs proposé des critères pour identifier le rétablissement-résultat ; ils identifient trois axes : (1) un axe psychopathologique correspondant à une rémission symptomatique ; (2) un axe fonctionnel (psychosocial) : les critères retenus sont l'environnement socioprofessionnel, l'autonomie, les relations sociales et familiales ; (3) un axe temporel : le rétablissement implique que les critères précédents soient remplis pendant au moins deux années consécutives.

Pour Koenig-Flahaut (2011), le rétablissement comme résultat, peut être apparenté à une « rémission stable », ce qui, en retour, pose la question de la pertinence qu'il y a de distinguer ces deux concepts. Ainsi, un patient rétabli expérimente une amélioration clinique (en termes symptomatique et fonctionnel), le rapprochant de son état antérieur à l'apparition de la maladie (Koenig-Flahaut et al. 2012). Cette acception dimensionnelle offre une validité scientifique et un cadre médical à l'étude des conséquences du trouble sur le sujet. Dans cette acception, le rétablissement se conçoit comme un retour à un état proche ou identique à celui précédant l'apparition des troubles (Pachoud, 2012).

#### **2.1.2.3.2 Le rétablissement en tant que processus**

La conception en tant que processus est une conception « *expérientielle* » du rétablissement, parfois aussi nommée *la conception des usagers* (Bellack, 2006 ; Davidson, 2003), ou le rétablissement personnel (Slade, 2009). La multiplication récente des recherches qualitatives a contribué à considérer le rétablissement comme un phénomène dynamique et ouvert, plutôt que comme un stade figé (Huguelet, 2007).

Le rétablissement en tant que processus se centre sur des critères subjectifs indépendamment de la présence ou de l'absence de symptômes du trouble (Barbès-Morin et al. 2006). Cette conception dynamique permet de considérer des patients en rétablissement, alors même qu'ils ne sont pas nécessairement en rémission (Koenig-Flahaut et al. 2012). Il repose non pas sur des données épidémiologiques mais sur l'expérience vécue du rétablissement, telle qu'elle est rapportée dans des témoignages qui attestent de sa possibilité et s'efforcent d'en dégager les ressorts (Pachoud, 2012). Andreasen et al. (2003) lient, quant à eux, le rétablissement à la réa-

lisation d'une vie « *pleine et significative* », d'une identité positive, fondée sur l'espoir et l'autodétermination.

Diverses données proviennent d'études empiriques, de récits autobiographiques et de publications de praticiens de la réhabilitation psychosociale, et ont enrichi les connaissances sur le rétablissement des patients atteints de schizophrénie (Noiseux, 2007). Elles ont apporté des « preuves » de la réalité du rétablissement qui ne sont pas de même nature que les données épidémiologiques (Pachoud, 2012).

Dans cette approche, le rétablissement est moins considéré comme un but, un état final désirable ou idéal dont il resterait à établir et promouvoir les moyens d'accès, que comme une démarche, un processus dans lequel ce qui importe est de s'engager, puis de progresser (Davidson, 2003). Ce processus est personnel et prend nécessairement des formes singulières, et ne peut être bien décrit et étudié que « de l'intérieur », par ceux qui en ont fait l'expérience (Davidson, 2003 ; Davidson et al. 2008). Il est d'ailleurs significatif que l'analyse de ce processus ait été essentiellement élaborée par des personnes qui ont vécu ce parcours et ont pu en faire le récit (Pachoud, 2012).

Le modèle, conçu par Andresen et al. (2003), et repris par Favrod et al. (2004), nous semble synthétiser, assez pertinemment, les conceptualisations des différents auteurs ayant traité de ce sujet. Cinq étapes seraient nécessaires pour acquérir un cheminement vers le rétablissement : (1) **L'étape « moratoire »** est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir et le repli. L'importante souffrance, engendrée par la profusion des symptômes psychotiques, serait vécue, par les sujets, comme « *une descente aux enfers* ». (2) **La « conscience »** marquerait l'avènement d'une première lueur d'espoir d'une vie meilleure, et une possibilité de rétablissement. À cette phase, correspondrait, également, le développement de l'insight. Outre le développement de la conscience du trouble et la reconnaissance des symptômes de la maladie, l'insight impliquerait, également, la redécouverte des plaisirs simples de la vie. (3) **La « préparation »** consisterait à faire la difficile, mais primordiale distinction, entre « être schizophrène » et « avoir la schizophrénie ». Il s'agirait, ainsi, pour le patient, de pouvoir distinguer certaines manifestations psychiques imputables à la schizophrénie et de pouvoir prendre conscience de ses propres valeurs, forces et faiblesses. (4) La quatrième étape est dénommée, par Favrod et al. (2004), « **reconstruire** », car c'est à cette étape que le plus difficile travail de reconstruction prendrait place. En effet, il s'agirait, pour le patient, de reconstruire une identité positive et d'établir des objectifs de vie. À cette étape, le patient pourrait se définir claire-

ment comme « acteur » de sa prise en charge thérapeutique et retrouverait, ainsi, le contrôle de sa vie, ce que l'on appelle l'*empowerment*. (5) La cinquième étape est le processus de « **croissance** ». Le patient serait ici à même de reconnaître ses ressources, de gérer la maladie et de maintenir une vision optimiste de l'avenir, quand bien même il pourrait subsister des manifestations symptomatiques. Le sujet se sentirait transformé positivement par la maladie, comme ci celle-ci lui avait appris quelque chose sur lui-même. Les sujets, vivant ce processus, affirment se sentir différents de ce qu'ils étaient avant de tomber malades (Favrod, et al. 2004 ; Lysaker et al., 2007 ; Noiseux, et al. 2007 ; Marder, 2006).

Nous souhaitons revenir quelques instants sur l'*empowerment*, décrit dans la phase 4. Le rôle central du patient, dans le processus de rétablissement, fait écho à la notion d'*empowerment* (ou « pouvoir agir »), c'est-à-dire la capacité de se resituer en tant que sujet agissant sur son environnement et prenant la responsabilité de son rétablissement, par exemple, en gérant son traitement et sa santé (Pachoud, 2012).

Le rétablissement impliquerait, alors, de trouver l'espoir, redéfinir une identité, trouver un sens à sa vie et en prendre la responsabilité. On ne considère donc pas, uniquement, la présence ou l'absence de symptômes, mais un autre axe, qui implique de se tourner vers le futur, de faire de nouveaux investissements dans le domaine du travail, des relations sociales et familiales, des domaines artistiques ou spirituels (Huguelet, 2007). Le rétablissement, en tant que « processus », est associé à une évolution psychique, qui ne s'apparente guère à un retour au niveau du fonctionnement antérieur, mais de parvenir à se rétablir dans une vie satisfaisante (Pachoud, 2012 ; Koenig-Flahaut et al. 2011).

La conception du rétablissement comme processus, permet de considérer que tout patient, atteint de schizophrénie, peut connaître le chemin du rétablissement (Koenig-Flahaut et al. 2011). Toutefois, soulignons le fait que le rétablissement, en tant que processus évolutif, est décrit en termes flous et peu objectivables (Koenig-Flahaut et al. 2012). Il ressort des témoignages des patients un sentiment de transformation identitaire, comme si la maladie leur avait appris quelque chose sur eux-mêmes. De nombreux patients affirment en effet se sentir différents de ce qu'ils étaient avant de tomber malades [Favrod, J et al. (2004) ; Lysaker et al. (2007) ; Marder (2006) ; Noiseux et al. (2007)]. Ainsi, selon cette conception processuelle, un patient en rétablissement expérimenterait un nouveau rapport à soi.



#### 2.1.2.4 Mécanismes psychologiques du rétablissement identitaire

Davidson (2003) insiste sur l'importance d'une sortie de la condition de malade et Andresen et al. (2003) mettent en lumière les jalons d'une redéfinition de soi. Le processus de rétablissement semble avant tout être un rétablissement identitaire, dont Koenig-Flahaut et al. (2012) tentent d'en préciser les mécanismes : (1) **La non conscience des troubles et le bouleversement identitaire** sont caractérisés par le moment de la crise. Les troubles psychotiques provoquent un vécu d'extériorité à soi et altèrent l'identité subjective au moyen du délire ; plaçant le sujet comme spectateur impuissant d'un bouleversement identitaire. (2) **La reconnaissance des symptômes et l'incertitude identitaire** : le sujet se questionne quant au caractère de réalité des expériences vécues. Il navigue entre des positions d'adhésion ou de rejet des expériences pathologiques, voire les fait coexister. Le rapport à soi est également pris dans cette oscillation entre le sentiment d'être acteur ou spectateur de son vécu intérieur. (3) **La conscience du trouble et l'identité occultée** : le sujet se reconnaît clairement comme malade mais il peut avoir des difficultés à différencier l'expérience de la maladie et la maladie elle-même. La conscience de soi est confondue avec la conscience du trouble, bouleversant le sentiment essentiel d'une continuité identitaire pouvant entraîner des sentiments de culpabilité et de honte et ainsi, d'affects dépressifs ; pouvant être accentuée par l'internalisation de représentations sociales stigmatisantes. (4) **Le cloisonnement de la maladie et la reconnaissance des composantes identitaires** se caractérisent par un cloisonnement psychique des expériences psychotiques favorisant un retour aux composantes identitaires. La reconstruction d'un rapport à soi prend appui sur la déconstruction d'un rapport au trouble qui doit être psychiquement oublié. Certains sujets souhaitent s'éloigner des structures de soins, qui les confrontent naturellement aux souvenirs de leur parcours dans la maladie. Cela ne va pas à l'encontre de l'observance thérapeutique qui est fréquemment devenue un automatisme. (5) **L'intégration des expériences de la maladie et la transformation identitaire** : le processus de rétablissement semble évoluer vers une intégration de la maladie au vécu expérientiel. Le soi est enrichi des ressources déployées dans le dépassement de cette épreuve de vie. La maladie apparaît dès lors comme une valeur ajoutée et comme un potentiel de révélation et de transformation identitaire. L'acceptation de la maladie se marque par une intégration des expériences passées dans le soi actuel.

### 2.1.3 Le rétablissement dans la schizophrénie

Afin de synthétiser le rétablissement dans la schizophrénie, nous allons reprendre les dimensions que Koenig (2014) donne à cette conceptualisation : (1) Le rétablissement ne désigne pas tant l'atténuation de symptômes et de déficits du trouble (rémission), ni même l'adaptation à des normes sociétales (réinsertion), que *la qualité de l'expérience de vie quotidienne des personnes*. (2) Le courant du rétablissement revendique la possibilité d'un *devenir favorable des sujets* atteints de schizophrénie (Pachoud, 2012). (3) Le rétablissement se comprend dès lors comme une posture, une attitude, une démarche personnelle (Davidson, 2003) plutôt que comme un état. Il s'agit d'un cheminement singulier fondé sur le désir de la personne (Lalonde, 2007) ; d'une « conversion du regard » porté sur le trouble et ses conséquences (Pachoud, 2012). (4) La recherche étiologique cède progressivement la priorité à l'étude des conséquences du trouble sur le plan existentiel. En particulier, la « *double peine* » (Besançon et al. 2009) associée au diagnostic est mise en lumière : le poids du regard stigmatisant est mieux reconnu comme une souffrance psychique à part entière.

Deegan (1993) et la société canadienne de la schizophrénie (2012) insistent sur un point intéressant qui fait le lien avec notre introduction et qui fait le lien avec l'introduction de la partie 2 sur la stigmatisation. Faire son rétablissement implique aussi de « *se remettre de la stigmatisation dont la personne a si souvent été victime et qu'elle aura si souvent internalisée au plus profond de son être* » (Deegan, 1993).

Nous terminerons cette partie avec les valeurs qui soutiennent le rétablissement énoncées par la société canadienne de la schizophrénie (2012) : l'espoir, l'acceptation, le respect mutuel, la diversité, l'inclusion, l'apprentissage de l'autonomie, le choix, la citoyenneté, l'approche centrée sur la personne, la signification, le travail en partenariat, la confiance en la personne. Mary O'Hagan dit « *Les gens sont aussi pleinement humains quand ils vivent de la détresse et de la folie que lorsqu'ils sont parfaitement bien* ».

## 2.2 Le vécu des soignants

Nous allons maintenant nous intéresser au vécu des soignants. Pour cela, nous explorerons dans un premier temps la rencontre avec le patient psychotique du point de vue du soignant, puis nous verrons le travail en institution.

Qu'est-ce qui nous pousse à devenir soignants ? Delieutraz (2012) se pose la question. Elle conseille d'être au fait avec ce qui se cache derrière la motivation des soignants et d'être conscient de ce qui se joue en soi, de ses propres mouvements transférentiels, pour faire la part des choses et rester concentrés sur ce qui vient du patient. Cela permet de renoncer à cette illusion, voire confusion, engendrée par le désir inconscient de la réparation de soi à travers l'autre. Delhaye et al. (2007) conseillent également de s'interroger sur les déterminants de ce choix, sur les tenants et aboutissants de ce « *choix vocationnel* ». Pour elles, cette démarche en direction de la personne en souffrance a sans doute quelque chose à voir avec le passé du « *sujet soignant* », de « *l'acteur-thérapeute* ». Ces trois auteures s'accordent à dire que découvrir ce qui pousse à devenir soignant est bien plus qu'une simple question personnelle. En effet, les motivations sous-jacentes à ce choix vont déterminer le soignant. Etre au clair avec celui-ci peut éviter certains « pièges » psychiques. Lucas-Bernier pointe du doigt la formation dispensée aux soignants. Elle ne reproche rien à la théorie mais revendique que « *l'attitude face à la folie* » n'est pas enseignée. Elle conseille une approche de la folie sans préjugés, de se laisser aller sur un mode pathique, pour éviter d'être une menace pour le patient psychotique.

### *2.2.1 La rencontre avec le patient psychotique*

Enjalbert (2006) se demande en quoi la relation établie avec le schizophrène peut être qualifiée de « psychothérapique » ? Parce qu'il s'agit d'une tentative de rencontre de deux êtres dissemblables dans leur manière de gérer leur psychisme, leurs émotions, l'expression de leurs pensées et leur affectivité. C'est en ce sens que l'approche verbale et non verbale d'un schizophrène par un « soignant » peut être considérée comme « psychothérapique ». Elle tend à établir entre eux un lien qui est du domaine de l'humain. Pour se faire, le psychothérapeute doit connaître lui-même ses propres mouvements inconscients, ses zones de fragilité, pour pouvoir aller vers le patient sans appréhension, avec toute l'empathie possible, mais en évitant de se perdre dans le labyrinthe psychique ou le délire de ce sujet. Oury (2003) va dans le même sens qu'Enjalbert (2006) et dit qu'une interprétation analytique, c'est quelque chose de l'ordre de la rencontre. Quand on dit que les schizophrènes ne savent pas ce qui se passe, ce n'est pas vrai. Il y a au contraire une sorte d'hypersensibilité ; ils sont « *écorchés vifs* »... Il dit : « *Ce qui compte, en effet, pour un schizophrène, ce sont des multiples investissements partiels qu'on ignore souvent. C'est avec ça qu'on a à travailler...* ». Pour ce même auteur, la schizophrénie met en question l'identité corporelle, la vie affective, relationnelle, familiale et

sociale de celui qui en souffre, venant débusquer les mécanismes inconscients individuels, familiaux et groupaux. C'est ainsi que la psychose est intimement liée à la psychanalyse et à la sociologie, à travers les groupes humains quels qu'ils soient, y compris les groupes institutionnels.

Soumet-Leman (2011) dit que la psychose, en compromettant la construction identitaire des patients, engendre un mode de décompensation rendant nécessaire un accompagnement thérapeutique institutionnel particulièrement important, « *à la mesure de la perte d'autonomie psychique du sujet* » (Delion, 2005). Mais le poids de ces institutions, ainsi que la confrontation à la souffrance propre à la situation de soin, peuvent provoquer chez les soignants angoisse, malaise, impuissance, épuisement... qui mettent à mal le désir de soin. Face à ces sentiments négatifs, des mécanismes de défense apparaissent pour tenter de se préserver de vécus trop difficiles, de sentiments de non-sens ou d'absurdité.

### 2.2.1.1 L'alliance thérapeutique

Pour Townsend (2004), « *créer l'alliance, c'est établir un climat d'entente fondé sur la connaissance et l'appréciation mutuelle de l'unicité de l'autre. C'est savoir s'arrêter pour appréhender l'autre en tant qu'être humain, pour apprécier la révélation mutuelle de chacune des personnes* ». Comme l'explique Bordin (1979), l'alliance thérapeutique n'est pas en elle-même une thérapie ou un outil de soin qui a un but curatif mais elle est l'un des facteurs principaux du changement de toute thérapie. Elle « *constitue un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer à la thérapie et poursuivre son traitement* » (Cheval et al., 2009). Corbière, et al. (2006) soulignent que la dimension affective tient une place importante au sein de l'alliance thérapeutique et que sans cette dernière, la confiance, ainsi que l'entente et la compréhension ne seraient pas possible ou difficile à instaurer entre le thérapeute et le patient. En effet, si chacun des acteurs s'investit dans la relation, il ne peut qu'en ressortir une alliance thérapeutique favorisant la co-construction. Cheval, et al. (2009) définissent l'alliance thérapeutique comme « *étant collaborative, reposant sur un attachement ancré dans la réalité, du mécanisme inconscient du transfert* ». A travers ces quelques définitions, nous pouvons percevoir que l'alliance thérapeutique repose en général sur un attachement mutuelle qui favorise le travail thérapeutique.

### 2.2.1.2 Le transfert

Davoine (1992) dit que c'est par l'appareil psychique de l'autre que la figuration des problématiques va se dérouler. Nous vivons des événements que nous nous rappelons, mais aussi des impressions retranchées, vécues mais non imprimées ou rangées avec un sens et un contexte et donc ne pouvant accéder au statut de souvenir narratif. Ce sont ces impressions retranchées qui ont besoin de trouver une voie par le thérapeute ou l'équipe thérapeutique. Le transfert psychotique est thérapeutique, du fait même qu'il provoque la répétition d'un comportement ancien vis-à-vis d'un objet nouveau, dit Benedetti (1980). Par cette répétition, le patient peut distinguer le passé et le présent et ouvrir la possibilité de s'approprier son passé. L'histoire du transfert se confond finalement donc avec l'histoire du self (Söderström, 2015).

Tous les auteurs s'accordent à dire que le transfert est particulier chez les psychotiques. Pour Abensour (2003), « *le transfert apparaît massif, immédiat, brûlant, surintense car imposant d'emblée la relation comme un face à face avec des angoisses de mort et de disparition* ». Roussillon (1995) dit que « *ce qui se transfère, c'est la symbolisation de la symbolisation pour suturer, lier le non-symbolisable* ». Roux (2004) considère que la difficulté dans l'abord du transfert avec le patient psychotique réside dans le fait que les carences de représentation de soi et de l'autre interdisent la figuration d'un rapport. Selon elle, « *il s'agit souvent, pour le thérapeute, non pas d'interpréter le transfert, mais de devenir une enveloppe vide dans laquelle le patient va déverser des productions psychiques pour les reconnaître et se les approprier afin que son récit historique prenne forme petit à petit* ». La personne doit se couper toujours plus d'elle-même pour vivre. Il reste de cette défense une organisation contre l'expérience, dit Roussillon (1995) : éviter le plus possible d'entrer dans cette zone psychique. Lorsque cette zone est la relation avec autrui, on mesure la force du retrait social que cela implique. Il est possible que le transfert psychotique, à cause de sa part traumatique, enferme patients et soignants dans un cercle vicieux, mettant à distance les éléments essentiels de la reprise évolutive, le retour dans le vivant.

Si nous devons résumer le transfert chez les psychotiques, nous reprendrions la phrase d'Oury (2001) « *Être au plus proche, ce n'est pas toucher, la plus grande proximité est d'assumer le lointain de l'autre* ».

### 2.2.1.3 Le contre-transfert

Le contre-transfert est défini par Toliou (2011) comme « *l'expérience subjective que l'on vit avec le patient, qui comprend affects, sentiments, pensées et actes* ». Pour Brient (2007) il s'agit des « *sentiments du thérapeute vis-à-vis du malade, sentiments que l'on va retrouver dans toute position soignante* ». Si la relation est difficile à établir pour la personne psychotique, elle peut aussi l'être pour les équipes qui l'accompagnent. Être en relation avec quelqu'un qui souffre met à mal chaque soignant en le sollicitant dans ce qu'il est, et ce, même s'il tente de maintenir une distance soignante satisfaisante (Fustier, 1999).

En s'identifiant avec le patient par le transfert psychotique symbiotique, les soignants vivent en écho les angoisses de destruction du self qui se présentent avec leurs menaces traumatiques. Ce vécu d'être sans fin et sans début correspond à cette perte de relation à soi-même dont parle Freud. On peut dire que le retrait de soi fige la personne, qui vit et fait vivre ensuite la temporalité et la pulsionnalité comme une menace pour l'équilibre psychique (Söderström, 2015). Laugier (2009) met en évidence deux mécanismes de défense chez les psychotiques qui semblent avoir une répercussion directe chez les soignants. Il s'agit de l'adhésivité et de l'absorptivité. L'adhésivité se définit comme une forme de collage physique constant avec autrui. Elle peut produire chez le soignant une irritation d'être sous l'emprise de l'autre, un sentiment d'être contrôlé par cette omniprésence, un sentiment de violation de ses limites, ... L'absorptivité consiste en un besoin impérieux de transformer toute interaction impliquant deux interlocuteurs en une situation où le second disparaît au profit du premier. Le soignant le vit comme une sensation d'être vidé de son essence même, d'être abandonné comme une coquille vide.

Delieutraz (2012), Roussillon (2014), et Toliou (2011) s'accordent à dire qu'une attitude de désespoir peut naître chez les soignants lorsque la situation du patient psychotique semble scellée. Delieutraz (2012) évoque une culpabilité en lien avec un fatalisme désabusé alors que Toliou (2011) suggère qu'elle risque de nous accrocher aux bénéfices d'une relation symbiotique. Il s'agit donc pour Roussillon (2004) de pouvoir comprendre ce que le patient « *représente* » avec nous sans pouvoir se le représenter. Pour Toliou (2011), **travailler avec la psychose signifie notamment réparer les parties endommagées de soi-même**. La mobilisation des pulsions réparatrices des soignants constitue à la fois un moteur de travail et un grand piège. Elles font ainsi appel à l'instinct maternel du soignant appelé « *séduction narcissique* ». Bolognini (2006) pense que cette scène interne est nécessaire pour entrer en contact avec le

monde interne d'un patient, si l'on se donne les moyens de la comprendre. Pour Toliou (2011), nous ne pouvons être conscients que d'une partie de ce que le patient réveille en nous, le reste étant protégé par le refoulement. Les émergences émotionnelles sont souvent considérées par les soignants comme un danger face à une position soignante idéale. Les affects débordent de façon imprévue et dévoilent une partie de notre intimité ; nous ne sommes plus « *intouchables* » face au patient. Elle cite Bion en disant que « *le pire ennemi* » de tout analyste est non pas ses affects mais les défenses qu'il mettra en place pour les neutraliser, pour maintenir un idéal soignant dans lequel les pulsions agressives n'auraient pas de place.

#### 2.2.1.4 Les mécanismes de défense utilisés par les soignants

Morasz (2004) relève les mécanismes de défense utilisés préférentiellement par les soignants. Parmi eux, il y a l'**isolation**, qui pousse à cliver le champ affectif pour ne pas se laisser toucher par la souffrance quotidienne à laquelle les soignants sont confrontés ; la **sublimation**, qui permet d'échapper à la souffrance par l'intellectualisation et le refuge dans la théorie ou les projets abstraits ; la **dépossession**, qui revient à s'approprier la souffrance, l'histoire ou la liberté même du patient qui devient notre malade ; la **parcellisation**, qui pousse à réduire le patient à son symptôme dans une centration, faisant parfois oublier que derrière se cache un sujet complexe et complet.

Söderström (2015) met en garde contre le transfert psychotique. Il dit que le caractère symbiotique « *éternel* » peut créer une valence traumatique dans la relation avec une alternative symbiose et/ou autisme. Il convient d'être vigilant concernant le contre-transfert qui peut mener jusqu'à la maltraitance. Le désinvestissement peut alors s'avérer être le seul mécanisme de défense efficace pour le soignant comme pour le psychotique devant une relation complexe et traumatique. Ce vécu de part et d'autre du mur psychotique (symbiose/autisme) se retrouve comme une impossibilité primaire à communiquer avec l'autre. La relation duelle apparaît comme menaçante.

#### 2.2.1.5 L'empathie

Pour Toliou (2011), « *empathiser* » n'est pas l'affaire d'un seul. Il doit y en avoir « *un* » qui désire comprendre et « *un autre* » qui souhaite être compris. Accompagner le patient psychotique présuppose d'être « *empathique* » à l'égard de soi-même, d'accueillir avec bienveillance ce qui vient surprendre, faire rupture et déstabiliser, avant de pouvoir rendre compte d'une

partie au patient. L'empathie n'est pas une attitude à avoir mais l'aboutissement d'un long travail ; un contact caractérisé par la séparation et la complexité, contact progressif avec toutes les facettes internes de l'individu. Ce long travail fait l'objet de l'article de Delhay et al. (2007) qui décrivent les quatre stades (le stade d'immersion, le stade de l'empathie souffrante, le stade de la mise à distance, et le stade de la maturation) d'adaptation au métier de soignant au niveau émotionnel et empathique. C'est aussi ce qui est suggéré par Luca-Bernier lorsqu'elle dit que la grande folie doit se faire sans préjugés, et que la position de soignant n'est pas une position de savoir mais d'intuition capable de s'adapter à l'imprévu de la rencontre. Brient (2007) suggère que l'action des soignants se fonde sur l'identification au soigné, empathie nécessaire, mais qui amène le risque d'introjecter la souffrance du malade ou de sa famille. La capacité du soignant à ressentir ce que ressent l'autre peut-être un facteur de mal-être, d'angoisse et cela est particulièrement vrai dans la confrontation à la pathologie psychiatrique. Il est nécessaire, comme le dit Delieutraz (2012), de ne pas être trop ou trop peu dans cette identification, et de pouvoir être dans l'empathie et le soin sans se laisser happer par le patient.

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'empathie est un travail de longue haleine et qu'elle n'est pas toujours innée, et peut même faire courir des risques si l'on se situe trop dans l'identification au soigné, ce qui fait l'objet du chapitre suivant.

### 2.2.1.6 L'identification narcissique

Toliou (2011) fait référence à Rousillon (2014) avec « *l'identification narcissique* » renvoyant à la place que prend l'identification du soignant au patient dans le travail de soin. Elle transpose cette notion à la psychose et se demande « *qu'a-t-on de semblable avec un patient psychotique ?* ». Pour Toliou (2011), le travail avec la psychose est particulier, car il renvoie à la capacité de se mettre en lien avec des états d'angoisses anciens. Pour elle, cela renvoie aussi à une confusion d'identités, un moment d'étrangeté où ce que l'on vit nous appartient tout en ne nous appartenant pas. Ce point de vue semble être partagé par Lucas-Bernier. En effet elle suggère que le travail avec les psychotiques produit un effet sur la psyché des soignants, une sorte d'étrangeté qui résulte de la transmission d'éléments psychiques inconscients d'une psyché à l'autre. Pour ces deux auteures, travailler avec la psychose produit de l'étrangeté. Pour Delieutraz (2012), dans ces situations, le soignant cherche bien souvent à se protéger de quelque chose qui vient faire intrusion, à se dégager de quelque chose de douloureux qui ne lui appartient pas, dont il ne sait que faire et qui peut lui faire vivre un sentiment



d'impuissance. Pour Roussillon (2014) l'identification narcissique de base menace l'identité au point de mobiliser tout un cortège de mécanismes de défense qui pousse à tenter de la contrôler, ce qui ne la rend pas utilisable, entravant les capacités soignantes de la relation. L'identification narcissique de base, dès qu'elle est mise en place, menace en effet l'identité individuelle, non de fusion comme on le dit parfois un peu rapidement mais de confusion. Pour Brient (2007), le processus d'identification va fonctionner aussi au niveau collectif des soignants. En effet, chaque soignant est animé par un désir de soigner, désir singulier, lié à sa personnalité, son histoire, sa formation. Ce qui rassemble les soignants, c'est donc l'identification, entre eux, d'un même désir de soigner, d'un même idéal du soin.

L'identification dans le travail de soins psychiques étant utile mais aussi quasi automatique et inconsciente selon Roussillon (2014), s'avère complexe et peut devenir dangereuse. En effet, elle amène des sensations particulières et notamment dans le travail avec les psychotiques. L'identification au patient vient donc bousculer l'identité du soignant, qui va mettre en place des stratégies plus ou moins efficaces pour s'en défendre.

### *2.2.2 Le travail en institution*

Koenig (2014) met en évidence le remaniement de la psychiatrie après la seconde guerre mondiale. Un vaste processus de « désinstitutionnalisation » s'opère alors au bénéfice des soins ambulatoires avec le développement de structures de soins dans la communauté. Depuis lors, deux tiers des patients suivis par le service public le sont hors des murs de l'hôpital (Besançon et al. 2009). L'antipsychiatrie a fabriqué de nouvelles institutions, alternatives à la psychiatrie, quand cette dernière était pensée comme un système autoritaire et hiérarchique, dépersonnalisant les patients, voire source de leurs troubles et de leur violence. Pour Bouvet et al. (2006) au contraire, les soins de réadaptation restent peu connus et peu développés en France (Legay, 2001 ; Vidon et al. 1999). Pourtant, leurs intérêts thérapeutiques pour des patients gravement troublés psychiquement (en particulier les schizophrènes) a été démontré à plusieurs reprises : ils permettent de limiter les ré-hospitalisations, d'améliorer la symptomatologie et de favoriser l'insertion sociale et professionnelle (Reker, et al. 2004 ; Bustillo, et al. 2001 ; Anthony et al. 1995 ; De Sisto et al. 1995 ; Lehman, 1995 ; Wang, 1994).

### 2.2.2.1 La psychiatrie, ne rend-t-elle pas ses usagers

#### « fous à plein temps » ?

Plusieurs auteurs s'interrogent sur la place des systèmes de soins : ne contribuent-ils pas à la stagnation des pathologies ? Et dans notre cas précis, à la schizophrénie ? Parmi eux, nous pouvons citer Estroff (1993), défenseur passionné du changement au sein des structures psychiatriques, qui dit « *ce sont les services de psychiatrie eux-mêmes qui piègent et stigmatisent les gens et les poussent à devenir des « fous à plein-temps »* ». Ce point de vue est également partagé par Summerfield (2001) & Tsao et al. (2008) qui évoquent également la stigmatisation ressentie par les patients due aux soins qu'ils reçoivent. Dans le même sens, Barrett (1998) brosse un triste portrait du « *schizophrène moderne* » qui vit « *sur le bord extérieur de sa propre personne, coincé entre les pôles de la maladie et de la santé en attendant un retour dans la société des bien-portants, retour qui n'est pas près de se produire* ». Sartorius (2002) va même plus loin en avançant que l'on pourrait considérer la stigmatisation induite par les professionnels comme iatrogène, mais il incrimine uniquement l'impact de l'étiquetage, des effets secondaires des traitements et des attitudes véhiculées par les praticiens. Ce point de vue est partagé par Conus (2012) qui ajoute qu'une telle considération peut générer chez le patient une angoisse, qui, s'ajoutant au sentiment de perte d'identité inhérent à la pathologie, peut conduire à une attitude de retrait et de refus d'entrer en relation. Laugier (2009) se place du côté des malades et dit que ces patients ont eu plusieurs années d'hospitalisation ininterrompue, après des années d'opposition et de résistance aux soins. Ils ont fini par investir l'hôpital comme un lieu de vie et acquis une remarquable capacité à utiliser la situation asilaire (ce qui contraste avec leur inaptitude à vivre dehors) ; ils développent une forte résistance à toute nouveauté.

Ainsi, nous observons un cercle vicieux, avec une institution soignante qui contribue à la stigmatisation des malades qu'elle accueille, bien ancrés dans ce cadre institutionnel, qui semblent imperméables à tous changements. Barbier (2016) propose une alternative à cela et dit « *que le symptôme du sujet prenne la forme d'une question, que le collectif puisse maintenir coûte que coûte cette éthique du questionnement quant à ce qui fait énigme dans l'autre, que les soignants et leurs encadrants ne se réfugient pas trop vite dans des réactions défensives de prestance, d'autorité, et dans des conduites à tenir protocolaires faussement rassurantes, que les soignants maintiennent cette passion pour les histoires, cette passion pour la*

*singularité de toute rencontre, voilà ce qui nous paraît représenter des enjeux majeurs pour qu'une institution puisse ne pas rendre plus malade ceux qu'elle accueille ».*

### 2.2.2.2 L'équipe pluridisciplinaire

Tous les auteurs s'accordent à dire que les réunions d'équipe pluridisciplinaire constituent des ressources précieuses à condition de les exploiter correctement. Ainsi, Toliou (2011) pense que l'équipe fonctionne comme une caisse de résonance qui peut « *mettre en mots* » ce qui, parfois, « *fait bruit* » chez le patient psychotique. Penser ce que nous vivons à leur contact serait une voie possible pour atteindre un certain degré d'empathie nécessaire pour le soin. Elle considère que les moments de réflexion comme les réunions constituent un espace tiers indispensable dans la relation soignant-soigné, permettant la remobilisation des processus de pensée entravés très souvent par les mécanismes psychotiques. Ils offrent aussi un cadre de contenance des affects, parfois très violents, que l'on peut vivre au contact des patients. En ce sens, ils permettent la mise en lien des éléments clivés à l'image du monde interne des patients psychotiques. Delieutraz (2012) quant à elle, recommande les réunions d'équipe pluridisciplinaire qui permettent un échange sur les mouvements transférentiels et contre-transférentiels induits par la pathologie du patient. Pour elle, les échanges en équipe lors des réunions institutionnelles peuvent aider à la constitution d'une zone tierce, d'un espace de réflexion et d'élaboration, qui vient se glisser entre les vécus bruts et peut ainsi permettre de s'en détacher. Cela remet également les soignants à leur place parmi d'autres, et permet la diffraction dans l'équipe des vécus renvoyés par les patients. Pour Roussillon (2014), les formes de « *supervision* » ou « *interview* » sont nécessaires lorsque l'on travaille avec des patients atteints de troubles de l'identité graves, pour accompagner le soignant, notamment au niveau narcissique. Il est donc très important de faire part de son expérience en supervision ou en réunion d'équipe pour partager son expérience personnelle, et de réfléchir dessus pour se protéger et cela peut être aussi bénéfique aux autres soignants de l'équipe. Pour Laugier (2009), l'important n'étant pas forcément ce que l'on dit, mais d'être ensemble et de partager nos réalités individuelles. Racamier (1970) souligne qu'il est plutôt utile que « *les patients ne soient pas appréhendés par la totalité de l'équipe sous un angle uniforme, à la condition que les différents points de vue puissent être confrontés* », étant donné que « *lorsque l'équipe institutionnelle adopte une seule et unique représentation des malades, c'est inévitablement une image non fidèle et très rudimentaire* ».

Laugier (2009) dit que face à la chronicité des patients psychotiques, le discours soignant devient inévitablement répétitif et monotone. Tout paraît se répéter à l'identique, on n'a plus de souvenirs de l'histoire du patient, on a le sentiment que rien ne change jamais et que l'on répète inlassablement (ou pire, avec lassitude) les mêmes mots et gestes. Pourtant, ce cadre institutionnel peut devenir un levier thérapeutique selon Enjalbert (2006). En effet, selon lui, le grand groupe – « institution soignante » – permet au schizophrène de rétablir une symbiose originelle en leur offrant un contenant maternel et en assumant une fonction de dépôt de leurs parties symbiotiques.

### 2.2.2.3 Une temporalité particulière

Roussillon (2014) évoque une temporalité particulière pour les patients atteints de troubles de l'identité graves, pouvant aller jusqu'à la confusion des souvenirs avec le moment présent. Brient (2007) évoque lui le manque de temps qu'ont les soignants pour penser, ayant de plus en plus de responsabilités et moins de temps qu'auparavant avec les restrictions budgétaires. Il évoque aussi les temps d'hospitalisation plus courts qui laissent moins de temps aux équipes pluridisciplinaires pour la réflexion sur les pathologies des patients. Ainsi, nous pouvons en conclure que la temporalité au sein des hôpitaux psychiatriques est particulière, car elle diffère pour tous les patients et elle diffère également entre les patients et les soignants. Les hôpitaux psychiatriques enferment donc une diversité importante de temporalités.

## **2.3 Le vécu des soignants dans le rétablissement des personnes schizophrènes**

A travers les différents points de vue des auteurs, nous avons pu apprécier à quel point la relation soignant-soigné est complexe ainsi que tous les processus qu'elle implique. En effet, il convient d'être attentif quant à « la vocation professionnelle » de devenir soignant car la prise en charge de certains patients peut venir réactiver des événements de l'histoire de vie du soignant, et mettre à mal les soins dispensés par celui-ci. D'autres paramètres vont aussi entrer en compte comme l'identification narcissique qui s'opère de manière automatique et qui tente d'être contrôlée par les soignants. L'empathie s'acquiert progressivement et par étape. Il est donc important que les soignants fassent un travail sur leurs émotions et leur ressenti, soit en réunion pluridisciplinaire, soit en supervision pour être en accord avec leur identité, et ne pas se laisser happer par la pathologie des patients.

Pour synthétiser les dires précédents nous reprendrons Pachoud (2012) qui dit que l'espoir, principal « *ingrédient* » du rétablissement (Bandura, 1997), ne peut être le seul tributaire du patient, notamment dans les phases précoces du trouble. En effet, comme nous le rappelle Bottéro (2008), « *si une chose est sûre en psychiatrie, c'est que la vision des troubles, du pronostic, de la gravité, est contagieuse. Et cela dans les deux sens. Si nous continuons de penser que les schizophrénies ne guérissent jamais, alors nos patients ne guériront jamais* ».

**Ainsi, en tenant compte de toutes ces considérations théoriques, nous allons pouvoir nous intéresser au vécu des soignants dans la prise en charges des personnes schizophrènes au moyen du rétablissement.**

## 2.4 Questions de recherche

Nous avons formulé trois hypothèses, en lien avec la problématique de recherche qui est le vécu des soignants dans le rétablissement des personnes schizophrènes.

Notre première hypothèse porte sur les **mécanismes de défense utilisés par les soignants dans la prise en charge des personnes schizophrènes par le rétablissement**. Il s'agit d'identifier les mécanismes qui permettent aux soignants de se protéger dans leur fonction d'accompagnement professionnel. Nous évaluerons les mécanismes de défense utilisés par les soignants dans la gestion de leur prise en charge à l'aide des entretiens semi-directifs. Notre première question de recherche pourrait être formulée de la façon suivante : *Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?*

Notre deuxième hypothèse aura attrait aux **motivations qui ont conduit les soignants à mener leur formation** et tentera de définir si la motivation inhérente à cette formation renferme systématiquement un fantasme de réparation ; et en quoi soigner peut être un acte réparateur de son propre psychisme. Cette question permettra également de mesurer l'engagement dans la fonction professionnelle, ainsi que l'implication du soignant. Cette question de recherche sera étudiée au moyen d'*entretiens semi-directifs*. *Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?* Serait l'objet de la seconde question de recherche.

Une troisième hypothèse pourrait porter sur le **rétablissement dans la vie des soignants**. En effet, se sentir responsable de l'amélioration de la qualité de vie d'un résidant au point de le

voir prendre son envol pour une vie indépendante peut créer, nous l'imaginons, une grande satisfaction chez le soignant. Il s'agit ici d'explorer la différence entre la réparation, l'investissement et les bénéfices que les soignants peuvent tirer de leur activité professionnelle. La troisième hypothèse serait la suivante : *Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?*

## **3 METHODOLOGIE**

### **3.1 Population**

Afin de répondre à notre problématique, nous nous sommes dirigées naturellement vers les structures qui prennent en charge les personnes schizophrènes avec un accompagnement axé sur le rétablissement. Il se trouve que le Foyer de Vie Camille Claudel, dans le 20<sup>ème</sup> arrondissement de Paris correspondait à nos critères. Nous avons donc effectué une première prise de contact avec la directrice, de qui, nous avons obtenu l'accord pour mener notre recherche.

Par la suite, nous avons organisé, une réunion d'équipe avec la directrice, pour nous permettre d'expliquer les tenants et aboutissants de notre étude, notamment l'objet de la recherche et son déroulement (outils utilisés). Cela nous a permis de poser le cadre et de voir si les accompagnants étaient motivés ou non à participer à notre recherche. Ceux-ci ont semblé tout à fait réceptifs à notre étude et, à la fin de la rencontre, nous leur avons laissé une synthèse écrite récapitulative de notre recherche, en leur précisant qu'ils avaient la possibilité de se rétracter.

Nous avons ensuite constitué un dossier, validé par le comité éthique, qui nous a autorisé à réaliser notre recherche. La population est composée du personnel travaillant dans ce foyer, c'est-à-dire des éducateurs, des AMP (Aides médico-psychologiques), de l'infirmière, ... qui ont accepté de participer à notre recherche. Nous avons recueilli le récit de douze personnes auxquelles nous avons fait signer un formulaire de consentement libre et éclairé (disponible en annexe). Les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits, avec l'accord des participants. Toutes les retranscriptions des entretiens sont disponibles en annexe. Par la suite, il nous a fallu sélectionner quelques entretiens, afin de respecter la limite de pages autorisées pour ce travail, soit une centaine. Notre choix s'est porté sur les cinq entretiens qui nous ont paru les plus fournis au regard de nos questions de recherche.

## 3.2 Outils méthodologiques & traitement des données

Nous avons choisi l'analyse qualitative car elle nous a semblé cohérente avec nos hypothèses de travail. En effet, le vécu est propre à chacun et chaque soignant a son propre parcours de vie et a fait des choix singuliers concernant son expérience professionnelle. L'analyse de cas semble une méthode propice à la rencontre de la personne dans sa totalité ; dans le respect de l'approche psychanalytique. Nous sommes conscientes que ce travail relève de la recherche et qu'il ne fait en aucun cas l'œuvre d'un travail thérapeutique.

### 3.2.1 Les entretiens semi-directifs

#### 3.2.1.1 Le récit de vie

Afin d'offrir la possibilité à la personne de se livrer, en espérant accéder au vécu émotionnel des soignants, nous avons choisi la méthode du récit de vie pour collecter les données. En effet, cette méthode permet d'accéder à l'imaginaire, aux fantasmes et aux rêves qui se cachent derrière le discours manifeste. Bertaux (2001) précise que le récit de vie est une méthode narrative qui permet au sujet de parler de lui en terme de « je ». C'est ce que fait d'ailleurs la psychanalyse qui cherche à faire émerger et à renforcer le sujet en chaque personne. Nous pensons, que grâce à cette méthode, l'entretien semi-directif qui va suivre, sera encore emprunt de sa propre histoire, et que le soignant nous livrera un vécu plus personnalisé et moins généralisable à l'équipe soignante.

La mise en route du récit procède toujours de la même manière. Il s'agit d'administrer au sujet une consigne de base, toujours la même et d'écouter son récit. La consigne est : « *Qu'est ce qui fait que vous êtes devenu ce que vous êtes aujourd'hui* ». Les silences sont respectés mais néanmoins, de temps à autre, une relance ou reformulation est faite lorsque le sujet semble figé pendant un certain temps. Il nous est arrivé aussi de poser l'une ou l'autre question un peu plus directive lorsque le récit était bloqué. Cela permettait d'observer si la personne y répondait ou si elle la contournait. Le récit est enregistré, avec l'accord préalable du sujet. Il est ensuite retranscrit entièrement avant de procéder à son analyse proprement dite.

### 3.2.1.2 Les thématiques abordées

L'analyse de contenu est une méthode qualitative qui permet d'approcher au plus près les affects et la dynamique interne de l'individu. Il s'agit d'un ensemble de techniques qui s'appliquent à des discours. Elle porte sur le contenu mais peut aussi s'appliquer au contenant. Bardin (1977) dit que « *l'intérêt ne réside pas dans la description des contenus mais dans ce que ceux-ci, une fois traités (par classification par exemple), nous pourrions apprendre concernant d'autres choses ... Le but de l'analyse de contenu est l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production à l'aide d'indicateurs (qualitatifs ou non)* ». Elle ajoute que l'analyse de contenu, c'est « *décaler son regard vers une autre signification, un autre message entrevu à travers ou à côté du premier* ». C'est une méthode qui allie la rigueur essentielle à toute démarche scientifique à la subjectivité, source de créativité. Grâce à divers procédés, il y a une tentative de partir du discours conscient et manifeste vers quelque chose de plus latent, voire inconscient. L'intérêt de cet outil étant de permettre un temps de latence entre les hypothèses de départ et les interprétations finales.

Nous utiliserons l'analyse thématique, qui est une des techniques de l'analyse de contenu. Cette méthode consiste à prendre en considération la présence d'un ou plusieurs thèmes dans le discours (les thèmes évoqués au §3.2.2.2). Le thème est défini par d'Unrug (1974) comme « *une unité perceptive dans laquelle un problème est vécu ou perçu* ». Concrètement, après avoir déterminé une unité de codage, la phrase ou un paragraphe généralement, on procède à l'observation des thèmes dans chaque unité. Il s'agira alors de les mettre en lien et de les confronter avec les hypothèses de départ et de travail. Notre analyse aura pour but de repérer les représentations du sujet, ses angoisses, ses défenses et ses conflits.

Sur base des hypothèses préalablement établies, nous avons fait émerger des thématiques qui permettaient de répondre à nos interrogations. Après avoir utilisé la méthode du récit de vie, nous avons poursuivi l'entretien de manière semi-directive. La grille thématique était la suivante : nous nous sommes d'abord penchées sur le choix du métier et de la population, après quoi, nous avons investigué le parcours réalisé pour y parvenir (reconversion professionnelle, embûches, motivation(s), qualité de la formation, formation(s) complémentaire(s), ...). Puis, nous avons questionné le vécu du soignant au niveau professionnel. Enfin, notre dernière question interrogeait ce que le rétablissement évoque pour le soignant, comment il le met en œuvre dans son quotidien et les impacts professionnels et personnels que celui-ci pouvait engendrer sur sa vie.



### 3.3 Précautions méthodologiques

Cette étude est de nature analytique, c'est-à-dire qu'elle repose sur une population de cas cliniques, la généralisation est par conséquent impossible. Ce travail repose sur une méthodologie qualitative avec la passation des entretiens semis-structurés. Il est essentiel de rester prudent compte tenu des analyses effectuées sur les entretiens étant donné que celles-ci se sont effectuées sur la base d'une unique rencontre et que l'appréhension de la personne ne peut se faire en si peu de temps.

## 4 RESULTATS ET ANALYSES

Voici les différentes analyses qui ont été réalisées d'après les récits que nous avons recueillis. Nous tenons à préciser que les prénoms des sujets ainsi que leurs noms de familles ont été modifiés, de même que les noms de villes ou toute autre information qui permettrait de reconnaître les sujets.

Nous avons retranscrits le discours de quatorze soignants, tous disponibles en annexe. Ne pouvant analyser tous les discours par manque de place, nous avons sélectionné cinq récits. Le choix des entretiens s'est effectué selon leur pertinence par rapport à nos questions de recherche.

### 4.1 Analyses des données et traitement des hypothèses

#### 4.1.1 Analyse de l'entretien d'Amélie

##### 4.1.1.1 Question 1 : Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?

Amélie a un discours assez fluide mais le ton de sa voix peut être teinté d'émotions, notamment lorsqu'elle évoque le décès de sa cousine, ou la priorité donnée à son travail. Nous avons pu remarquer lors de la retranscription que parfois, le ton de sa voix s'abaisse, laissant le discours pratiquement inaudible.

Nous avons pu relever un processus d'identification, notamment lorsque Amélie parle de son père : « *il faut savoir aussi je crois que mon père aurait aimé être éducateur parce qu'il a*

*travaillé bizarrement quand il était jeune avec des enfants sourds et muets » (p2). D'un côté, Amélie nous impose de savoir, avec le « il faut », mais de l'autre elle n'en est pas certaine « je crois que ». Nous avons donc ici également un mécanisme de projection. Le processus d'identification est présent puisqu'Amélie est éducatrice, comme aurait voulu l'être son père. Nous supposons, dans la deuxième partie de la phrase, que le « bizarrement » fait référence à son fils, sourd. Peu après dans le discours, Amélie poursuit avec un mécanisme d'identification, lorsqu'elle fait référence à la musique « *et en fait il avait trouvé lui sa façon de communiquer avec eux c'était pas passer ... c'était passer par la musique [...] Et du coup euh ... moi c'est vrai que quand je suis arrivée ici ... au foyer euh ... bah je mettais toujours tout plein de musique ... donc chaque chose que je faisais ... même jusqu'à maintenant (rires) [...] Je ne sais pas c'est peut-être euh ... voilà ... au-delà de mes origines je pense que ouais ... dans la musique il y a quelque chose d'apaisant et ça peut faire rappeler des souvenirs souvenirs euh ... voilà ... est-ce que ça fait de moi la personne que je suis aujourd'hui ? Oui ... oui euh parce que la musique aussi m'a beaucoup portée » (p 2). Nous pouvons supposer qu'Amélie met de la musique en écho à son père, au-delà du fait que la musique soit un levier thérapeutique évident. Nous remarquons un processus identificatoire également dans les souvenirs que la musique peut faire ressurgir. Amélie dit que la musique lui a beaucoup apporté, et en agissant de la sorte, elle espère peut-être faire émerger des souvenirs aux résidents.**

Nous pouvons relever un mécanisme de projection lorsqu'Amélie parle de ce que son travail lui apporte dans sa vie personnelle, et plus précisément, des résidents sur son fils : « *ça m'aide en fait à ... à me donner de la distance par rapport à la maladie de mon fils je ne sais pas comment expliquer [Hum hum] Euh ... et du coup ça m'a permis aussi de mieux comprendre et bah la maladie de mon fils tu vois c'est pas les mêmes maladies [Non] Mais je veux dire l'impact que ça a sur le corps [Hum hum] Parce que mon fils est plus fatigué ... il prend des médicaments lourds comme ici ils sont très fatigués ils prennent des médicaments » (p 12). Un peu plus loin dans le discours, le mécanisme projectif se déplace de sa vie à elle aux résidents : « *Je ne sais pas moi il y a des trucs un peu perso quand même ... mais en même temps eux ils me déballetent tout [...] du coup des fois les remettre dans la réalité de ce que nous on vit aussi parce que je pense que des fois ils sont étonnés euh les résidents de nous voir en dehors de ... du foyer ... » (p 13). Elle évoque le fait presque injuste, inégal, que les résidents racontent tout à leurs accompagnants mais que ceux-ci ne puissent pas se livrer aux résidents comme ils le souhaitent. C'est comme s'il y avait un déséquilibre dans la relation, et**

qu'Amélie se mettait à la place des résidants en se disant que c'était normal que eux aussi sachent des choses de leurs vies.

La fin de l'entretien est très révélatrice au niveau de l'identification puisqu'Amélie dit : « *mais je me dis des fois je suis aussi malade que les résidants [(rires)] Parce que des fois mes collègues mes amis me posent des questions et me disent ouais Amélie c'est pas du tout ce qu'on avait parlé et je me rends compte que mon esprit va .... [(rires)] Et je leur dis c'est une déformation professionnelle* » (p 16). Nous percevons là que cela n'est en rien une déformation professionnelle mais une identification.

Amélie a vécu le décès de sa cousine le jour de ses 13 ans. Cette période correspond à l'adolescence, qui marque des changements identitaires importants. Amélie semble s'être construite autour de ce deuil, au point d'utiliser la sublimation pour se relever de cette épreuve : « *et je me suis dit voilà non ... comme si je lui avais fait une promesse euh ouais fin je je je j'aiderai fin quelqu'un pour au moins essayer de te ... fin de lui sauver son âme à elle fin je ne sais pas comment expliquer* » (p6).

Nous remarquons qu'Amélie utilise massivement la projection et l'identification avec les résidants. Les frontières entre sa vie de famille et sa vie professionnelle semblent très perméables, avec un père qui aurait aimé être éducateur, un fils porteur de handicaps, la musique qui semble essentielle dans leur vie, ... Nous avons relevé un mécanisme de sublimation mais qui ne s'inscrit pas dans ce cadre, puisque la sublimation a probablement été un levier pour être soignant mais ne lui permet pas de se protéger psychiquement dans la relation avec les résidants.

#### **4.1.1.1.2 Question 2 : Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?**

La première phrase qu'Amélie répond lorsque nous lui posons la question sur le récit de vie est la suivante : « *alors euh pour moi euh ce qui est important dans la personne que je suis c'est le métier que j'exerce déjà [Hum hum] Avant d'être maman et tout ça* » (p 1). C'est-à-dire qu'Amélie met en avant ses qualités professionnelles au détriment de ses qualités maternelles. Cela l'interpelle lorsqu'elle le formule puisqu'elle utilise à plusieurs reprises le mot « bizarre » dans la suite du discours à la page 3 « *bizarrement quand je parle de moi à des gens à l'extérieur et je dis ah ouais je suis éducatrice auprès de gens malades psychiques ...*

*c'est bizarre quand j'y repense comme ça (rires) [(rires)] Avant de dire que je suis maman de deux enfants comme quoi ouais ... (rires) » (p 3). C'est comme si elle se définissait par sa fonction professionnelle : elle « est » éducatrice et elle « a » deux enfants.*

Amélie évoque un événement potentiellement traumatique, voire traumatique, qui a constitué les prémices selon elle, de sa vocation professionnelle, le décès de sa cousine le jour de ses 13 ans : « *a ... l'anniversaire de mes 13 ans j'ai ma cousine euh ... qui est morte [Hum hum] Elle était handicapée et je crois que euh ... mine de rien si je fais ce métier c'est pour ça ... voilà ... [D'accord] Voilà c'est ce qui fait de moi une grande partie de ce que je suis aujourd'hui ouais c'est c'est mon travail » (p 1). Cet événement prend une grande place dans le discours, tout comme il semble en prendre beaucoup dans la vie d'Amélie. Elle en reparle à la page 6 : « *et bah déjà bah parce que bah le jour de mes 13 ans [Oui] J'avais dit euh ... parce que j'avais vu beaucoup de gens autour de ma ... de ma cousine et je me suis dit ils font un bon métier quand même euh ... ils aident les autres quoi » (p 6). Nous percevons vraiment à ce moment précis du discours la vocation professionnelle qui se dessine. Elle poursuit un peu plus loin en disant : « *le fait que ma cousine soit morte à mes 13 ans ça m'a particulièrement marqué [...] Euh voilà donc euh sur la fin elle parlait plus quoi ... et voilà ... elle s'appelait Sandrine ... ouais elle est morte le jour de mes 13 ans ... ça me marquera parce que en fait j'ai pas ... j'ai pas fêté du coup j'ai pas soufflé mon gâteau ce jour là [Hum hum] En plus c'était la seule fois bizarrement que ma mère m'autorisait à faire une fête avec mes amis ... (rires) [(rires)] Comme quoi ... chaque année je demandais non non non et là le jour où je demande elle me dit oui il y avait du monde à la maison et voilà ... j'ai pas fait mon gâteau ... mais bon ... c'est pas grave » (p 7). Amélie semble d'autant plus marquée puisque c'était sa journée d'anniversaire, son jour « à elle » qu'elle n'a pas pu fêter.***

Amélie semble éprouver un désir de réparation vis-à-vis de sa cousine handicapée, décédée le jour de ses 13 ans. Elle dit en parlant de son métier : « *et je me suis dit voilà non ... comme si je lui avais fait une promesse euh ouais fin je je je je j'aiderai fin quelqu'un pour au moins essayer de te ... fin de lui sauver son âme à elle fin je ne sais pas comment expliquer » (p6). Nous sentons vraiment que cet événement lui a donné une force. A ce moment du récit, nous nous demandons s'il est possible qu'Amélie se perde dans cette fonction réparatrice, qu'elle se fasse happer par ce métier auquel elle semble dédier sa vie. Nous nous demandons aussi si cet événement, cette plaie qui paraît encore béante à un niveau plus latent, pourra un jour se refermer puisqu'en « sauvant son âme », cette blessure est sollicitée quotidiennement, d'autant plus, cette cousine handicapée, fait, nous le supposons (notamment avec le mot*

« aussi »), probablement résonnance avec les handicaps de son fils : « Voilà après je vois pas euh ... bon après je suis maman d'un ... d'un autre côté euh ... voilà ... avec des difficultés du coup parce que j'ai un enfant euh ... qui est handicapé aussi [**Hum hum**] Qui a une maladie de Crohn et qui a une surdité euh ... dégénératrice » (p 1). Amélie, lorsqu'elle était en formation, s'identifiait d'ores et déjà aux parents d'enfants handicapés : « quand j'ai fait ma formation il y a dix ans je me disais oh lala les parents comment ils font avec euh ... pfff avec leur enfant qui était euh soit handicapé soit malade moteur fin je sais pas comment dire ... et maintenant que je suis euh ... et bah soignant et ... d'un côté et bah confrontée à la réalité d'être euh le pagnant euh le ... le parent qu'accompagne euh .. un enfant bah avec des difficultés » (p1). Elle a fait un très joli lapsus, un mixte des mots « parents » et « soignants » qui révèle bien encore une fois la place qu'être soignante prend dans sa vie.

Nous allons nous détacher quelques instants de la vocation professionnelle d'Amélie pour s'intéresser à son contexte familial, qu'il nous semble important d'évoquer. Amélie semble avoir grandi dans un environnement familial particulièrement rigide : « je crois que euh l'éducation euh en général elle compte énormément dans ce qu'on peut devenir avec bon les bons et les mauvais côtés hein parce que moi j'ai été élevée à la dure » (p 4). Lorsque nous lui demandons de développer elle dit : « Euh ouais fin à la dure c'est-à-dire que mes parents en fait nous laissaient rien passer » (p 4). Elle parle notamment des horaires et raconte une anecdote qui l'émeut encore aujourd'hui « mon père je me souviens un jour il me dit oui à 21h00 tu es là je dis ok je suis descendue il était 20h20 quoi chez ma copine ... j'allais juste faire un travail vite fait euh avec elle [**Hum hum**] Je suis arrivée à 21h01 : 23 vous voyez j'ai 40 ans je m'en souviens euh ... encore [(rires)] Et bah euh mon père m'a laissé dehors [...] mine de rien ça a forgé quelque chose en moi que là j'ai tellement une peur d'arriver en retard que j'arrive quand j'arrive au boulot bah avec vingt minutes d'avance quoi (rires) pour pas qu'on me reproche [(rires)] Et quand ça m'arrive d'être en retard ... même de deux minutes ou trois minutes ... je suis dans un état mais euh pfff comme si en fait j'avais perdu du temps quoi [**Hum hum**] Et en fait ça ça me revient toujours en mémoire [**Hum**] Ça m'émeut parce que en fait ce jour là j'ai dû aller dormir chez ma copine je suis restée à attendre que mon père il m'ouvre la porte pendant vingt minutes je disais papa papa s'il te plait ouvre-moi il me disait non j'ai dit 21h00 pas 21h01'23 » (p 5). Amélie évoque également l'exigence de ses parents au niveau scolaire « même à l'école j'étais la meilleure de ma classe en terminal, meilleure de ma classe en première mais ça suffisait pas quand vous voyez vous ramenez des notes vous avez je ne sais pas 18 sur 20 et on te dit mais pourquoi t'as pas eu 20 à cause d'un

*accent ou d'un point euh ... et du coup t'es obligée de te ... de copier cent fois le mot après pour ... voilà ... je trouve que c'est pas [Hum] On ne peut pas dire que ... mais en même temps c'est bizarre mais ... en même temps euh ... je trouve ça dur en fait quand j'y rep... mais en même temps en fait euh ... bah je fais plus de faute de ... de français » (p 5). Cette obsession des horaires se retrouve d'ailleurs, à la page 12, elle dit en plein milieu de son discours : « *par contre faudra juste me dire euh à moins dix parce que j'ai un rendez-vous euh et il faut que je parte [Ah il est moins dix (rires)] Ok ... cinq minutes alors [(rires)] (rires) et il faut que je parte à 14h00 ... [Ah ok] J'ai un rendez-vous à 15h00 avec madame euh ... madame A\*\*\* (résidente) ».* Cette rigidité dans le fonctionnement éducatif a pu, nous pouvons imaginer, créer de l'angoisse et exercer une certaine pression sur Amélie (arriver à l'heure, être plus que la meilleure). Amélie s'est construite autour de ce cadre et a su en tirer des bénéfices, même si nous sentons une certaine rancœur dans son discours. Au cours de son enfance, Amélie a été également victime de racisme : « *j'ai vécu en Picardie donc c'est pas grave hein euh le racisme je connais au final noiraude hum ... on m'appelait comme ça quand j'allais à l'école » (p 9) ;* notamment à l'école, puis dans une de ses expériences professionnelles.*

Malgré son éducation quasi militaire, elle évoque des liens forts avec son père et éprouve une grande reconnaissance envers lui : « *Voilà quoi mais euh ouais ... pourtant il y avait j'avais mes deux parents mais je dis souvent mon père il m'a fait ci il m'a fait ça il m'a montré ci et tout et c'est vrai en fait alors ma mère euh bizarrement euh elle était là mais voilà quoi ... mais c'est plutôt mon père qui m'a élevée ... ouais ... déjà il a changé de ... sa façon de travailler [...] Du coup il a prit un horaire de nuit [Hum] Pour en fait qu'on reste à la maison et que c'est lui qui nous emmène à l'école etcétera et euh ... voilà quoi et ma mère faisait le relais en fait euh quand elle fin quand mon père travaillait le soir elle elle arrivait pour 17h00 et mon père partait à 17h30 quoi [Ha oui] Donc ils faisaient les transmissions déjà (rires) [(rires)] Donc ils se sont entendus comme ça ».* Nous pouvons en déduire que la figure maternelle est moins présente voire absente dans la construction identitaire d'Amélie. Est-ce qu'elle-même est en train de répéter cette situation, en « priorisant » son travail ?

Après avoir fait des études de droit, elle dit : « *à ... mes 28 ans j'ai dit non stop c'est bon j'arrête de faire des études pour faire plaisir à mes parents ... je vais aller faire éducatrice » (p 6).* Derrière le « j'arrête de faire plaisir à mes parents », nous percevons même inconsciemment une sorte d'emprise parentale. Amélie a donc dû attendre ses 28 ans pour se réaliser et se défaire de l'environnement familial rigide, qui, nous le supposons, pouvait être encore présent jusque là. Et même pas tout à fait puisqu'elle a dit au début de l'entretien : « *mon père*

*aurait aimé être éducatrice* » (p2). Ainsi elle « arrête de faire plaisir à ses parents », mais exerce tout de même une certaine loyauté envers son père.

Amélie parle également de ses expériences en stage et dit « *Et du coup j'avais rencontré un éducateur il s'appelait Momo et Momo il me dit non mais toi t'es faite pour ce boulot là quoi ... cherche même pas c'est ici [(rires)] Il me dit tu pourras faire tout ce que tu veux tu finiras éduc ... ok et euh voilà ... et c'est vrai je suis devenue éduc (rires)* » (p 6). Est-ce une prophétie auto-réalisatrice ?

Amélie semble avoir vécu des événements potentiellement traumatisants qui ont probablement changé le cours de sa vie, notamment le décès de sa cousine. Son histoire atteste également de nombreuses répétitions : le handicap de son fils qui fait écho à celui de sa cousine, le fait d'exercer le métier que son père aurait voulu faire, une figure maternelle peu présente qu'elle semble reproduire, une obsession au niveau des horaires, ...

#### **4.1.1.1.3 Question 3 : Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?**

Lors du discours d'Amélie, nous nous apercevons que beaucoup de liens peuvent se créer entre son vécu personnel et son vécu professionnel. Son père qui souhaitait devenir éducateur, elle qui le devient. Son père travaillait auprès d'enfants sourds et muets, son fils souffre de surdité profonde, elle perd sa cousine handicapée le jour de ses 13 ans et elle se doit de « réparer » de cela en devenant éducatrice. Son fils est porteur de handicap, tout comme sa cousine ainsi que les résidents avec qui elle travaille. L'éducation très stricte reçue par ses parents a peut-être aussi contribué aux motivations d'Amélie à exercer ce métier. Vie professionnelle et vie personnelle semblent tellement se confondre qu'elle fusionne inconsciemment le mot « parent » avec celui de « soignant » : elle est « pagnant ».

Nous voyons qu'Amélie est une personne hypersensible et que ce métier peut la mettre en difficultés au niveau émotionnel « ... *j'ai fait fin j'ai travaillé dans un endroit euh ... bah après que j'étais jeune euh ... jeune diplômée c'était auprès de ... d'enfants polyhandicapés ... et j'ai pas supporté en fait ... je pleurais quand je rentrais chez moi le soir ... j'ai fait un mois ... péniblement* » (p 2). Nous pouvons dire que la sphère affective est très présente chez Amélie : « *je fais avec ce que moi je ressens et ce que je ... je trouve euh au-delà de ... d'être éducatrice du ... du respect de la personne quoi vous voyez* » (p 2).

Amélie parle longuement de ses expériences professionnelles, ce qui représente 5 pages sur 16 de la retranscription de l'entretien. Nous ne les reprendrons pas individuellement par manque de place mais au cours de celles-ci, elle développe les institutions dans lesquelles elle a travaillé, les publics et ce pourquoi ses contrats n'ont pas été reconduits. Nous nous rendons compte qu'Amélie peut avoir des difficultés à se conformer et à s'exprimer. Elle dit d'ailleurs : « *j'en ai fait plein des publics ... mais à chaque fois j'étais pas ... pas assez à mon aise ... alors j'ai encore des choses à travailler* » (p 3).

Elle semble avoir trouvé l'établissement qui lui correspond : « *et mine de rien euh je réagis aussi enfin trouver euh ... ouais le ... je ne sais pas comment dire le ... l'établissement qui me fait être moi [...]* Et en fait ici ... bah je crois que c'est ... un aboutissement en fait c'est comme si c'était un ... ouais une continuité de ce que j'avais pu faire en formation et je voulais travailler avec ce pu... ce public » (p 3). Amélie dit quelque chose de très fort : « elle a trouvé l'établissement qui la fait être elle ». Avec les éléments dont nous disposons, nous pouvons avancer l'hypothèse que son éducation rigide, voire castratrice, n'a pas pu lui permettre de se réaliser, et que toutes ses expériences professionnelles précédentes ne lui ont pas permis de s'exprimer. Elle le dit d'ailleurs très bien « *moi aussi j'avais pas eu des ... des endroits où c'était facile de ... de penser ce que je voulais parce que quand je pensais ce que je voulais on m'écartait [Oui]* » (p 16). Nous nous questionnons sur la fonction que l'établissement peut avoir sur Amélie. Et nous pensons notamment à une fonction maternante. L'établissement semble être un lieu où Amélie se sent « elle-même » et en sécurité puisqu'elle peut s'exprimer. Il s'agit également d'un lieu où elle donne beaucoup, mais elle reçoit en retour.

Nous sentons que ces échecs successifs ravivent une certaine émotion chez Amélie. Nous avons l'impression que l'identification d'Amélie aux résidants de différentes populations est très intense et que l'immense respect, une de ses valeurs fondamentales, restent tellement important qu'Amélie met tout en œuvre pour améliorer leur confort. Mais intervient-elle prématurément dans les institutions ? Se confronte-t-elle à des personnes qui travaillent depuis trop longtemps de la même manière et ne sont pas prêtes à changer ? Ou est-ce Amélie qui pose problème au sein des institutions ? Amélie n'éprouve-t-elle pas une intolérance à l'injustice ? Est-ce qu'elle s'identifie trop aux personnes qu'elle accompagne ? Ces interrogations restent sans réponses mais elles méritent d'être soulevées. « *Je m'étais donné 4 ans pour trouver la population que je veux* » (p8) « *Donc les malades psychiques qui restaient là vraiment et du*



*coup je me suis dit entre temps il faut que j'aille faire des ... je vais aller faire mon expérience quoi après de diverses publics » (p 8).*

Nous remarquons qu'en cas de conflit, Amélie semble régresser et manifester une certaine immaturité fonctionnelle. Cela est visible lorsqu'elle raconte ses expériences professionnelles. Nous pensons qu'Amélie a une intolérance à la frustration et que lorsqu'une personne lui manque de respect, elle peut perdre ses moyens et régresser sur le plan libidinal.

Nous voyons bien les bénéfices qu'Amélie tire de son travail et les perspectives d'avenir qu'elle envisage ainsi que la place que le travail prend dans sa vie : *« c'est un peu lié à ma vie perso et du coup à ma vie professionnelle ... je me dis j'aimerais bien dans les années à venir aller euh ... voir comment ça se passe au Canada [Ouais] Et pourquoi pas y rester [Hum hum] Et faire une partie de ma vie professionnelle là-bas ... et après bah ... de revenir ici et peut-être euh ... bah d'ouvrir une structure ou je sais pas ... ou d'aider en fait les structures qui seront en place ... ah oui euh on se rétablit pas euh par les médicaments quoi » (p14-15).* L'avenir d'Amélie semble tourner autour du rétablissement et de son métier.

Nous avons l'impression que ce travail constitue pour Amélie une échappatoire. En voici un bel exemple : *« par contre ce qui m'a étonnée c'est que quand ils ont su que j'étais enceinte et tout parce que je suis venue une fois j'étais comme ça ne je pouvais plus marcher en gros (rires) [(rires)] J'avais passé un Noël ici et tout fin c'était super fin voilà c'était la fête de Noël et tout et ils étaient contents de me voir enceinte » (p 13).* Ainsi, elle passe Noël avec les résidants, plutôt qu'en famille. Cette institution peut être un moyen pour elle et de se réparer, et de s'échapper des handicaps de son fils. Le foyer ne constituerait-il pas pour Amélie une seconde famille ?

Amélie semble tirer d'énormes bénéfices à travailler dans cette structure. Cette institution semble être la seule qui lui permet d'exister. Nous pouvons également en déduire qu'Amélie a un besoin de réparation énorme vis-à-vis de sa cousine. L'établissement constitue une échappatoire par rapport à son fils qui est lourdement handicapé, où elle semble y avoir trouvé une seconde famille. Amélie ne semble pas trouver d'inconvénient et son travail lui permet de tenir au niveau psychique et de s'émanciper. Elle paraît assez fragile au niveau affectif mais ce public lui convient. L'inconvénient que nous pouvons avancer est qu'elle ne parvient pas à prendre de la distance avec sa vie professionnelle, et elle a besoin de se rendre à son travail, même lorsqu'elle est en congés. Elle vient par exemple faire Noël avec les résidants alors

qu'elle est en congé maternité. La vie d'Amélie semble jonchée d'événements qui l'ont constituée et l'ont guidée dans ses choix de vie.

## 4.1.2 Analyse de l'entretien de Charlotte

### 4.1.2.1.1 Question 1 : Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?

Nous remarquons que le débit de paroles de Charlotte est très dense, il nous est difficile d'intervenir et elle laisse très peu de place au silence. C'est comme s'il y avait une peur du manque et qu'elle était toujours obligée, par l'intermédiaire de la parole, de combler le silence, ou le manque. Elle le dit elle-même, l'usage de la parole lui permet de se déverser « *il est arrivé souvent que euh je sorte du travail et que je sois avec soit un ami ou euh soit mon compagnon et euh que je me me déverse complètement pendant des heures et des heures au point que après je suis fatiguée de parler et je vais dormir quoi* » (p 19).

Nous remarquons la présence d'un mécanisme d'annulation : « *mon père top j'ai rien à reprocher à mon père euh de p... il ya des petites choses hein comme tout parent on peut leur reprocher tout et n'importe quoi* » (p 7), mais qui ne s'adressent pas aux résidents en tant que tel, mais c'est un processus que Charlotte utilise.

Elle revient à plusieurs reprises sur son immaturité affective. Nous sentons qu'elle met en œuvre des mécanismes de défense, mais elle se laisse aussi envahir par ses émotions et semble vraiment donner de sa personne dans son travail, ce qui lui coûte une beaucoup psychiquement : « *ça me coûte ... ça me coûte je sais pas trop quoi encore [Hum hum] Mais ça me coûte un peu c'est vrai bah je le sais parce que euh parce que tous les trois mois je finis en pleurs et que j'ai besoin d'une semaine d'arrêt* » (p 16).

Nous remarquons chez Charlotte, un processus d'identification. En effet, elle se retrouve dans les personnes qu'elle accompagne : « *je me sentais moins heurtée par ces personnes là si vous voulez que par la peut-être le ressenti parfois d'une d'une certaine différence dans dans à l'extérieur quoi [Hum hum] Je trouvais ces gens là plus doux plus euh ... très malades mais euh mais dans la relation plus simples plus facile d'accès et plus à mon niveau et fin je ne sais pas comment expliquer ça* » (p 12). L'identification se remarque également par la suite : « *Ils ils ont pas de masque social et c'est c'est cette difficulté là que j'ai dans le monde exté-*

*rieur c'est-à-dire que j'ai beaucoup de mal à faire avec le masque des uns et des autres et à moi-même en porter un et euh du coup ça je ne l'ai pas avec euh avec les patients pas du tout je trouve que les choses qui se disent sont beaucoup plus vraies [...] je trouve avoir des discussions avec eux qui sont bien plus réelles et bien plus palpables et euh et authentiques que euh dans le monde extérieur disons [Hum hum] Bah c'est comme ça c'est comme eux ils peuvent dire quoi [Hum] Que il y a le monde extérieur et puis il y a ... [Oui] Alors moi je ne fais pas cette différence là puisque je suis-je je je j'oscille entre les deux si vous voulez » (p 14-15). Charlotte parle du monde extérieur et du foyer. Elle dit ne pas faire la différence entre ces « deux mondes » mais le fait même de l'évoquer laisse un doute ... elle parle également de « masque social », ce qui semble révélateur, avec le monde extérieur, de la présence de traits paranoïaques. Ces traits se retrouvent également lorsque nous interrogeons Charlotte sur la notion de rétablissement. Il y a un mouvement projectif, mais on retrouve aussi cette angoisse paranoïaque : « Bah j'espère que ça me conduit pas moi vers un peu de folie parce que ça serait quand même un peu fin si c'est les histoires des vases communiquant euh ça serait compliqué quand même vous imaginez bien » (p 15). Nous pouvons également faire le lien avec la mère de Charlotte qui a des tendances dépressives et qui travaille en psychiatrie. Est-ce qu'à force de côtoyer la psychiatrie, sa mère est devenue folle ? La folie est-elle transmissible ? La mère de Charlotte possède-t-elle elle aussi des traits paranoïaques ?*

Nous avons dans le discours, une identification de Charlotte à sa mère : « je ramène à la maison mon travail comme euh comme j'ai pu observer chez ma mère et euh c'est d'ailleurs ce que je lui ai reproché donc j'essaie de pas [Hum hum] J'essaye vraiment de pas faire la même chose » (p 19). Mais nous remarquons que Charlotte veut se différencier de sa mère, pour ne pas reproduire ce qu'elle a vécu en tant qu'enfant avec une mère absente : « si je dois peut-être être amenée à avoir une famille peut-être qu'à ce moment je me dirais non je fais plus ça parce que je sais que je ramène du boulot à la maison sans le vouloir finalement parce que c'est pas du boulot à écrire euh c'est dans la tête » (p 19).

Nous sentons chez Charlotte un conflit vis-à-vis de sa mère. En effet, elle semble s'identifier à elle puisqu'elle travaille dans le même domaine, mais en même temps, elle ne veut surtout pas ressembler à cette mère qui a été absente physiquement (noyée dans le travail) et psychologiquement (avec des tendances dépressives) durant toute son enfance. De plus, nous sentons chez Charlotte des angoisses paranoïaques. Celle-ci est donc tiraillée entre sa ressemblance avec les résidents et le fait de devenir « folle » (« comme sa mère ») à force de travailler en psychiatrie.

#### 4.1.2.1.2 Question 2 : Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?

Si nous devons résumer le parcours de vie de Charlotte, tant dans l'enfance, que dans l'adolescence ou dans le début de sa vie d'adulte, nous remarquons que la souffrance a été omniprésente. Nous avons relevé quelques exemples au début de l'entretien : « *Comme toutes les histoires familiales hein il y a des difficultés* » (p 1) « *Ce qui a quand même été euh ... ce qui m'a compliqué un peu la vie* » (p 1) ; « *un parcours scolaire un peu compliqué* » (p 2). « *On vous considère un peu comme un moins que rien* » (p 2) ; « *devoir se battre en fait pousser des portes* » (p 2). « *Tenter le concours le rater le recommencer* » (p 2). « *Moi j'ai un peu galéré donc je pense que ça ça m'a ça m'a construite aussi* » (p 2). « *ils avaient une vie un peu de couple un peu de couple et de parents un peu compliquée* » (p 3). « *Donc ça a pas été forcément évident* » (p 4). « *Ça a été plus difficile et après la naissance de mon frère* » (p 4). « *J'ai un peu vécu l'enfer* » (p 4). « *Fin c'était vraiment un truc euh compliqué à gérer pour moi et à comprendre* » (p 4). « *C'est vrai que là ces années là étaient difficiles* » (p 4). « *Pendant deux ans on a vécu l'enfer* » (p 4). « *On était confronté de plein fouet à des situations pas évidentes* » (p 4). « *C'est c'était compliqué quoi* » (p 4). « *Ça s'est très très mal passé* » (p 4). « *Et il a fallu du temps [Oui] Ça n'a pas été évident j'ai mis plusieurs années à me reconstruire* » (p 5). « *Voilà j'ai pas eu le soutien que je cherchais quand j'étais gamine quoi* » (p 5). Et l'entretien compte 20 pages donc nous voyons à quel point les difficultés sont palpables, puisque des expressions semblables continuent de se glisser tout au long de son discours.

Charlotte évoque la profession de sa mère et suppose que cela a aussi contribué à ses choix professionnels. « *Euh j'ai une maman qui est infirmière en psychiatrie ... donc je pense que ça a participé un peu à mon côté euh un peu humaniste quoi euh voilà* » (p 1). Nous avons ici une identification à sa mère, mais également nous nous rendons compte que Charlotte a baigné dans la psychiatrie depuis son plus jeune âge : « *Toute petite j'allais déjà à l'hôpital psy en fait (rires) et je dormais là-bas* » (p 3). Avoir été très tôt au contact des gens à également motivée sa vocation professionnelle : « *c'est là que ça a commencé à se dessiner quand même qu'une carrière sociale ça serait peut-être mieux pour moi parce que je me plaisais au contact des gens* » (p 2). « *Alors le handicap psychique bah finalement j'étais pas forcément euh prédestinée à ça malgré le fait que ma mère travaillait là-dedans parce que moi je ne me*

voyais pas forcément travailler avec des personnes handicapées je me voyais plutôt dans le social » (p 12). Nous percevons de nouveau la différenciation de Charlotte à sa mère.

Nous remarquons dans le discours un certain clivage de sa mère. En effet, Charlotte décrit une mère qui a des tendances dépressives à la maison [*« ma mère a des penchants dépressifs hein et c'est c'est un peu de famille j'ai envie de dire [...] on a des on a des des traits dépressifs dans ma famille du côté de de ma mère »* (p 4)] et une professionnelle exemplaire, dont tout le monde ventait les mérites. Elle met aussi en lumière certaines carences affectives qu'elle a pu recevoir de sa mère étant enfant. *« Et et et lors de ces moments-là j'entendais souvent euh ta mère est incroyable ta mère est formidable c'est une excellente professionnelle machin t'as de la chance d'avoir une mère comme ça mais moi je voyais le décalage en fait [Hum] J'avais à la maison une mère dépressive euh triste euh malheureuse jamais contente fatiguée pas présente pour euh fin à mon sens pas présente au-delà pour moi ... elle était présente pour les le suivi d'école le suivi et c'était pas forcément la joie mais pas pour plus quoi en fait [Hum hum] J'avais pas le sentiment d'avoir une mère aimante euh un peu euh alors il n'y a pas de doute qu'elle est qu'elle m'aime mais euh j'avais fin elle est pas douce quoi elle était pas douce elle était euh c'était pas la mère câlins quoi [Hum hum] C'était plus la mère bâton quoi (rires) ... »* (p 5). Ces carences affectives ont conduit probablement à de la colère puisque cette femme était d'un professionnalisme exemplaire mais une mère épuisée. *« Je pense que je lui en voulais beaucoup euh [Hum] De ne pas avoir consacré plus de temps à sa famille et d'avoir consacré parce que en fait euh beaucoup de temps à son travail finalement elle était très prise par son travail psychologiquement et physiquement »* (p 5).

Charlotte évoque son adolescence. Après le divorce de ses parents elle a vécu chez sa mère mais ça s'est très mal passé avec celle-ci : *« j'ai pris mes affaires et je suis partie chez mon père à 14 ans [Hum] Donc vraiment voilà euh trois quatre mois après le divorce ... et je suis restée avec mon père [D'accord] Et il a il a il a fait un peu tout ce qu'il pouvait pour euh réparer euh ce qui avait été un peu cassé euh par euh par toute euh par toute l'histoire familiale »* (p 4-5). Charlotte évoque par la suite la relation privilégiée qu'elle avait avec son père : *« Ha bah mon père euh mon père moi j'ai un lien un peu euh un lien un peu spécial hein euh privilégié même euh parce que une jeune fille de 14 ans qui grandit avec son père finalement euh c'est c'est quand même un peu spécial mais euh alors que la mère est vivante et qu'elle est dans le coin quoi »* (p 6). Nous sentons de la gêne, presque un lien psychologiquement incestuel, très mal vécu par la mère de Charlotte : *« J'ai vraiment un lien très fu... assez fusionnel avec mon père ça a pu être problématique dans la relation entre mon père et ma mère parce*

que [...] ma mère euh ma mère me reprochait ça ... c'est-à-dire que ma mère m'a reproché ma relation privilégiée avec mon père [**Hum hum**] En disant mais de toute façon t'es bien la fille de ton père ... donc parfois des propos qui n'étaient pas dits mais qui pouvaient être sous-entendus et en tout cas moi je le ressentais comme tel étant gamine comme limite un comportement fin une relation incestuelle mais sans être incestueuse [**Hum hum**] Mais incestuelle et ça j'avoue que ça m'a quand même pas mal perturbée » (p 6). Nous apprendrons plus tard que la mère de Charlotte a été victime d'inceste par son grand-père et que celle-ci a des humeurs dépressives : « ma mère a des penchants dépressifs hein et c'est c'est un peu de famille j'ai envie de dire [...] on a des on a des des traits dépressifs dans ma famille du côté de de ma mère » (p 4). Le fait que Charlotte utilise le pronom personnel « on » peut induire qu'elle s'inclue aussi comme ayant des penchants dépressifs. Dans la suite du discours, Charlotte fait référence à des attouchements que sa mère aurait subi du grand-père (de sa mère), et qui pourraient expliquer l'origine des humeurs dépressives, ayant été jusqu'à des tentatives de suicide. « C'est un peu difficile à dire mais euh ma mère a vécu des euh ... des attouchements [**Hum hum**] Euh ... de l'ordre de l'inceste parce que c'était mon arrière grand-père [**Oui, d'accord**] Qu'elle a toujours euh au début on pensait carrément à un viol enfin et c'est ça a été un tabou familial si vous voulez j'en ai pas entendu parler avant mes 14 ans par contre ma mère me disait étant petite heu je suis pas bien je ne peux pas t'expliquer pourquoi mais il y a quelque chose mais je te le dirais quand tu pourras entendre ça je te dirai quand tu seras grande ... et moi j'ai entendu ça pendant toutes mes jeunes années en fait [**Hum hum**] Et donc c'était ponctué euh il y a eu quand même plusieurs tentatives de suicide il y a eu des trucs un peu voilà ... c'était pas facile du coup de me construire à côté [**Hum**] Et euh ... et donc quand j'ai compris qu'il y avait ça cette histoire de de de ... fin que j'ai un peu plus compris qui était ma mère effectivement euh ça m'a permis de me réconcilier avec elle sur euh pas mal de choses et de comprendre que bah euh les propos qu'elle avait eus concernant mon père et moi c'était de l'ordre pas du délire mais euh [**Hum hum**] C'était plus en lien avec son histoire personnelle, son vécu d'enfance que la réalité » (p 6). Nous sentons que le discours de la mère est ponctué de culpabilité et que l'enfance de Charlotte tourne autour de ce secret. 14 ans a donc été un âge charnière pour Charlotte puisqu'elle vit chez son père, a une relation privilégiée avec lui, elle apprend que sa mère a subi des attouchements par son grand-père. Charlotte s'est construite autour de ce secret de famille, elle comprenait des choses mais sans que ça lui soit expliqué, ce qui a pu être générateur, nous le pensons de conflits psychiques. Sa mère a en effet pu la culpabiliser inconsciemment de la relation d'avec son père et cela pouvait d'autant plus renforcer l'agressivité envers sa mère qui était aux

prises avec sa propre histoire. D'ailleurs, lorsque sa mère a avoué son secret, les tensions entre les deux femmes se sont apaisées.

Dans le discours de Charlotte, nous sentons que les rôles parentaux ont presque été inversés. Ainsi, le père a plus une fonction maternante, rassurante, alors que sa mère fait plus fonction paternante en instaurant un cadre et de l'autorité : « *c'est quelqu'un [son père] que ... que j'aime beaucoup que je trouve beaucoup plus doux que ma mère pour le coup euh qui est euh très à l'écoute [...] elle disait pas souvent qu'elle m'aimait et bah mon père il a fait tout le contraire en fait* » (p 6). « *Par contre lui pour le coup il est très couvant* » (p 6). « *Ma mère est revenue un peu sur le devant de la scène à ce moment-là en disant euh ... tu vas aller là tu vas passer tel concours tu vas faire ci tu vas faire ça* » (p 10).

Charlotte s'est construite avec des secrets de famille qui n'ont pu être dits qu'autour de ses 14 ans, qui peuvent être culpabilisateurs puisqu'elle a pu à un moment donné se demander si elle y était pour quelque chose dans le mal-être de sa mère. Et, nous remarquons également que le père a pu aussi être culpabilisateur car il dit que s'il n'avait pas eu d'enfants, il n'y aurait probablement pas eu de divorce. « *Il dit que ma mère il l'aimait vraiment fort que malgré qu'elle était quand même assez euh ... assez dépressive bah euh il l'aimait quand même très fort et que s'il y avait pas eu ses enfants ils ne se seraient pas séparés parce que euh parce qu'il l'aimait et qu'il aurait fait ce qu'il pouvait pour la pour la sauver en quelque sorte* » puis, elle se rassure en se disant que ça aurait été pire sans divorce : « *mais euh mais que comme nous on n'allait pas bien que mon frère il est il est allé voir un psy déjà a à peine quatre ans et que il était euh haut comme ça quoi [Hum hum] Et que moi euh j'avais pris euh l'année du divorce j'avais dû prendre vingt kilos sur l'année que fin je commençais à péter les plombs effectivement et euh et je pense que oui c'était euh c'était le moment qu'ils se séparent c'était plus gérable à vivre [...] je le porte quand même ce vécu familial encore aujourd'hui dans ma relation aux autres, dans ma façon de gérer mes émotions fin voilà* » (p 7).

Après une scolarité compliquée, Charlotte ne semble pas avoir été en mesure de faire un choix professionnel, dans un premier temps. Peut-être était-elle encore très affectée de la situation familiale à ce moment-là : « *C'est mes parents qui m'ont dirigé euh vers un BEP sanitaire et social je pense qu'ils ont perçu chez moi que c'était peut-être ce qui me correspondrait le mieux j'en sais rien et je me souviens pas avoir évoqué le fait que je voulais faire ce BEP là spécifiquement* » (p 10). Elle dit par la suite « *ce n'était pas le lien que j'attendais c'était ce ... fin au niveau de la relation avec les autres euh le lien marchant me me dérangeait un peu*

*euh le rapport marchand me dérangeait un peu mais en même temps ça me plaisait bien cet univers un peu santé un peu machin » (p 10). Le déclic semble avoir été créé par une de ses profs : « il s'est trouvé que j'avais une prof euh je sais plus quelle matière mais qu'était EJE et euh je suis tombée euh folle amoureuse de cette prof je l'ai trouvée géniale elle m'inspirait euh elle m'a donné euh elle m'a donné envie voilà tout simplement déjà voilà après le collègue qui avait été difficile » (p 10). Le centre où Charlotte a fait sa formation semble être un centre qui aide les gens en difficultés et qui « donne une chance à tout le monde ». Des gens qui se sont battus, un peu comme ce qu'elle narre de sa vie finalement. « Des gens qu'avaient euh milité dans le social depuis des années qui s'étaient battus pour que pour que les choses euh soient correctes enfin qu'on traite les gens correctement » (p 11).*

C'est par la suite, quelques années après, que Charlotte a pu trouver sa voie professionnelle. Un domaine où elle pensait/allait pouvoir potentiellement se réparer : « *Je pense que moi-même je devais me soigner de quelque chose euh à ce niveau-là au niveau relationnel [Hum hum] Donc j'en suis venue à éduquer un peu naturellement [D'accord] Et je pense que mon parcours de formation euh m'a permis de me réparer un peu aussi [Hum hum] Voilà ... » (p 12). Elle le dit d'ailleurs très bien elle-même : « Dans le social et euh médico-social quoi et euh et euh bah finalement euh bah ça me renvoie énormément de choses personnelles en fait euh quand on me disait à l'école euh vous vous vous réparez d'une certaine manière les personnes qui vont dans le social et qu'ils veulent faire éduquer c'est qu'ils ont quelque chose à réparer de personnel au début je le comprenais pas forcément parce que euh bah je le vivais tellement en direct euh que voilà je n'avais pas le recul nécessaire [Hum hum] Et puis voilà j'étais encore jeune euh je pense que la maturité affective a été un peu retardée par rapport à ce que j'ai vécu donc euh même là aujourd'hui je sais que j'ai parfois un peu de retard [...] Tout simplement ce travail avec les personnes en souffrance quoi et en même temps d'un autre côté euh je me vois toujours pas faire autre chose parce que euh parce que j'ai besoin de cette relation aux autres euh et en particulier les résidents les patients euh je les trouve très vrais en fait et euh et et finalement on on on sait qu'ils sont en souffrance mais euh ils ont un truc euh fin de de il y a une joie de vivre qui est vraiment plus euh palpable et plus authentique que chez les fin voilà il y a pas de masque ici fin voilà quoi » (p 14).*

Nous pouvons supposer que la directrice de l'établissement d'où Charlotte a fait son premier stage a eu une fonction déterminante dans les choix professionnels de Charlotte, et cette personne a pu être un tuteur de résilience pour Charlotte. Nous nous questionnons aussi sur la fonction de cette directrice, n'est-elle pas une figure maternelle sur laquelle Charlotte peut



s'appuyer ? « elle a pris du temps pour discuter avec moi pour me rassurer sur le sur le handicap et finalement je pense que c'est ces personnes-là qui m'ont qui m'ont ouvert à ce à ce handicap psy au handicap moteur et tout ça [...] quand on est confronté à des grosses souffrances comme ça c'est c'est pas forcément facile tout le temps quoi [**Hum hum**] Donc je pense que c'est ça c'est ma première expérience de stage qui m'a euh qui m'a enlevé cette euh fin qui a qui a atténué cette peur du handicap et qui m'a révélé finalement euh les personnes derrière le handicap » (p 13).

A travers ce récit jonché de souffrances, nous percevons un évident phénomène de répétition : une relation incestueuse entre l'arrière grand-père de Charlotte et sa mère ; et elle qui avait une relation fusionnelle avec son père, qui a probablement été vue comme de l'inceste pour sa mère ou en tous cas qui a fait écho à sa propre histoire. Nous retrouvons également une famille où, du côté maternelle, beaucoup de femmes souffrent de troubles dépressifs. Charlotte, tout comme sa mère, travaille en psychiatrie. Nous pouvons également remarquer que Charlotte a de bonnes capacités d'introspection et semble être lucide dans les relations problématiques qu'elle peut nouer avec les autres.

#### **4.1.2.1.3 Question 3 : Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?**

Nous avons l'impression que le sentiment d'utilité chez Charlotte est primordial. En revanche, nous pensons que cet investissement psychique dans sa vie professionnelle, lui nuit autant que ça lui est utile. En effet, ce sentiment d'utilité lui donne le sentiment d'exister mais comme elle donne beaucoup plus que ce que ses capacités psychiques lui permettent, elle est victime d'épuisement : « Mais en même temps euh j'aime ce que je fais et euh et euh voilà et je trouve ça ... utile voilà donc à partir du moment où je me sens utile euh ça va quoi [...] Alors qu'ici je sais que chaque journée même si c'est des petites choses et bah ça apporte euh ça aide à construire quelque chose autour d'eux... donc ça me plaît euh ça me plaît mais je suis fatiguée » (p 15). Nous pouvons nous interroger sur la qualité de l'investissement des relations de Charlotte : donne-t-elle trop de sa personne ou donne-t-elle de manière inadaptée ?

De plus, nous avons le sentiment que Charlotte n'est pas au clair avec les limites entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Nous pouvons faire l'hypothèse que la vie personnelle empiète sur le relationnel dans la vie professionnelle de Charlotte avec cette sensibilité, cette

souffrance béante et cette immaturité relationnelle comme elle le dit elle-même, qui se rejoue dans les relations aux résidants : « accompagner euh autant que faire se peut donc parfois même au-delà de mes propres moyens psychiques et et physiques sur l'instant [...] et ... ça me coûte ... ça me coûte je sais pas trop quoi encore **[Hum hum]** Mais ça me coûte un peu c'est vrai bah je le sais parce que euh parce que tous les trois mois je finis en pleurs et que j'ai besoin d'une semaine d'arrêt » (p 16). Et sa vie professionnelle s'immisce dans sa vie personnelle : « c'est vrai que ça impacte ma vie personnelle [...] **[Hum hum]** Euh bon bah comme j'ai pu vous dire tout à l'heure au niveau de la gestion émotionnelle et même des des c'est un peu difficile pour moi parfois je prends les choses un peu trop à cœur et effectivement je ramène à la maison mon travail [...] parce que je sais que je ramène du boulot à la maison sans le vouloir finalement parce que c'est pas du boulot à écrire euh c'est dans la tête [...] je sais que ce travail-là ça implique que derrière euh je décante et que je retravaille des choses qui se sont passées la journée que je réfléchisse mon positionnement professionnel dans telle ou telle situation [...] il faut apprendre à se à se détacher **[Hum]** Et ici j'avoue que euh c'est le travail de longue haleine que je fais et avec l'aide de mes collègues parce qu'ils sont finalement ils ont pas trop le choix ils voient bien que des fois je suis dépassée et ils essayent de m'aider un peu quand même [...] donc j'emmène un peu à la maison je devrais pas mais c'est pas aussi évident que ça » (p 18). Charlotte évoque de nouveau cet empiètement de sa vie professionnelle dans sa vie personnelle mais semble le minimiser en suggérant que la curiosité occupe une grande place : « J'emmène un peu de taf à la maison le rétablissement euh je le vis aussi à la maison parce que voilà il faut regarder euh il faut chercher des trucs regarder des vidéos [...] c'est un choix si je veux plus faire ça j'irai travailler avec des fleurs vous voyez [...] le rétablissement ça me pousse à être curieuse **[Hum hum]** Chez moi c'est-à-dire que je vais lire je vais m'interroger je vais aller regarder des trucs qui sont au Canada je vais je vais essayer de me documenter un peu fin vous voyez **[Hum hum]** Ça c'est vraiment la curiosité du rétablissement c'est toujours en fait finalement le rétablissement en soi pour moi c'est stimulant et intéressant ... Voilà **[Hum]** » (p 19).

Cette absence de limite semble lui faire dépenser énormément en énergie psychique. Elle reste d'ailleurs lucide quant à l'impossibilité de poursuivre sa carrière dans le social : « si je me réfère vraiment à ce que je ressens moi heu ça fait pas trente ans que je suis en psychiatrie et je pense pas que j'y ferai trente ans mais euh en fait c'est en fait c'est un une implication personnelle **[Hum hum]** Enorme au-delà même du professionnel fin de toutes façons dans dans le social euh tu tu travailles avec ton personnel **[Hum]** Et avec ce que t'es donc euh donc je

*sais que c'est une implication voilà maintenant euh si on se réfère que au patient honnêtement c'est pas quelque chose euh je vais pas ressentir concrètement les effets néfastes de travailler avec des personnes qui sont très malades sur moi par contre je vais ressentir euh sur la longueur sur trois mois c'est souvent par trimestre la la fatigue que que peut me procurer le fait d'avoir un bah voilà il faut être souvent derrière eux pour que les choses puissent bouger un tout petit peu il faut prendre énormément de temps pour discuter avec eux pour euh pour accueillir leur ressenti » (p 15-16).*

Charlotte semble ne pas parvenir à extérioriser ses ressentis, elle garde ses émotions et les difficultés qu'elle rencontre pour elle, elle fonctionne comme elle a toujours appris à fonctionner lorsqu'elle était enfant : *« en fonction de comment je me sens il y a des fois où effectivement euh quand on quand on quand on vit l'échec mais qu'il ne faut pas le présenter comme tel bah euh je le garde pour moi [Hum hum] Mais je le vis quand même comme un échec ou au contraire quand les choses n'avancent pas du tout euh je me dis mais en fait par quoi fin par quel biais fin quel euh le travail d'équipe aide vachement » (p 16).*

Charlotte fait référence aux réunions d'équipe. Elle semble assez ambivalente à ce sujet puisque ça lui permet d'échanger mais en même temps : *« Souvent même hein c'est souvent c'est souvent le le travail d'équipe qui va être plus questionnant mais c'est toujours autour de situations donc euh ça fin ça concerne forcément les patients mais c'est plus le travail d'équipe moi qui me pose une difficulté supplémentaire » (p 19) et « des fois moi je sors du travail je sors de réunion une réunion de trois heures j'ai pas envie de me taper une barre hein j'ai envie de rentrer chez moi de parler à personne et euh de prendre le temps de de voilà de lâcher le truc » (p 19).* Nous pouvons donc nous questionner sur la relation que Charlotte a avec les autres membres de l'équipe. A-t-elle des difficultés relationnelles avec les soignants ?

Charlotte semble avoir trouvé une échappatoire dans le sport, et pas n'importe quel sport : le sport de combat. Peut-être que celui-ci lui permet une meilleure gestion de ses émotions et d'évacuer physiquement une partie de ce qui lui « coûte psychologiquement » : *« Beaucoup de sport aussi [Hum] Je vais beaucoup au sport là j'ai commencé un sport de combat par exemple je sais pas si ça peut avoir un lien mais je pense que si [Hum] Fin j'ai besoin de me défouler donc euh il m'est arrivé plein de fois en sortant du travail d'aller courir sur le tapis une heure parce que euh j'avais la tête tellement pleine d'histoires euh neuneu hein de trucs euh pas forcément très importants [Hum hum] Mais c'est moi ma capacité de recul parfois*

*qui est mise un peu à à l'épreuve et voilà d'avoir besoin de tout sortir physiquement pour ne plus pouvoir réfléchir finalement ».*

Charlotte semble être très éprouvée par sa vie professionnelle. Elle semble y dédier beaucoup d'énergie psychique et semble ne pas partager ses difficultés en travail d'équipe. Elle fait tout de même preuve de ressources, au moyen du sport par exemple ou de la parole envers ses proches, qu'elle utilise comme un déversoir. Mais ces mécanismes semblent relativement peu efficaces et fragiles et nous ne savons pas combien de temps elle pourra encore tenir physiquement et psychiquement. Nous sentons néanmoins que ce métier lui tient à cœur, lui apporte beaucoup et que le concept de rétablissement stimule sa curiosité intellectuelle.

### *4.1.3 Analyse de l'entretien de Patrick*

#### **4.1.3.1.1 Question 1 : Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?**

Tout au long de l'entretien, nous remarquons que le discours de Patrick est haché. C'est-à-dire qu'il comporte des doutes, des hésitations, des évitements et probablement un mécanisme d'inhibition. Cela est immédiat avec la première question sur le récit de vie : « *Qu'est-ce qui fait que vous êtes ce que vous êtes aujourd'hui* » (p1), les premiers mots de Patrick sont « *Oh la vache (rires)* » (p1). Nous percevons là un mouvement défensif vis-à-vis de la question. Puis, il tente de répondre à cette interrogation avec des difficultés et de l'hésitation. « *C'est euh ... c'est euh ... bah ...* » (p1). Il poursuit avec un discours très général, dépourvu d'affect en s'appuyant sur l'intellectualisation. A la page 15, nous avons un second exemple lorsque nous lui demandons de parler de son vécu professionnel, Patrick nous répond ceci : « *Oui ... moi je suis ... je je ... j'ai pas de problème pour parler de ... de ... je ... je j'ai appris avec l'âge à ... à pouvoir me livrer sans ... sans trop de ... de difficultés [Hum hum] Euh ...* ». Ainsi, il nous dit qu'il n'a pas de problème à en parler mais en même temps, nous sentons beaucoup d'hésitations dans son discours ce qui semble contradictoire.

Ce mécanisme de défense peut constituer une valeur de protection, notamment dans le refoulement de l'agressivité. En effet, lorsqu'un mouvement agressif se met en place, les doutes et les hésitations permettent à Patrick de ne pas aller au conflit éventuel avec les soignants ou les résidents et, de gagner du temps, afin de trouver une solution plus adéquate. Ce mécanisme

permettrait donc, en cas de tension par exemple, de laisser du temps à Patrick pour trouver une solution plus nuancée que la confrontation.

Nous avons également remarqué à plusieurs reprises que, lorsque Patrick manifeste des mouvements pulsionnels agressifs, il lui est impossible d'aller jusqu'à la confrontation. Ainsi, afin de la nier, il utilise l'annulation. Lorsqu'il énonce quelque chose d'un peu cru ou qui va à l'encontre de ses principes, il tente d'annuler ce qu'il vient de dire. Nous avons pu le voir lorsqu'il évoque son métier de peintre en bâtiment « *Oui j'ai fait quand même 25 ans donc euh ... donc dans le bâtiment [...] on ne te demande pas la même euh ... la même faculté de réfléchir hein* » (p2) qu'il annule par « *Mais euh ... euh ... pourquoi je vous dis ça ça y est j'ai perdu le fil ... euh ... oui donc euh ...* » (p2). Cette verbalisation arrive juste après qu'il ait évoqué « *la capacité de réfléchir* » concernant son précédent métier. Le court-circuit de ses pensées ne serait-il pas un moyen de garder une certaine loyauté envers son métier auquel il vient d'évoquer un aspect peu valorisant ? Le mécanisme d'annulation se manifeste également lorsqu'il « attaque » son ami schizophrène : « *Et j'ai été persécuteur pour lui parce que il était témoin de Jéhovah ...* » (p 3). Il suppose ainsi que c'est parce qu'il était témoin de Jéhovah que Patrick était son persécuteur. Il tente donc de se rattraper en disant : « *donc euh c'était ... c'est un ... un monsieur qui est d'une gentillesse euh ... sans borne [Hum hum] Qui justement ne juge pas les gens ou les juge euh le moins possible* » (p 3). Nous remarquons que c'est comme si après avoir prononcé l'expression « *témoin de Jéhovah* », il était obligé de valoriser son ami, comme pour atténuer ce qu'il venait de dire auparavant. L'annulation est également présente lorsqu'il évoque le travail avec les déficients : « *Alors pourquoi je me retrouve ici peut-être ce que je vais vous dire c'est parce que euh ... il y a ... intellectuellement c'est peut-être plus intéressant d'interagir avec eux [Hum hum] Euh je sais pas c'est c'est ... c'est un peu con ce que je dis [(rires)] Je sais pas je ... je ... je ne sais pas si vous comprenez ce que je veux dire* » (p15). D'une manière générale, il va tenter d'annuler son discours et de refouler ses pulsions agressives.

L'intellectualisation, très utilisée par Patrick, semble aller dans le même sens. Les difficultés à amener de l'agressivité vont être compensées par une inhibition, et une intellectualisation. Nous pouvons voir également l'intellectualisation, presque comme un mouvement phobique de l'agressivité. La présence massive d'intellectualisations permet à Patrick de se réaliser dans le discours en éliminant tout aspect affectif. Il s'exprime à travers sa tendance à se répéter, et repère à travers la répression, l'expression affective. Ainsi, nous pouvons l'illustrer lorsqu'il évoque ses motivations à travailler avec une population psychotique : « *j'ai pas réussi à trou-*

ver une euh ... une définition claire ... j'en ai fait des recherches dans ... sur Internet euh ... sur euh ... fin j'ai j'ai ... j'arrivais pas à trouver une euh ... une définition claire qui puisse euh ... théoriser ce que moi j'ai pu observer [...] j'avais besoin moi aussi de ... de théoriser et d'avoir un truc bien clair » (p13). Nous le sentons un peu déstabilisé de ne pas avoir pu rattacher la pratique à la théorie « et j'ai pas trouvé pour la psychose hein ... et pourtant euh ... je les avais ... devant moi (rires) » mais en même temps c'est ce qui semble le pousser à travailler avec des personnes psychotiques : « c'est quelque chose qui ... qui me passionne qui m'interroge qui me passionne » (p 14). Par la suite, Patrick est dans un processus d'intellectualisation en faisant référence à un humoriste « Comme disait Coluche l'intelligence on a tous l'impression d'en avoir assez puisque c'est avec ça qu'on juge » (p 16). Il utilise en quelque sorte une double intellectualisation, puisque l'humour fait partie de l'intellectualisation. L'humour a également une fonction d'autodérision. Nous pouvons également voir le mécanisme d'intellectualisation lorsqu'il évoque pourquoi il travaille dans ce foyer : « par contre ici ce qui m'intéresse c'est que ... euh ... on ... on ... on réfléchit beaucoup [Oui] Vous voyez ... on a l'opportunité de pouvoir réfléchir » (p16). Nous sentons que la réflexion est très importante pour Patrick puisqu'il utilise l'intellectualisation de manière massive.

Ce refoulement de l'agressivité et ce mouvement d'inhibition psychique est également à l'œuvre dans les relations amicales de Patrick. En effet, tant pour son ami schizophrène que pour son ancienne collègue, il y a la naissance d'un conflit, une agressivité difficilement contenue, qui ne peut s'élaborer et qui va être refoulée, en trouvant une résolution à l'opposé de l'agressivité, c'est-à-dire la sympathie et l'amitié. Concernant son ami schizophrène, qui était aussi son ex-collègue lorsqu'il était peintre, le conflit est né d'une discordance au niveau religieuse. Patrick pensait « qu'il était un crack » (p.4) parce que sa « mère faisait le catéchisme » (p.3) et qu'il « avait tous ses diplômes » (p.3). « Et puis je me suis aperçu que bah ... chez les catholiques on ne m'a jamais fait lire la Bible [...] Et donc lui il m'a bloqué mais alors d'une facilité mais il m'a dit bah ouais mais c'est marqué comme ça ... [...] Alors je regarde et puis je fais ah bah oui merde c'est marqué comme ça [(rires)] (rires) [...] Et puis du coup on a commencé à parler à parler et puis je me suis aperçu que euh ... c'était moi le con dans l'histoire parce que moi je le persécutais depuis euh un an ... [...] Et puis euh ... et puis euh ... et puis on est devenu amis (rires) [D'accord] Et puis jusqu'à maintenant on est toujours amis » (p.4). Concernant son ancienne collègue, il utilise des termes très forts pour décrire à quel point il la haïssait, nous remarquons que c'est la première fois que Patrick ma-

nifeste des affects, qu'il évoque avec beaucoup d'humour dans la voix : elle avait « *un autoritarisme mais à couper au couteau* » (p17), « *Je ne pouvais pas la voir* », « *elle me gonflait* », « *je fais putain les boules* », « *Va falloir que je me la tape au boulot en plus* », « *je supportais pas sa façon de ... t'interagir avec les personnes qu'on ... qu'on accompagnait ça me gonflait* » (p17). « *Et puis un jour ... avec mon référé à moi hein vous vous rendez compte (rires) [Oui (rires)] Le mien qui m'appartient (rires)* » (p17). Nous percevons que Patrick est d'autant plus touché lorsque sa collègue maîtrise la situation puisqu'il s'agit de SON référé. Il dit : « *ah j'étais vexé ... [(rires)] Putain mais c'est pas possible pourquoi elle elle y arrive et moi je n'y suis pas arrivé là* » (p18). « *Elle s'est effondrée en larme et ça je ne peux pas supporter je l'ai prise dans mes bras et on est devenu les meilleurs copains du monde* ».

Nous pouvons mettre en lumière également des mouvements d'identification et d'idéalisation. Une identification, puisque Patrick pense que lui aussi a cheminé vers un rétablissement. Il dit par exemple : « *Parce que j'ose parler de choses euh ... de souffrance de ma part [Hum hum] Pour leur montrer qu'on a aussi chacun des lots ... pas pour minimiser leur souffrance* ». Patrick s'autorise donc à parler de sa propre souffrance pour *minimiser* la souffrance des résidants. Il dit que « *ça peut ouvrir quelque chose dans le relationnel* » (p 20) en « *repositionnant la personne en tant qu'être humain* » (p 20). Par la suite, il nous fait part d'un exemple d'une personne rétablie, et il poursuit en disant « *Et euh ... après c'est à chacun de ... de voir jusqu'où il veut aller hein [Hum] Euh ... mais moi je m'aperçois en tous cas euh ... ici c'est que euh ... je peux dire des choses comme ça euh ... ça les fait réfléchir hein* » (p 21). Il termine sa réponse en se raccrochant au principe de rétablissement, avec là encore une note positive : « *montrer que nous on a des faiblesses aussi [Hum hum] Mais qu'on a des forces aussi [Oui] Mais que eux ils ont des faiblesses aussi oui mais ils ont des forces aussi [Hum hum] Et c'est ... c'est tout le ... le ... le principe euh ... du rétablissement de toute façon hein [...] bah je ne sais pas si vous sentez le truc arriver mais c'est que voilà ... finalement tu retrouves tout ça dans ... dans le principe du rétablissement c'est que ... redonner euh ... aux personnes euh ... l'envie de faire des choses aussi c'est ... c'est important* » (p 10). Ainsi, ce qui est intéressant dans cette phrase est qu'il s'appuie sur sa propre situation, qu'il pense avoir fait son propre rétablissement et qu'il l'utilise aussi dans son accompagnement professionnel. Nous pouvons donc dire qu'il y a un mécanisme d'identification projective, car il retrouve son parcours de vie dans ceux des résidants. Nous percevons une idéalisation du rétablissement lorsque Patrick dit : « *je me méfie aussi des ... parce que moi aussi je me passionne vite et quand j'ai connu les entendeurs de voix et que j'ai vu que c'était possible je dis ça y est ... ça*

*y est j'étais parti moi tout le monde allait se rétablir ... bah je me suis aperçu vite ... vite aperçu que c'était pas ... comme ça que ça fonctionnait non plus » (p 22). Il décrit son emballement, son engouement un peu, nous dirions presque magique, un peu puéril et nous retombons vite dans le monde des « bisounours » que Patrick avait abordé avant qu'il ne rentre à l'école. Il répond par l'affirmatif quand nous lui demandons si le rétablissement a un impact aussi sur sa vie personnelle. Il décrit le rétablissement comme quelque chose d'incroyable, il dit « c'est comme si euh ... il y avait eu un truc un peu magique d'un seul coup » (p 25). Il y a d'ailleurs un champ lexical autour de la magie, il dit « un truc un peu magique », « la baguette magique », « on rêve ». Lorsqu'il parle, Patrick prend un ton très enjoué, on sent la passion qu'il y a derrière, les yeux qui s'illuminent, il parle plus vite et plus fort. Il dit : « l'autre il est en plein délire mais il s'en sort pas machin et tu lui mets un coup de baguette magique et puis euh ... c'est comme si de rien n'était vous voyez ? ».*

Nous remarquons que Patrick utilise beaucoup l'hésitation, l'annulation et les répétitions. Ces mécanismes alourdissent le discours, le rendent incohérent et incompréhensible. Nous supposons que cela puisse être en lien avec un mouvement de répression, où l'on sent que le plus important pour Patrick est de développer un dialogue interne.

D'une manière plus générale, nous pouvons dire que les mécanismes de défense que Patrick met en place lui permettent effectivement de se protéger et semblent être efficaces. En effet, il est impossible pour Patrick d'utiliser la confrontation, y compris avec un résidant. Il va donc utiliser l'intellectualisation, passer par du discours plutôt que de l'affrontement. La froideur émotionnelle présente dans le récit constitue également une adaptation dans ce métier pour gérer les conflits mais peut aussi être déroutante pour les résidants qui ont des difficultés avec les codes sociaux et qui peuvent se sentir perdus dans la relation. Nous nous posons la question de la qualité du contact que Patrick noue avec les résidants et les soignants compte tenu de son discours, qui peut s'avérer incompréhensible à certains moments.

#### **4.1.3.1.2 Question 2 : Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?**

Dans son enfance telle que Patrick nous la raconte, nous nous apercevons qu'il a vécu plusieurs expériences traumatiques ; et que sa propre confrontation au monde a pu s'avérer difficile à plusieurs reprises, au niveau de la socialisation. Il décrit une relation fusionnelle à sa



mère, qui était là rien que pour lui puisqu'elle ne travaillait pas, nous percevons une surprotection maternelle. Il se décrit comme un enfant « *très imaginaire* » (p 6) et faisait par exemple des « *régions dans le jardin* » (p 6). Il décrit son entrée à l'école comme chaotique : « *Donc ma première prise de contact avec les autres enfants à l'école ça a été super violent [...] je me suis aperçu qu'on était pas au pays des bisounours là (rires) [(rires)] Parce que le mec qui me mord la joue euh enfin ... fin plein de trucs comme ça [Hum hum] Fin bref ... des humiliations fin des trucs qui ont été un peu ... durs ...* » (p 6) et qui ont contribué à une sorte de phobie sociale « *euh ... donc je suis un peu phobique socialement moi [Hum] Et euh ... mais je ... mais j'ai toujours su naviguer là-dedans quand même ... vous voyez* ». Nous faisons donc l'hypothèse que Patrick a été surprotégé notamment au niveau maternel puisqu'il ne parle pas du tout de son père et de la fonction paternelle. Nous percevons dans son discours, une entrée à l'école traumatique. Il évoque très bien le choc qu'il a eu : « *le contraste était trop fort entre chez moi avec ma mère et puis d'un seul coup à l'école avec les autres ça a été trop dur* » (p16). Il semble dépenser beaucoup d'énergie dans sa socialisation : « *je fais toujours en sorte de [...] de pouvoir me fondre dans le truc* », « *de nager comme je peux* » (p16).

Un autre événement semble traumatique dans la vie de Patrick : son échec professionnel lorsqu'il s'est installé à son compte en tant que peintre. Il dit que ça a été très difficile « *avec des dettes avec des trucs euh ... ça m'a coûté ... ça m'a coûté plein de choses ... en partie mon mariage enfin vous voyez [Hum hum] Euh ça a quand même été loin hein* ». Par la suite, il évoque donc le souhait de se reconverter dans le social. Il dit être « *encore retombé* » lorsqu'il a appris que pour être éducateur il fallait le BAC qu'il n'avait pas. Il dit « *donc ça y est moi je suis encore mal* », « *... je n'ai même pas eu le BEPC* » (p 10), il tient donc un discours plutôt défaitiste et se dénigre. Il dit lorsqu'on lui propose la formation d'AMP « *ça me faisait redescendre vous savez d'un cran* », « *on va pas péter plus haut qu'on a le cul ...* » (p10). Nous pouvons donc en déduire qu'une énorme déception se fait ressentir et que cela ravive les failles narcissiques de Patrick. Puis il évoque le premier stage qu'il a réalisé lors de sa formation, où là encore, le discours est plus hésitant. Comme lorsqu'il a fait son entrée à l'école, il dit que c'était « *violent* ». Nous nous demandons même si nous ne pourrions pas rapprocher les deux périodes de sa vie qui semblent finalement assez similaires. En effet, il se retrouve dans les deux cas dans un nouvel environnement qu'il décrit de « *violent* ». La différence majeure est que dans son travail, il pouvait échanger sur les situations et tenter de comprendre alors qu'à l'école, il n'a pas compris ce qu'il se passait.

Nous supposons également que la décompensation psychotique de son ami schizophrène est un événement qui a pu être potentiellement traumatisant. D'autant plus qu'il se sent responsable de cela puisqu'il se dit « *persécuté* ». La longueur du discours concernant son ami le confirme (p 2 à 5). Cet événement semble central dans sa vie puisque suite à cela, il s'est réorienté, et s'est beaucoup remis en question.

Dans l'histoire de Patrick, nous nous sommes rendu compte qu'il avait une extrême facilité à entrer en contact avec des « personnes particulières » et qu'il y a une sensibilité exacerbée chez lui. « *J'ai eu plusieurs épisodes comme ça dans ma vie où je me suis aperçu qu'avec les ... des personnes qui ... des personnes qui avaient un souci bah je ... j'arrivai à ... à entrer en contact avec ...* » (p5). Nous percevons là, une sorte de don, une sensibilité à entrer en contact avec les gens « marginaux », une sorte d'empathie exacerbée. Patrick développera longuement des situations qu'il a rencontrées et où il s'est surpris lui-même par son comportement et celui des personnes en question aux pages 6 et 7. Au sein de son discours, il laisse entrevoir un passage qui laisse présumer qu'il allait par la suite se destiner à une carrière sociale : « *j'aimais beaucoup le rapport avec les clients [D'accord] Et j'ai toujours été euh [...] chez mes patrons que j'ai eu euh ... on m'envoyait que les chantiers sensibles euh ... parce que je ... parce que je passais bien parce que j'étais discret parce que je ... parce que je ... parce que je m'exprimais pas trop mal [...] j'ai toujours eu ce goût du ... quand même de la rencontre* ». Il dit également qu'il est reconnu par ses patrons, mais toujours avec humilité, ce qui renforce son narcissisme. Là encore, le ressenti et les émotions semblent être absents. Au point que l'on se demande s'il n'a pas lui aussi un fonctionnement psychotique. Ce qui nous permet d'avancer cela est son discours intellectualisé, c'est-à-dire calqué sur celui des scientifiques (recouvrements des espaces psychiques), cet inconfort en société et ce besoin de se replier sur lui-même de temps à autre, ce discours qui par moments peut devenir incohérent, qui tourne en boucle et perd en fluidité, ce conflit interne qui semble ne pouvoir être élaboré. Nous pouvons lier l'inconfort en société avec son entrée à l'école que Patrick qualifie de « violente ».

La religion semble être un facteur motivationnel important qui a mené Patrick à entreprendre une telle reconversion. En effet, son discours est teinté d'expressions religieuses : « *le minimum qu'on doit aux personnes qu'on accompagne à mon sens [Hum hum] C'est d'aimer son prochain ... c'est-à-dire d'aimer au moins les êtres humains ... mais aimer ses semblables ». Il utilise dans son discours des références culturelles, éducatives et religieuses dont il est très imprégné. Cela peut aussi expliquer l'intolérance à l'injustice, notamment au niveau de*

l'autoritarisme de Patrick. Le gommage des statuts sociaux est aussi très fort chez Patrick, il veut supprimer les différences et souhaite que tout le monde ait le même point de vue que lui concernant cette question et soit sur le même pied d'égalité. Cela rejoint l'intolérance à la différence, propre au fonctionnement psychotique.

Patrick a exprimé dans son discours les nombreuses passions qui l'animent et ce métier semble en être une. Il dit à ce propos : « *Et puis euh ... à côté de ça par contre j'ai toujours eu des passions [Oui] J'ai toujours été passionné ... d'ailleurs quand je fais quelque chose c'est que je suis passionné sinon je ne peux pas le faire [Hum hum] Il y a dans plein de choses j'ai été passionné ... j'ai été aussi loin dans le ... dans le ... dans le ... la maîtrise de la théorie et la pratique* » (p 8). Nous avons l'impression que ce métier va au-delà d'une fonction professionnelle : elle représente une réelle implication à laquelle il consacre sa vie. Il dit par exemple : « *Et comme je suis un peu borné je voulais absolument avoir l'expérience de vendre euh ... mon savoir-faire donc j'ai tout fait pour essayer d'avoir une entreprise et essayer de vendre mon savoir-faire* » (p 8). Par la suite, Patrick dit : « *Voilà ... donc euh ... j'ai été au bout de ... d'où je pouvais aller de mon métier et ... et j'ai été au bout dans le sens où ... où je me suis vraiment cassé la gueule mais comme je ... lâche pas l'affaire ... j'ai ... vraiment été au bout de ce que je pouvais aller euh ... euh ... avec des dettes avec des trucs euh ... ça m'a coûté ... ça m'a coûté plein de choses ... en partie mon mariage enfin vous voyez [Hum hum] Euh ça a quand même été loin hein ... je suis du genre à ne pas lâcher l'affaire tant que ... tant que ... tant que j'étais pas à terre euh ... euh enfoncé la tête dans le ... dans le sol je je lâchais pas quoi* ». Cela va très loin puisqu'il évoque clairement une descente aux enfers, ponctuée par, semble-t-il, une déprime : « *Et je me suis retrouvé du coup euh ... avec plus le goût de rien finalement ... parce que ... je faisais un métier qui ... me plaisait ... mais euh ... j'avais aucune idée de ce que ... de ce que j'aurai pu faire d'autre ... pour moi c'était ... c'était ma vie vous voyez* » (p 8). Il évoque la perte de beaucoup de choses au niveau matériel (dettes) mais aussi affectif (mariage).

Les événements traumatisants peuvent avoir une fonction réparatrice comme la recompensation de son ami où il a eu très peur, il a été choqué et déstabilisé. Il dit « *Mais du coup euh ... on se connaissait tellement bien que ... c'est vrai que j'ai ... c'est ce qui me dit lui maintenant ... parce que lui il pense que c'est moi qui lui ai sauvé la vie parce que sinon il aurait complètement ... il serait ... il aurait sombré dans la folie euh ... complètement en fait en fin de compte c'est pas ça mais euh ..* » (p4). Mais, plutôt que de prendre la fuite, il est resté près de lui et l'a aidé. Ce processus est probablement à l'origine de sa reconversion et nous supposons

qu'il a pu en tirer beaucoup de bénéfices. Patrick semble consacrer sa vie à sa profession. Il ne semble pas y avoir de séparation entre son espace personnel et professionnel. Sa vie professionnelle semble occuper tout son espace psychique, ce qui lui permet peut-être de garder une intégrité psychique. Nous remarquons que Patrick est souvent en difficultés dans ses relations. Néanmoins, il en a totalement conscience, et il semble avoir de bonnes capacités d'insight.

#### **4.1.3.1.3 Question 3 : Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?**

Il y a une perméabilité entre les frontières du Moi et des autres. Patrick éprouve des difficultés à entrer en communication avec les autres. Il évoque ce qu'il qualifie de « phobie sociale » en disant ceci : « *ça me pesait quand même le ... et ça me pèse toujours euh quand ... quand je rentre chez moi moi je rentre et je bouge plus parce que c'est ... c'est quand même compliqué pour moi de ... de ... de comment ... de vivre en société [Hum hum] Même si je sais que j'en ai besoin et j'en ai besoin ... même si je ... je ... je ... je ... je vis bien en société quand même mais c'est ... ça me demande un effort euh ... ça me demande un effort quand même euh ... comment je pourrai dire ... quand je me retrouve euh chez moi dans ma chambre je suis soulagé [Oui] Vous voyez [Hum] Vous voyez je souffle* ». Ne serait-ce pas là encore une autorisation de régression libidinale ? Un besoin d'être contenu et sécurisé, renvoyant à la fonction maternelle, mais qui peut aussi rappeler ce même besoin qu'ont les psychotiques. Nous pourrions alors nous questionner sur le fait de vivre dans une aussi grande ville que Paris ? Mais Patrick nous répondra par lui-même qu'il est revenu sur Paris pour veiller sur ses parents vieillissants à la page 12 « *mon intention de toutes façons c'était de revenir dans la région parisienne pour euh ... pour rester avec mes parents ... parce que ils me le demandaient aussi mes parents fin bon* ». Il dit par la suite : « *moi j'ai toujours eu beaucoup plus de mal avec les collègues qu'avec les personnes que j'accompagnais* » (p16), il poursuit en disant : « *des choses qui me paraissent évidentes et qui fait que ... elles ne paraissent pas évidentes aux autres (rires) C'est un peu euh ... c'est un peu prétentieux mais euh ...* » (p16).

Il croit communiquer avec les autres qui ont du mal à entrer en communication. Il a réussi à faire de son problème une ressource. Nous pouvons dire en quelque sorte qu'il utilise la sublimation. Il dit : « *mais j'ai toujours su naviguer là-dedans quand même ... vous voyez [Hum hum] Et euh ... et finalement j'ai toujours été très observateur [D'accord] C'est-à-dire que je regardais plutôt comment les gens fonctionnaient pour euh pour voir et essayer de ... de na-*

*ger là dedans* ». Nous supposons que l'observation et l'analyse de ses observations lui ont permis de s'adapter socialement.

Le fait de pouvoir se sentir à l'aise avec des personnes « extraordinaires » permet à Patrick d'éviter le risque de décompensation et contribue ainsi au maintien de son équilibre psychique. Il y a quand même un paradoxe si on estime que la structure de personnalité de Patrick est de nature psychotique, c'est qu'il est convainquant et que l'élaboration du discours n'est pas plaquée. En effet, il s'inspire fortement de références théoriques qu'il a assimilées pour se faire ses propres idées. Ces références lui permettent peut-être de compenser son manque de confiance en lui par l'intellectualisation lors des situations conflictuelles par exemple.

Nous avons pu voir dans son discours que Patrick est fragile narcissiquement. Il l'évoque d'ailleurs clairement : « *après j'ai toujours le manque de confiance en moi qui revient [...] c'est comme des facilités mais qui sont pas ... qui qui peuvent pas aller plus loin qu'une certaine limite [Hum hum] Qui ne me permet pas de ... d'aller plus loin* » (p 9). Ce métier permet de le valoriser, sans pour autant qu'il y ait réparation mais cela permet de le renarcissiser. Nous avançons l'hypothèse d'une faille narcissique qui est déjà revenue à plusieurs moments dans le discours. De plus, et avec prudence, nous faisons l'hypothèse que Patrick est perfectionniste, ce qui expliquerait son implication excessive dans les domaines qu'il investit et qui le passionne, qui lui « *donne du plaisir à vivre* » (p 9). Il pousse son perfectionnisme à l'extrême, car il pense qu'il peut toujours mieux faire et lorsqu'il est au bout de ses limites, des affects dépressifs surgissent car il n'est pas parvenu à ce qu'il voulait, ce qui le ramène sans cesse à des blessures narcissiques, puisque cela semble se répéter.

Patrick idéalise tellement sa profession qu'il lui est impossible de trouver des inconvénients : « *Et du coup je trouve que ça vaut le coup de ... de ... de ... de s'engager et de ... de ... et de ... de ... de se battre pour ça [Oui] Donc moi pour moi c'est euh ... euh ... c'est quelque chose dans lequel j'ai envie de m'engager et euh ... et euh ... comme tout ce que j'ai fait d'aller au bout même si ça mène à rien [Hum hum] Vous voyez mais ça ne peut pas mener à rien [(rires)] Non c'est pas possible (rires) je ne peux pas l'envisager (rires)* » (p 25).

L'implication de Patrick au niveau professionnel lui permet de se sentir valorisé et cela permet d'une manière plus générale, de le renarcissiser. En revanche, la fragilité narcissique va à

l'encontre d'une structuration de personnalité psychotique mais des traits sont présents comme la difficulté d'entrer en contact avec les autres.

#### 4.1.4 Analyse de l'entretien de Pietro

##### 4.1.4.1.1 Question 1 : Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?

Dès la première réponse qu'il donne, Pietro se rapporte à l'intellectualisation et s'autorise une régression libidinale importante, puisqu'il revient sur son vécu in utéro. Nous pouvons supposer que le choc à la question a contribué à cette autorisation à la régression, en théorisant : « *Et euh ... et surement encore avant c'est les études qui disent ça mais euh fœtus quand j'étais dans le ventre de ma mère surement la manière qu'elle a elle avait de prendre soin de moi et ... et ... et tout ça aussi ça a eu un influence sur ma manière de ... d'être aujourd'hui sur moi ... j'y crois* » (p 1).

Nous remarquons qu'à plusieurs moments dans le discours, Pietro utilise le clivage. notamment lorsqu'il parle de la profession de ses parents, et que celles-ci lui confèrent un côté assez rationnel et un autre, plutôt artistique : « *ils sont professeurs euh l'un d'italien histoire et géographie l'autre euh d'art du coup il y en a un qui est plus euh beaucoup plus lié à ... comment dire au fact aux choses concrètes de la vie et l'autre qui est beaucoup plus artistique [Hum hum] Euh ... et cette situation là ça m'a beaucoup influencé dans le sens que euh ... j'ai un côté de moi d'un côté je suis très rationnel très euh .... Très ... très lié aux choses concrètes et l'autre côté je suis une personne qui aime bien risquer qui aime bien euh ... euh ... voilà prendre des risques* » (p 1-2). Ce clivage se retrouve également dans sa profession, il est travailleur social mais il est également danseur : « *le soir moi je le consacre à la danse et ... et ça me complète mon ... mon ... mon créneau journalier* » (p 9). Le clivage se retrouve aussi au niveau des résidents : « *mais moi j'y vois surtout l'a... l'aspect euh ... sain de la personne ... saine de la personne* » (p 11). Ainsi, si la personne est « saine » d'un côté, cela sous-entend qu'elle est « malade » de l'autre.

Nous pouvons constater, malgré la spontanéité du discours, la structuration quasi obsessionnelle de Pietro, tant dans la construction du discours que dans le respect de la chronologie de celui-ci. Nous avons relevé quelques exemples qui en témoignent : « *j'aime bien quand les*

*choses sont claires (rires) » (p 6) ou encore « j'ai parlé de l'avant pendant et après » (p 9) nous pouvons également citer « mais c'est une réflexion très ... très spontanée du coup c'est pas trop ordonné mais [Hum hum] C'est ce ... ce que je pense » (p 12).*

Nous remarquons que Pietro a une exigence intense envers lui-même, voire même un certain perfectionnisme, notamment lorsqu'il nous parle de sa formation qui ne lui plaît pas : « ... je termine ma formation j'avais déjà décidé et je termine ma formation de trois ans j'aime pas laisser les choses euh ouvertes comme ça » (p 5) ou de ses deux travaux qu'il faut concilier : « j'essaye de faire de mieux en mieux ce sont deux choses qui demandent beaucoup d'énergie et du coup c'est pas toujours faisable [Hum hum] C'est-à-dire que dès que je sors d'ici j'essaye d'aller m'entraîner mais c'est pas vraiment toujours ... ton corps quoi des fois il en peut plus et il y a des périodes qui sont beaucoup plus compliquées que les autres » (p 11). Cette exigence se retrouve également vis-à-vis d'autrui : « Voilà tout était déjà fait mal fait pour moi (rires) [...] si le système il marchait comme ça j'avais cette tendance à me dire euh si le système il marche comme ça c'est pas moi qui vais le changer même si c'était ... j'étais pas stagiaire je pourrai pas faire grand-chose » (p 5) ou à la page 7 : « mais c'était pas assez pour moi dans le sens où oui je veux bien écouter être là pas forcément pour faire tout le temps des choses mais comme je voyais aussi gérer les structures ».

Nous percevons une certaine identification de Pietro aux résidants et une « normalisation » de la « folie » : « mais en même temps je trouve que même si ça on dirait que c'est une phrase qui fait partout mais fou on l'est un peu tous dans le sens que on peut l'être tous à un moment t de la vie et euh ... on a tous des caractéristiques qui sont pas forcément euh ... euh ... comment dire qui sont pas forcément acceptées par la société [...] c'est très naturel en fait parce que c'est ... c'est normal si si on voit ... si on voit des personnes avant tout euh ... c'est j'ai choisi j'ai choisi de travailler avec les personnes ... j'ai choisi de travailler avec des adultes ... je me sens pas de dire j'ai choisi de travailler en psychiatrie parce que ... pour moi c'est pas ... ici c'est pas que de la psychiatrie c'est c'est c'est ... c'est des personnes adultes » (p 10-11). Nous comprenons que Pietro mette en avant le choix de l'humain avant celui de la psychiatrie mais nous nous interrogeons sur un possible déni des troubles psychiatriques dans la dernière phrase.

Les mécanismes de défense utilisés par Pietro sont donc majoritairement le clivage et l'identification, pour ce qui est de la protection dans la relation avec les résidants. Nous re-

marquons également que Pietro est perfectionniste, dans toutes les sphères de sa vie et a une certaine exigence envers autrui.

#### **4.1.4.1.2 Question 2 : Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?**

Pietro semble avoir été un enfant qui a reçu beaucoup d'attention et qui a bien intégré ses deux figures parentales : « *et en même temps je me suis senti toujours appuyé euh soutenu par mes parents par tous les deux [Hum hum] Du coup ça m'a ça m'a aidé beaucoup aussi parce que euh je savais que si quelque chose allait mal euh j'avais toujours bah ... quelqu'un qui était prêt à me soutenir* » (p 2). Il semble avoir besoin de stabilité dans toutes les relations qu'il noue avec son entourage : « *j'ai toujours aimé instaurer des liens très stables très des des longues durées j'aime pas les liens qui durent euh pas beaucoup j'essaie de toujours des liens vraiment qui ... avec des personnes avec qui je peux me projeter dans le temps temps [Hum hum] Et dans les amitiés c'est vraiment une tendance parfois c'est même euh ... en fait quand je me rends compte que la personne elle peut pas elle peut pas me donner ça j'ai la tendance à me renfermer [...] mais en grandissant j'ai quand même aussi commencé à apprécier des liens comme ça* » (p 2). Pietro semble avoir besoin d'une fonction d'étayage solide pour pouvoir se construire. Cela se remarque tant au niveau familial qu'au niveau amical « *Voilà ... après je compte énormément sur mes amis ... sur les amis de longue date euh ... j'en ai plusieurs [...] ça me permet ça me donne une stabilité aussi ... dans le sens que si j'ai un problème moi je compte énormément sur eux* » (p 2). Ainsi qu'au niveau conjugal : « *... après j'ai eu une longue relation qui a duré cinq ans et ça aussi ça m'a beaucoup formé ... dans le sens comme euh comme personne et avec une fille euh ... en Italie et ... je trouve que on s'est réciproquement formé* » (p 3).

Pietro a toujours été baigné dans un environnement avec beaucoup d'adultes et c'est probablement cela qui explique pourquoi il a choisi de travailler avec une population adulte : « *voilà après le fait d'être fils unique aussi ça a beaucoup ... ça a beaucoup influencé ma vie en général dans le sens que j'ai quand même eu beaucoup d'attention quand j'étais petit j'étais le dernier de la famille du coup ça ça ça ça ça jouait beaucoup sur euh ... même sur ma manière d'être aujourd'hui dans le sens que avec les adultes j'ai toujours eu beaucoup plus de facilités à me rapporter plutôt qu'à plutôt qu'avec les enfants* » (p 2). Cela se confirme lors de ses entretiens d'embauche : « *je suis rentré dans deux trois chambres des ados et on m'a re-*



*gardé ... je me suis dit là ... juste je savais pas quoi faire avec les ados vraiment je me suis toujours dit je voudrais jamais travailler avec parce que j'ai pas la capacité de le ... j'ai j'ai peur de ne pas avoir les capacités de le faire » (p 8).*

Pietro dit qu'il a trouvé sa vocation de travailleur social, par le biais de sa cousine qu'il semble fortement idéaliser : « *Euh ... alors euh ... j'ai décidé quand j'étais petit ... j'avais six ans sept ans euh ... [...] j'avais un modèle de personne dans ma famille qui était ma cousine [Hum hum] Euh ... [...] quand j'étais petit elle était vraiment pour moi l'exemple à suivre dans tout [...] je lui ai dit qu'est ce que tu fais qu'est-ce que tu étudies et elle m'a expliqué qu'elle était psychologue et elle m'a expliqué bien ... dans quoi ça marchait et elle m'a expliqué qu'elle écoutait les personnes et que elle s'intéressait aux autres et ... et je me suis dit que ça pouvait être intéressant et je l'ai fait un peu en ... avec cette tendance à l'imitation en fait [...] et du coup quand j'étais petit j'ai commencé à dire que je voulais faire le psychologue » (p 4). Cette vocation professionnelle est née en quelque sorte d'une identification massive par rapport à sa cousine. Pietro évoque également une sensibilité à la relation humaine, qui l'a conforté dans son choix : « *Euh ... en grandissant plus je le disais plus je ... je je m'appropriais de ce projet ... du coup euh ... quand parce que euh j'ai eu toujours cette tendance à à à à à adorer quand les personnes me donnaient confiance et quand ... quand elles se confiaient à moi et ... quand elles partageaient des choses personnelles avec moi et ... sans forcément leur donner des conseils je je j'adorais les écouter ... et euh ... j'ai eu beaucoup des amis plus grands que moi et du coup ils faisaient des expériences que moi j'avais pas fait encore et ils partageaient avec moi ça et pour moi à chaque fois je me je me sentais ... trop bien quand une fois qu'ils qu'ils arrivaient à ... à partager ça et j'é... j'écoutais ça et c'était c'était énorme ... et du coup la la chose elle a ... elle a pris de plus en plus de place dans ma dans mes idées je me disais c'est ce que ... c'est ce que je veux faire et j'ai commencé à grandir du coup j'ai commencé à me renseigner sur le ... sur le métier » (p 4). A travers ce fragment du récit, nous pouvons voir que Pietro semble aimer qu'on lui fasse confiance en se confiant à lui. La confiance en soi de Pietro est également nourrit par la danse.**

Plusieurs fois au cours de l'entretien, Pietro fait référence à l'importante place que prend la danse dans sa vie : « *après autre chose qui a beaucoup influencé ma vie c'est la ... la danse ... surement dans le sens que c'était quelque chose dans lequel je réussi bien et du coup ça m'a d'un côté ça m'a valorisé dans le sens que je me suis dit bah c'est vraiment mon domaine j'ai trouvé la chose euh qui est ... qui est faite pour moi dans laquelle j'arrive à ... à atteindre des objectifs euh j'arrive euh à m'affirmer même comme personne [...] Tu te dis que euh ... tu*

*vaux beaucoup parce que euh tu réussis dans ton ... dans ton art on va dire » (p 3). La danse lui a permis de prendre des décisions importantes, notamment au niveau de sa formation de travailleur social : « ... il y avait le test pour un autre diplôme qui prenait beaucoup plus de ... beaucoup moins de temps que ... c'était la ... trois ans de diplôme d'études en technicien de rétablissement psychiatrique et je me suis dit j'essaye de faire les deux tests et je décide après lequel choisir entre deux ... déjà voir si je passe les deux du coup j'ai fait les deux tests j'ai passé les deux et ... et j'ai opté pour un diplôme beaucoup moins long qui pouvait me permettre euh ... surtout en Italie de travailler beaucoup plus vite et beaucoup ... avant et ... sans ... pour pouvoir continuer à consacrer du temps à la danse » (p 5). Puis, plus tard, de venir en France pour se réaliser artistiquement : « je me suis dit là il faut vraiment ... il faut vraiment continuer dans mes ... dans mes projets essayer de ... d'atteindre autre chose et ... je me suis dit je vais essayer de ... de débarquer à Paris et de voir comment ça marche [...] l'idée c'était la danse la danse la danse ... je cherche partout peu importe le domaine dans lequel je vais travailler et ... euh ... je m'adapte et euh ... finalement par contre oui peu importe mais en même temps je continuais à chercher que dans le social que dans le social et euh dans la psychiatrie » (p 7). La danse est toujours présente dans la suite de son discours : « je me suis dit si ... si rien m'arrive à un moment donné ou je dois bosser dans quelque chose que j'aime pas ou je dois rentrer chez moi [**Hum hum**] Et ça serait quand même un ... échec et ça serait triste parce que je ne pourrai pas me réaliser même au niveau de la danse je ne pourrai pas être proche de la le pôle impro un peu de ... de la danse européenne ... » (p 8). Actuellement, la danse fait toujours partie de sa vie au quotidien « je continue à danser à côté [...] le soir moi je le consacre à la danse et ... et ça me complète mon ... mon ... mon créneau journalier » (p 9). Nous sentons vraiment chez Pietro un clivage entre la danse et le travailleur social. La danse semble le guider dans ses choix de vie. En effet, c'est elle qui lui a permis de choisir sa formation, et c'est pour se réaliser dans la danse, qu'il est venu en France. Ces deux domaines semblent conférer à Pietro un équilibre de vie.*

La formation de Pietro semble avoir été une longue remise en question, il voulait finir sa formation, mais s'est posé plusieurs fois la question de travailler en psychiatrie, notamment avec ses expériences de stage : « Et voilà mais je me rappelle trop bien les ... les premiers jours de stage euh [...] j'appelle mon père et je lui dis je ... je termine ma formation j'avais déjà décidé et je termine ma formation de trois ans j'aime pas laisser les choses euh ouvertes comme ça [**Hum hum**] Même si c'était que le première année hein ... je me suis dit je termine ma formation je sais que je vais investir dans ça toi aussi je ... je ne veux pas te décevoir mais

*après je vais reprendre à danser à plein rythme ... je veux pas faire ça » (p 5-6). Ainsi qu'à la page 6 : « après il y a eu d'autres stages qui ont suivi ça qui m'ont donné plus ... un peu plus envie et ... mais toujours dans cette position de ne pas trop donner sa propre idée parce qu'il y a déjà beaucoup de monde qui fait et qui travaille et et mais c'est c'est pas à toi de dire mais tu dois toujours observer et ... et en plus on a toujours peur de se tromper en tant que stagiaire en tant que personne qui ... qui vient de rentrer dans le ... le ... dans le social ».*

C'est son travail de fin d'étude, réalisé avec un psychiatre qui semble lui avoir permis de poursuivre dans cette voie, peut-être parce que celui-ci lui permettait de s'exprimer, au moins au niveau de l'écriture : *« Mon formateur est ... un psychiatre du coup je suis vraiment revenu sur la base plus euh sur la psychiatrie pure dans le sens que lui il était prof à l'intérieur de cette clinique dans la plus connue clinique de T\*\*\* (ville d'Italie) du coup j'étais très fier de mon projet et euh on a fait un ... un super ... mémoire sur les troubles obsessionnels et compulsifs » (p 6).*

Nous remarquons une personnification de la psychiatrie : *« je voulais continuer à connaître la psychiatrie parce que ça me ... ça me ... fascine aussi elle a du ... elle a du charme pour moi dans le sens que ... c'est hyper varié c'est ... hyper riche » (p 8).*

Avant sa formation, nous avons vraiment l'impression que Pietro ne savait pas à quoi s'attendre, mais en même temps n'avait pas d'appréhension vis-à-vis de la population psychiatisée : *« j'ai pris connaissance euh pendant la formation théorique euh euh du coup euh .... De la la population psychique j'avais pas ... j'avais pas de concept en fait j'avais pas de pré... des avis euh antérieurs euh en expérience ... et il y a beaucoup de gens qui disent euh ... moi je vois le fou comme ... non franchement je ne m'étais pas trop interrogé j'ét... [Hum hum] Et quand je me suis trouvé là face à la ... à la population je me suis dit ok elle a cette ... cette caractéristique là » (p 10).*

Dans la suite du discours, nous comprenons que le choix professionnel de Pietro est une réelle vocation : *« Je suis pas une personne qui fait les choses euh sans vouloir les faire ... j'ai un très bas ... je gère très mal ma frustration du coup j'aurai changé (rires) [(rires)] Voilà et ... si je suis là c'est parce que je l'ai choisi ... je l'ai choisi vraiment tous les jours pendant ma formation » (p 11).*

Pietro a construit son projet professionnel en imitant sa cousine. Il a ensuite choisi une formation courte pour pouvoir se consacrer en même temps à la danse. Nous pouvons voir sa force

de caractère et sa détermination lorsque le premier jour de son stage, ce travail ne semble pas du tout lui correspondre mais il veut terminer sa formation. C'est progressivement que le goût pour la psychiatrie est venu, pour au final « le choisir tous les jours pendant sa formation ».

#### **4.1.4.1.3 Question 3 : Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?**

Nous sentons chez Pietro un besoin d'exister et de se sentir valorisé, renarcissisé constamment : « *j'ai eu toujours cette tendance à à à à à adorer quand les personnes me donnaient confiance et quand ... quand elles se confiaient à moi et ... quand elles partageaient des choses personnelles avec moi et ... sans forcément leur donner des conseils je je j'adorais les écouter ... et euh ... j'ai eu beaucoup des amis plus grands que moi et du coup ils faisaient des expériences que moi j'avais pas fait encore et ils partageaient avec moi ça et pour moi à chaque fois je me je me sentais ... trop bien quand une fois qu'ils qu'ils arrivaient à ... à partager ça et j'é... j'écoutais ça et c'était c'était énorme » (p 4). Ce besoin, Pietro peut le trouver auprès des résidents.*

Pietro semble être animé par un besoin de contrôle et une détermination, qui vont de pair avec le perfectionnisme précédemment évoqué : « ... *j'ai commencé ma formation j'ai fait le premier stage j'ai appelé mon père en lui disant je veux pas faire ça de ma vie parce que c'est triste [...] j'ai jamais été habitué à ... à pas trop proposer mon avis à rester de côté et là le premier rôle de stagiaire c'était absolument ça mais moi je ne m'y faisais pas ... c'était pas mon ... j'avais des difficultés [Hum hum] Voilà tout était déjà fait mal fait pour moi (rires) [...] et moi je devais juste regarder observer je m'y trouvais pas je me disais que on pouvait pas faire autrement parce que ce c'était pas à moi de décider et en même temps si le système il marchait comme ça j'avais cette tendance à me dire euh si le système il marche comme ça c'est pas moi qui vais le changer même si c'était ... j'étais pas stagiaire je pourrai pas faire grand-chose » (p 5). Pietro a presque eu un choc lors de ce premier stage. Cette place d'observateur passif contrastait avec tout ce qu'il avait vécu actuellement, et nous pouvons faire l'hypothèse que c'est peut-être le cadre, plus que le domaine en lui-même qui l'a rebuté au début. Il a d'ailleurs commencé à apprécier sa formation, lorsqu'il a fait de la recherche et a pu proposer ses idées : « *J'aimais bien la recherche j'aimais bien me tester dans un ... autre domaine et j'aimais bien dans ce côté là enfin j'avais ma place [Hum hum] Parce que j'avais des ... des devoirs précis ... j'avais un objectif et ... et en plus je formulais mon projet à ma**

*manière* » (p 6). Cela se retrouve un peu plus loin également : « *je me suis dit dès que j'ai vu la structure dès que j'ai vu qu'il s'agissait vraiment d'un poste vraiment de la psychiatrie et ils me semblaient de maîtriser les personnes je les ai vu dans les couloirs et je me suis dit bah ... moi je travaille avec sans trop de problèmes je me suis dit bah c'est ... c'est chez moi (rires)* » (p 8). On retrouve à la fois un besoin de contrôle : « *effectivement en faisant un constat je voyais qu'il y avait les personnes avec qui j'avais plus de mal c'était vraiment les dépressifs [...] c'est hyper compliqué à faire bouger et ça ça ... ça me frustrait [...] du coup ça c'était démotivant pour euh ... ça a été démotivant pour moi pendant le stage* » (p 11-12)

Pietro semble être quelqu'un de carriériste, avec un Surmoi important : « *j'aimerais continuer à évoluer dans ma carrière ... euh je suis pas pressé pour l'instant mais j'aimerais bien continuer à évoluer [...] Je me projette dans ça je trouve ça faisable j'aimerais même continuer à voyager parce que je trouve que de travailler dans le social si on ... on est un minimum euh ... pas intelligent mais ... si on arrive à trouver sa place en fait on peut vraiment ... on peut on peut aller partout ... faut faut connaître des langues faut faut un peu maîtriser sa propre profession* » (p 9).

Pietro semble apprécier lorsqu'il y a une évolution rapide des choses et qu'il parvient à les contrôler. Avec l'exemple des dépressifs, nous pouvons nous apercevoir que se sont des personnes qui évoluent plus lentement que les personnes schizophrènes et/ou l'amélioration est moins visible que chez les schizophrènes. Nous pouvons avancer l'hypothèse qu'avec une population psychotique, et en particulier la schizophrénie, non seulement, ils évoluent plus rapidement et le changement est plus facilement visible qu'avec des dépressifs, et qu'en plus, nous avons vu au préalable, que Pietro avait un besoin de réassurance qu'il faut combler, et que voir l'évolution rapide des résidents le rassure sur ses compétences professionnelles, sociales et personnelles : « *c'est quelque chose que on constate pas avec un public de schizophrènes même s'ils peuvent avoir des comorbidités euh en général euh ce sont des personnes qui ... qui aiment bouger qui qui sont pleines de vie et ... et du coup euh ... c'est juste qu'ils voient parfois ils voient les choses euh différemment* » (p 12).

Nous sentons que Pietro est une personne ouverte d'esprit et qu'il a de bonnes capacités d'introspection et une écoute attentive des résidents : « *la seule chose que je sais c'est que euh ... je change d'avis tous les jours j'ai pas un ... je suis ouvert à n'importe quelle critique des résidents et euh ... et ... je me base sur leurs ... besoins avant tout et je suis toujours prêt à revoir ma pratique [Hum hum] J'y crois beaucoup après on essaye notre inconscient ...*

notre inconscience notre euh ... **[Inconscient oui]** Notre inconscient nous suggère quand même des pistes pour pas se trouver complètement à la bourre pour pas se trouver complètement perdu du coup il y a quand même des ... des choses sûres dans ma tête mais ... je suis toujours prêt à les revoir » (p 12).

Le discours de Pietro est teinté d'émotions quand il évoque ceci : « Chez moi c'est ... chez moi c'est magnifique euh c'est ça peut être euh ça peut être émouvant aussi c'est-à-dire que quand tu vois que la personne euh elle commence vraiment à progresser et elle fait des choses qu'elle avait jamais fait avant auxquelles même et là c'est top ... elle-même elle te dit mais euh je je je j'ai réussi à faire ça ou elle fait les choses elle commence à faire les choses pour soi-même et pour les autres » (p 14).

Nous sentons que le concept de rétablissement est un moteur pour Pietro dans sa pratique professionnelle. « ça t'encourage dans ta pratique et ça t'encourage à faire un ... un mieux ... à prendre plus de risques à chaque fois dans le sens que à chaque fois on travaille un peu avec euh ... le risque dans le sens que ... on peut proposer quelque chose et la chose elle peut ne pas forcément aller euh ... bien et la personne elle peut se sentir euh ... elle peut sentir l'échec et elle peut se sentir euh ... euh ... mal et triste parce qu'elle n'a pas réussi à faire certaines choses mais dans ces moments-là nous on ... justement nous on intervient pour la soutenir et pour lui expliquer que peut-être dans ces moment-là elle était pas prête mais à un moment ... à un moment t2 peut-être elle pourra l'être et ... voilà ... du coup ça ... du coup ça fait ça c'est ... c'est beau (rires) » (p 14-15).

Pietro semble être quelqu'un d'affectivement fragile et il semble tirer beaucoup de bénéfices au niveau de sa pratique professionnelle puisqu'il est valorisé dans son travail et cela contribue à le renarcissiser. La structure semble permettre aux employés de se réaliser et de s'exprimer, ce qui lui permet d'exercer un certain contrôle. Les inconvénients sont qu'il semble déployer beaucoup d'énergie et qu'autant les progrès l'affectent positivement, autant la stagnation ou les humeurs dépressives peuvent également l'affecter. Son côté perfectionniste peut également le conduire à des humeurs dépressives s'il ne parvient pas à faire ce qu'il avait prévu initialement. « je m'en rend compte que quand je sors d'ici et que j'ai eu cette sensation là ou de euh ... progrès [...] bah elle peut changer complètement ma journée **[Hum hum]** D'abord ma soirée parce que ça se trouve que c'est tard ... du coup je vais dormir avec euh ... avec tout un autre esprit **[Hum hum]** Les week-ends sont l'exemple de ça quand tu travailles dans le sens d'avoir euh bien donné tout ce que tu pouvais donner à la au résidant

*... euh ... je sors et j'ai encore l'énergie pour euh ... pour aller boire un verre pour euh ... pour voir mes amis et ... et pour rigoler avec eux et quand je sens d'avoir un ... d'avoir pas réussi et de ... de voir que la personne elle se sent bloquée euh en quelque chose euh ... ça me ... ça me décourage aussi un peu dans le quotidien et au contraire je peux me servir de mon quotidien pour me ... pour me ... me repousser pour euh ... me retrouver l'énergie [...] ça a un impact oui le fait de voir que la personne euh se ... elle se ... elle se rétablie ... ça a un impact euh ... sur ma vie quotidienne et le fait de voir que la personne a du mal à se rétablir elle a un impact aussi ... ça a un impact aussi sur ma vie quotidienne ... un minimum parfois je ne me rends même pas compte mais je suis sûr que ça a un impact [Hum hum] Voilà » (p 15).*

Nous pressentons une certaine intolérance à la frustration, qui va de paire avec tout ce qui a été dit précédemment, notamment le perfectionnisme et le besoin de contrôle. Ces situations peuvent être très énergivores pour Pietro : *« Et ... et moi je devais juste regarder observer je m'y trouvais pas je me disais que on pouvait pas faire autrement parce que ce c'était pas à moi de décider et en même temps si le système il marchait comme ça j'avais cette tendance à me dire euh si le système il marche comme ça c'est pas moi qui vais le changer même si c'était ... j'étais pas stagiaire je pourrai pas faire grand-chose »* (p 5) ou à la page 7 : *« mais c'était pas assez pour moi dans le sens où oui je veux bien écouter être là pas forcément pour faire tout le temps des choses mais comme je voyais aussi gérer les structures »*.

#### *4.1.5 Analyse de l'entretien de Thomas*

##### **4.1.5.1.1 Question 1 : Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?**

A travers sa première réponse, nous remarquons que Thomas évalue la personne qu'il était dans le passé de manière très négative. Nous nous posons la question d'éventuelles failles narcissiques : *« euh la formation aussi je pense parce que euh j'étais un jeune euh jeune ado euh ... un jeune con (rires) [(rires)] Mais euh plus dans le comportement que euh que dans les faits ... j'ai pas fait beaucoup de conneries hein fin j'en ai pas fait je pense euh euh et monter à Paris euh m'a fait grandir assez rapidement »* (p 1). Néanmoins, nous ignorons dans quel sens il utilise le terme « jeune con ». D'après lui, il semble avoir évolué au niveau affectif.

Nous pouvons relever un processus d'identification aux résidants et une certaine normalisation de la maladie psychique : « *Après oui il y a des bons côtés et des mauvais côtés mais ça c'est avec tout et euh je pense qu'il n'y a pas besoin d'être malade psy pour vivre ça même avec ses amis il y a des moments où forcément euh ça clash ou avec la famille ou euh et euh mais ça c'est la vie et euh ...* » (p 4).

A travers son discours, nous avons l'impression que Thomas semble avoir quelques difficultés au niveau de la gestion émotionnelle, puisque ses émotions négatives peuvent se répercuter sur les résidants, alors qu'ils ne sont pas concernés par la situation pour laquelle, Thomas s'énerve : « *la résidante n'avait pas à ... à ... à comment expliquer [A absorber euh] Ouais voilà ... à ... à ouais à absorber ça et à ... à voir que moi j'étais pas content à ce moment-là fin euh c'était pas du tout de son fait et euh ... et j'ai réagi contre elle sur un truc qui ne la concernait pas donc euh c'était complètement inapproprié* » (p 7). Nous nous posons question quant à la gestion émotionnelle de Thomas et nous nous demandons si cela ne pourrait pas avoir des répercussions au niveau affectif.

Nous pouvons relever de la projection, quant au déséquilibre sur les confidences soignants/résidants. En effet, Thomas se demande pourquoi il ne doit pas évoquer sa vie personnelle aux résidants alors que eux le font sans cesse : « *Parce que nous on sait beaucoup de choses sur leur vie ... Donc quand on leur pose des questions pourquoi nous on doit euh se permettre de refuser euh la réponse* » (p8). Un peu plus loin dans le discours, nous retrouvons de nouveau le mécanisme de projection : « *il y a des choses que je pense que je calque sur euh ... sur moi sur ma vision des choses au quotidien [Hum] Sur mes liens familiaux et d'amitiés ou euh ... sur ma vie sentimentale et euh ... que voilà il y a des fois qui ... qui s'arrêtent et puis voilà c'est comme ça c'est la vie et puis c'est une expérience et il y en aura d'autres [Hum hum] Voilà je pense que ça oui si ... et l'importance de communiquer de ... de voir du monde de ... ouais ... (rires) [(rires)]* » (p 11). Nous remarquons donc que Thomas utilise la projection de manière massive et se sert de ses propres expériences dans sa pratique professionnelle et pour aider les résidants.

Nous retrouvons le mécanisme d'identification, lorsque Thomas évoque les bienfaits des séjours pour les résidants qu'il compare à ses retours ressourçant dans sa famille : « *je pense réellement que ça a un impact positif ça sur euh les résidants ... comme nous ... fin nous je vais en Bretagne c'est pas pour rien ... et ça me fait du bien et quand je reviens ici je suis ...*



*je vais mieux [Hum hum] Donc euh je pense réellement que les séjours ça a un impact très important et très positif » (p11).*

A travers ces quelques phrases, nous pouvons avancer que Thomas est beaucoup sur le versant émotionnel et affectif : « *Et euh ... et quand on revient ici euh ... ce petit-élan là de ... positive ... fin ce au fil du temps il se il se perd quoi ... Hum hum et c'est dommage ... et c'est dommage et euh je prends beaucoup à cœur les choses peut-être trop (rires) [Hum] Peut-être trop ... c'est pour ça il y a du boulot à faire là-dessus aussi [(rires)] » (p11). Thomas est capable d'avoir de bonnes capacités d'introspection et il se rend compte de la précarité relationnelle dont il fait l'objet.*

Thomas semble être une personne hyper-sensible, et qui a des difficultés dans sa gestion émotionnelle avec de possibles failles narcissiques. Il utilise clairement la projection et l'identification pour se protéger dans les relations qu'il noue avec les résidents. Il lui arrive de se décharger émotionnellement sur les résidents, ce qui ne semble pas très adapté. En revanche, il semble très ouvert aux critiques et remarques qui lui sont faites et semble en tenir compte.

#### **4.1.5.1.2 Question 2 : Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?**

A plusieurs reprises, dans les fragments du récit que nous avons sélectionnés, nous nous apercevons que Thomas joue avec le cadre et semble chercher les limites. C'est peut-être en cela qu'il se qualifie de « jeune con ». Thomas nous parle des valeurs qu'il a reçues mais qu'il ne respecte pas forcément : « *aussi il ne faut pas trop faire parler de soi [Hum hum] Même si ça j'ai un peu de mal » (p2). « Bon ça après c'est mes croyances personnelles euh où justement je n'ai pas suivi ce qui euh ce qui était dicté par euh par ma famille [Hum hum] Parce que euh je viens quand même d'une famille euh catholique pratiquante [Hum hum] Bon après ça c'est ... moi j'ai un peu dévié [(rires)] Où j'ai en tous cas pas suivi euh ... ce qui était euh ... la norme entre guillemets [Hum hum] De la famille bretonne euh ... lambda » (p2). Cela peut aussi s'observer lors de son stage : « *quand on nous a demandé de faire un stage en fait donc euh tous les collègues de formation euh partaient en école primaire [Hum hum] Et moi j'ai demandé à ne pas faire ce stage-là et à aller en ... dans un foyer de vie pour personnes déficientes intellectuelles moyennes et profondes [Hum hum] Euh ça a été compliqué à mettre en**

*place ce stage puisque la directrice n'était pas ... d'accord ... j'ai insisté j'ai fait ce stage euh ... et ce stage m'a donné envie donc de passer le concours d'éducateur spécialisé » (p3). C'est finalement grâce à ce stage que Thomas est devenu éducateur. Thomas semble déterminé dans ses choix, et sa persévérance semble porter ses fruits.*

Si nous reprenons un peu son parcours post Bac, Thomas a abandonné son projet initial car il se disait pas assez pédagogue : « *je voulais être instit [Hum hum] Pour euh primaire euh ... je me suis rendu compte assez rapidement euh à la fac que c'était pas fait pour moi que j'étais pas euh assez bon pédagogue pour pouvoir euh euh transmettre euh le savoir aux enfants » (p3). Nous n'avons que peu de détails sur ce renoncement mais nous pouvons dire que Thomas a eu de bonnes capacités d'introspection.*

Il a passé ses concours d'éducateur : « *Donc j'en ai fait plusieurs dont en Bretagne que je n'ai pas eu ... et euh ... donc j'ai eu que Paris j'en ai eu que un sur six » (p3). Puis, il a tout quitté de sa région natale et il évoque presque un traumatisme dû à sa migration géographique : « Euh le choc euh [D'arriver à Paris ou ...] Euh le ... fin ça a été euh je pense ouais un choc quand même ... et euh je m'y fais toujours difficilement à cette vie parisienne [...] j'ai grandi quand même dans un village où on est quatorze » (p 4). Ce « choc » l'oblige à revenir à ses sources hebdomadairement dans un premier temps : « et euh c'est pour ça au début je rentrais tous les weekends [Hum hum] Financièrement c'était très très compliqué mais c'était essentiel de rentrer tous les weekends [Hum hum] Là je le fais un peu moins [(rires)] (rires) Ça fait quand même euh presque six ans que je suis ici (rires) » (p 4). Encore aujourd'hui, il semble supporter difficilement cette vie urbaine : « Donc euh ouais pas habitué et euh je m'y habituais euh ... probablement pas ... je pense » (p4). Nous remarquons un certain clivage entre sa vie parisienne et sa vie bretonne. Ce « déracinement » ne semble toujours pas intériorisé pour Thomas.*

Le choix de la population réside principalement dans la stigmatisation de la population et l'image de la schizophrénie véhiculée par les médias : « *j'ai voulu travailler ici parce que la population euh ... est stigmatisée [...] parce que la maladie fait peur quand même aux personnes qui ne connaissent pas [Hum] Et qui écoutent ce que leur disent les médias et essentiellement ce que leur disent les médias alors qu'au final quand quand on discute avec eux fin on passe des super moments » (p 4). Nous sentons chez Thomas une intolérance à l'injustice. Il évoque aussi vouloir travailler ici pour l'équipe, avec qui il semble avoir noué de bonnes relations : « ... et euh et l'équipe aussi fait que j'ai voulu revenir travailler ici [Hum hum]*

*L'équipe va mieux depuis ... le moment où moi j'étais en stage ... va beaucoup mieux d'ailleurs et donc c'est plaisant et euh ... puis là euh la directrice me fait confiance sur euh pas mal de choses donc euh c'est euh hyper intéressant de pouvoir euh venir travailler le matin euh ici quoi [Hum] De se lever et de se dire on va faire quelque chose qui nous plait et euh ... fin fin ouais non je suis vraiment heureux de travailler ici » (p5). Thomas nous a relativement peu parlé de ses parents mais à travers son discours, la directrice semble assouvir une fonction maternante et renarcissisante pour Thomas puisqu'elle « lui fait confiance ».*

Thomas semble, depuis tout petit quelque peu anticonformiste, il joue avec le cadre et cherche les limites de celui-ci. En effet, il semble avoir été un enfant un peu rebelle. Il a su faire ses propres choix et y renoncer quand il estimait que ceux-ci n'étaient pas convenables. Il a tout quitté pour venir faire sa formation à Paris, ce qui a été vécu comme un véritable traumatisme, encore présent aujourd'hui. La population stigmatisée et une équipe qui lui fait confiance, y compris la directrice, ont motivé ses choix professionnels et lui confèrent probablement une vie équilibrée, avec des retours réguliers dans sa région natale afin de se ressourcer.

#### **4.1.5.1.3 Question 3 : Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?**

Dès la première question, nous remarquons que Thomas trouve immédiatement des bénéfices et a un retour positif sur son travail, notamment au niveau de la gestion des émotions : « *Quand je suis arrivé à 20 ans euh je pense qu'aujourd'hui euh être quelqu'un d'assez adulte quand même ... et aussi fin le fait de travailler ici euh m'a fait progresser dans ma vie euh professionnelle et personnelle [Hm hum] Sur euh la gestion justement des émotions euh parce que quand même avec les les résidents qu'on accueille ici euh fin c'est un travail qu'est pas évident de pouvoir se remettre en question et euh et même donc euh oui sur la gestion des émotions euh donc pas prendre les choses justement frontalement euh ça aide aussi dans la vie personnelle euh au quotidien je pense » (p1). Or, cela contraste avec ce que nous avons précédemment évoqué au niveau de la difficulté à gérer ses émotions.*

Thomas semble avoir acquis la confiance de la directrice et nous sentons que cela le valorise narcissiquement, et peut venir combler les possibles failles narcissiques que nous avons évoquées lors de la première hypothèse. Peut-être également que la directrice assouvit une fonc-

tion maternante pour Thomas : « *la directrice fait euh ... me propose ça aussi parce que euh ... fin elle veut pas que je parte ... sans sans vouloir euh me vanter ou ... fin ouais* » (p4).

Thomas est capable de trouver des avantages et des inconvénients dans son métier : « *Après oui il y a des bons côtés et des mauvais côtés mais ça c'est avec tout et euh je pense qu'il n'y a pas besoin d'être malade psy pour vivre ça même avec ses amis il y a des moments où forcément euh ça clashe ou avec la famille ou euh et euh mais ça c'est la vie et euh ...* » (p4). Nous le voyons également par la suite avec ceci : « *et j'ai vécu euh des choses géniales comme des choses euh beaucoup plus compliquées ... mais euh et que et c'est encore aujourd'hui mais euh ... mais ça c'est un travail qu'il faut faire sur soi au quotidien et euh il n'y a pas que les résidents euh qui doivent travailler sur euh sur eux-mêmes il y a nous aussi [...]* *On n'est pas euh on n'est pas les maîtres dans notre travail on doit euh ... apprendre au quotidien et euh faire avec euh ce qui se passe dans la journée euh .. pour nous pour les personnes qu'on accompagne euh c'est euh mais c'est pas évident hein et c'est fatigant [Hum hum] C'est fatigant ... c'est pour ça aussi que je rentre en Bretagne régulièrement [(rires)] Pour me ressourcer parce que ça fait du bien de retourner un peu sur la côte euh voir la mer tout ça* » (p 5). Il évoque le travail psychique que les soignants ont à faire et l'épuisement que ce travail génère et parle du besoin de se ressourcer au moyen d'une échappatoire. Pour lui, travailler avec la psychose suscite d'avoir de bonnes capacités d'introspection et une remise en cause constante : « *Sur la manière de ... dont je travaille ? [Hum] Je ne pense pas être un mauvais éduc ... j'espère en tout cas je me remets en question euh régulièrement* » (p 7). Il trouve également un soutien auprès de l'équipe : « *le travail d'équipe fait aussi aujourd'hui qu'on arrive beaucoup plus facilement à se dire les choses* » (p7).

Pour thomas, l'équipe peut avoir des moments de faiblesse, mais il faut que ses membres parviennent à gérer leurs émotions. Thomas parle de l'équipe toute entière mais il parle probablement de lui aussi, mais utilise « l'équipe » pour se distancier de sa pratique professionnelle : « *nous en tant qu'équipe éducative on est ... on n'est pas infaillible et euh il peut y avoir des moments euh [...]* *on peut avoir des moments où ça va où ça va pas où on est énervé mais euh ... on doit pas euh sous prétexte que ... que ... qu'il y ait l'énervement que on ... fin on doit rester courtois [...]* *oui il y a des moments où nous non plus on a ... on a des coups de blouse ou euh ... [Hum hum] Mais ça il faut se réussir à se le permettre et euh c'est pas évident [Hum hum] Parce que ça remet en question quand même notre posture [Oui] Euh se dire bah ouais mais là non ... fin euh ... je fais partie de l'équipe je dois être rassurant donc si euh je lui dit ça va pas euh comment il va le prendre alors qu'en fait euh fin ils savent très*

*bien que euh que nous aussi on a nos problèmes et euh nos joies nos peines fin [Hum hum] Et avec certains on en discute très facilement hein ... et je pense que ça ... ça libère la parole après et l'accompagnement au quotidien » (p8). Thomas parle de la posture et du rôle que l'équipe a à assurer auprès des résidents. Nous pouvons observer une certaine pression quant à être le soignant parfait, sans failles et qu'il est difficile pour lui de s'éloigner de ce rôle.*

Par la suite, Thomas évoque les bénéfices du rétablissement, mais de l'épuisement que celui-ci peut générer en cas de régression des personnes accompagnées : « *Ça fait du bien [Oui] (rires) parce que mais et même euh égoïstement hein... on ... on se dit que on est pas là pour rien et euh fin moi en tout cas et ... que bah mon intervention auprès des personnes qu'on accompagne euh a peut-être un effet positif [Hum hum] Même si le plus gros du travail c'est eux qui le font mais nous euh ... fin en tout cas on essaie d'être un levier pour euh un tuteur sur lequel ils peuvent s'appuyer à un moment donné [...] après il y a des rechutes euh ... il faut essayer de ... en tout cas comment je le vois et comment on le voit en équipe aussi et on en discute avec pas mal de collègues c'est que bah s'il y a rechute c'est pas grave ça refait une expérience et euh [Hum hum] Et il faut s'appuyer là-dessus justement pour recommencer et euh ne pas flancher et essayer de ... mais c'est compliqué hein [Hum] C'est vraiment compliqué ... mais euh ouais non c'est valorisant [Hum hum] C'est valorisant » (p 10). Se renouveler dans la prise en charge semble également être quelque chose de difficile et de fatigant : « *C'est ça qui est compliqué aussi c'est essayer de trouver tous les jours des nouvelles manières de ... de pouvoir les accompagner au mieux et puis même pour eux c'est fatigant [Hum] Je pense mais euh ... ouais ... mais non c'est valorisant de voir que ... telle ou telle personne va un peu mieux » (p10).**

Thomas trouve des effets positifs au rétablissement sur sa propre personne : « *je suis moins ... je suis plus ouvert (rires) [Hum hum] Je suis plus ouvert et heureusement parce que sinon ... [...] plus tolérant aussi [Hum hum] Hum ... mais euh oui non ce métier euh ... m'apporte beaucoup de choses ... mais sur la gestion des conflits en tout cas ouais [(rires)] Je prends plus le temps d'écouter plutôt que de partir en ... de partir en live en deux secondes [Hum hum] Mais ouais ... fin après ça change quand même hein ... dans ma vie perso je démarre assez rapidement mais ouais je suis beau... beaucoup plus patient aussi ... et c'est en lien avec la tolérance aussi hein ... [...] Et prendre le temps et ... j'ai appris à prendre le temps ... à attendre ... et ça c'est dur hein [(rires)] Attendre ho la la la la la la (rires) ... mais euh ça vient doucement .. je m'y fait (rires) [(rires)] Et puis oui euh c'est essentiel [...] Si la personne n'a pas décidée euh ... bah ça marche pas » (p12). Il dit aussi : « ... je vois les choses*

*autrement ... sur euh je pense que les choses ne sont pas euh fatales et que bah il y a la notion de résilience aussi [Hum hum] Ouh ce qui nous impact euh fin il faut s'appuyer dessus pour euh ... pour en tirer quelque chose de positif et euh ... pas faire les mêmes erreurs et ... et ça c'est en lien aussi avec l'expérience donc euh oui si je pense que oui du coup le ... le rétablissement a un impact aussi sur euh notre vie perso ... et sur la vision qu'on a euh .. des liens euh ... des relations quelconques euh fin euh ... des projets ... » (p14). D'une manière générale, ce mode d'accompagnement semble l'apaiser et le rendre plus calme et peut-être moins directif puisque le soignant doit guider la personne dans son rétablissement et non exiger qu'elle se rétablisse. Thomas fait aussi référence à l'impact que ses propres émotions peuvent avoir sur les résidants et que ceux-ci sont en mesure de les détecter : « *Même si on fait tous les efforts du monde pour euh ne pas que les résidants euh soient impactés par ça ils le voient [Hum hum] Ils sont loin d'être bêtes et euh ... je me suis rendu compte que ... ils savent quand ... quand on est énervé quand ... [Hum hum] Quand ça va moins bien ... du coup ils posent des questions [(rires)] Et euh j'ai ... fin je suis assez transparent quand même là-dessus mais en tous cas oui ils n'ont pas à vivre mon énervement ou notre énervement [Hum hum] Ce serait pas du tout professionnel ... mais ouais c'est un tout ... il n'y a pas que le travail avec les résidants quoi il y a aussi le travail avec les partenaires euh ... celui-là est plus compliqué que avec les résidants (rires) » (p13).**

Ainsi, nous pouvons voir que Thomas trouve des avantages et des inconvénients dans ce mode d'accompagnement qu'est le rétablissement. Il dit qu'il arrive mieux à gérer ses émotions et qu'il est d'une manière générale plus calme qu'avant. Il parle beaucoup du travail d'équipe qui semble être une ressource pour lui. En revanche, il parle d'un épuisement qu'il comble avec ses retours en Bretagne. Nous sentons tout de même une immaturité émotionnelle dans son discours, et une certaine pression à être un soignant « sans faille ».

## **4.2 Synthèses et conclusions pour les hypothèses**

### *4.2.1 Quels mécanismes de défenses sont mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ?*

Avant de répondre à cette question, nous tenons à faire quelques précisions. La première chose est que, contrairement aux autres questions de recherche, celle-ci ne peut être posée

directement. En effet, car les soignants ne savent pas forcément ce qu'est un mécanisme de défense et ne savent pas forcément les évaluer, d'autant plus que certains se manifestent inconsciemment. C'est donc à travers le discours, que nous sommes allées les chercher. La deuxième chose est que, il peut manquer certains mécanismes de défense dans cette partie par rapport aux analyses du discours. En effet, nous avons relevé l'ensemble des mécanismes de défense dans les analyses, y compris celles qui se référaient aux parents par exemple. Pour répondre à cette première question de recherche, nous avons sélectionné uniquement « les mécanismes de défenses mobilisés chez les soignants pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes ». Nous détaillerons succinctement les mécanismes de défense de chacun des soignants, puis nous tenterons de généraliser nos résultats.

Le mécanisme de projection est utilisé par Amélie lorsqu'elle dit que les résidants l'aident à comprendre la maladie de son fils. La projection se fait également ressentir lorsque Amélie évoque la frustration qu'elle peut avoir de ne pas pouvoir parlé ouvertement de sa vie personnelle aux résidants alors que eux, le font toute la journée. Elle s'identifie aux résidants lorsqu'elle dit « *mais des fois je suis aussi malade que les résidants* ». Les deux mécanismes de défense que nous avons pu relever dans le discours d'Amélie sont donc la projection et l'identification.

Charlotte s'identifie aux résidants lorsqu'elle évoque « le monde extérieur » et « le masque social » que les résidants n'ont pas, et qu'elle a du mal à porter. Charlotte utilise également la projection lorsqu'elle dit en parlant du rétablissement « *j'espère que ça ne me conduit pas moi vers un peu de folie* ». Les deux mécanismes de défense que nous avons pu répertorier chez Charlotte sont donc la projection et l'identification.

Patrick utilise le mécanisme d'annulation, pour tenter d'effacer les propos dérangeants qu'il a pu prononcer juste avant, afin de lui permettre de refouler ses pulsions agressives. Il utilise massivement l'intellectualisation, pour les mêmes raisons. Il emploie l'identification par rapport aux résidants car il dit lui aussi être en processus de rétablissement. Il idéalise fortement le rétablissement en pensant que c'est la « solution magique ». Patrick, à travers son discours, utilise les mécanismes de défense suivants : l'intellectualisation, l'annulation, l'idéalisation et la projection.

Pietro utilise le clivage : il clive la personne schizophrène en une partie « saine » et l'autre, que nous supposons « malade ». Il utilise également l'identification, car il dit que nous sommes tous un peu « fou ». Cela nous rappelle la définition de la normalité de Bergeret (1996). Les mécanismes de défense utilisés par Pietro pour se protéger dans la relation avec les résidants sont donc le clivage et l'identification.

Thomas emploie l'identification aux résidants lorsqu'il dit qu'il n'y a pas besoin d'être malade psychique pour vivre des situations difficiles. Il utilise la projection pour évoquer la frustration et le déséquilibre qu'il peut rencontrer vis-à-vis des résidants dans le sens où il ne peut pas raconter sa vie personnelle aux résidants alors qu'eux le font. Les mécanismes que nous retrouvons dans le discours de Thomas sont donc l'identification et la projection.

	Projection	Identifica- tion	Annulation	Intellectua- lisation	Idéalisation	Clivage
Amélie	X	X				
Charlotte	X	X				
Patrick	X	X	X	X	X	
Pietro		X				X
Thomas	X	X				

A travers ce tableau récapitulatif, nous pouvons voir que tous les soignants utilisent l'identification. La majorité (quatre soignant sur cinq) utilise la projection. Patrick utilise beaucoup de mécanismes de défense par rapport aux autres soignants (cinq contre deux pour tous les autres). Pour lier nos résultats avec la théorie, et si nous reprenons Morasz (2004) évoqué dans le chapitre 2.2.1.4 ; nous retrouvons peu ou pas ce que lui appelle l'isolation. En revanche, la sublimation qui permet d'échapper à la souffrance par l'intellectualisation est très utilisée par Patrick, mais par lui uniquement. La dépossession, ou l'appropriation de la souffrance, qui pourrait se rapprocher de l'identification, est utilisée par tous les soignants. La parcellisation, qui pour nous est le clivage, est utilisée par un seul soignant. Pour conclure, nous pouvons dire que nos résultats semblent assez fidèles à la théorie, compte tenu du faible nombre de soignants et de la méthode utilisée pour recenser les mécanismes de défense.

Au-delà de ceux-ci, nous avons repéré d'autres caractéristiques qui s'apparentent à la structure de personnalité. Notamment au niveau de la sphère affective ; nous avons remarqué une



fragilité, voire une immaturité affective et émotionnelle pour Charlotte et Thomas. Patrick, quant à lui, fait preuve d'une certaine froideur émotionnelle. Nous avons aussi constaté que Pietro et Patrick manifestent un certain perfectionnisme et que cette exigence s'applique également pour autrui en ce qui concerne Pietro.

#### *4.2.2 Quelles sont les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation ? Peut-on y voir une fonction réparatrice au regard de l'histoire personnelle du soignant ?*

##### *4.2.2.1 Environnement & famille*

A travers leurs récits de vie, tous les soignants à un moment ou à un autre en sont venus à parler de l'environnement familial dans lequel ils ont évolué. Nous allons mettre en lumière, quelques domaines, sur lesquels il nous semble intéressant de s'arrêter, mais, compte tenu de la taille de l'échantillon, la généralisation s'avère impossible.

Le premier thème que nous allons aborder est celui de la religion. En effet, il est revenu au cours de deux entretiens : celui de Patrick et celui de Thomas. Patrick et Thomas ont tous deux été élevés dans des familles pratiquantes. Ainsi, nous pourrions penser que la religion porte des valeurs qui sensibilisent à la relation à l'autre et qui pourraient contribuer à devenir soignant. Peut-être que cela s'avère exact pour Patrick. Thomas, lui, a cherché à s'éloigner de la pratique religieuse.

Nous avons remarqué, que dans trois entretiens sur cinq, les personnes interrogées avaient une relation privilégiée avec le parent du sexe opposé. En effet, Amélie parle davantage de son père et dit que c'est lui qui l'a élevée. Quant à Charlotte, lors du divorce de ses parents, elle est allée vivre chez son père car elle ne s'entendait pas avec sa mère. Elle dit également que son père lui a donné tout ce qu'elle n'avait pas reçu de sa mère. Patrick, lui, avait une relation fusionnelle avec sa mère lorsqu'il était enfant ; il ne parle pas du tout de son père. Pour ces trois personnes, le complexe d'Œdipe est encore bien présent et il semble que leur structure de personnalité soit d'allure névrotique. Néanmoins, nous restons prudentes car nous avons relativement peu d'informations, et que nous nous sommes interrogés sur la structure de personnalité de Patrick, qui semblait, au premier abord, psychotique, même si certains éléments l'infirmant. Nous pourrions ainsi nous demander si la nature de la structure de personnalité,

en l'occurrence névrotique, a un lien avec le fait de devenir soignant. Pour le dire autrement, est-ce qu'avoir une structure de personnalité névrotique prédispose à être soignant ? Quant à Pietro et Thomas, nous ignorons les relations qu'ils entretiennent avec leur père et leur mère, car ils ont parlé de « leurs parents ».

Nous avons prêté une attention particulière à la place que l'enfant devenu soignant peut avoir dans la famille. En effet, le versant actif vs passif a piqué notre curiosité. Amélie a grandi dans une famille très autoritaire, elle s'est toujours montrée très obéissante et était en quelque sorte passive au sein de sa famille. Et cela s'est reproduit dans ses expériences professionnelles puisque, dès qu'elle exposait son point de vue, elle se faisait licenciée. Lorsqu'elle dit qu'elle a trouvé la structure qui la fait « être elle », nous pensons que c'est parce qu'elle a une part active dans celle-ci, dans le sens où elle est écoutée et le cadre semble perméable. Cela se remarque aussi chez Charlotte. En effet, elle semble avoir beaucoup souffert dans son enfance. La mésentente entre ses parents, puis leur divorce plaçaient Charlotte dans une position relativement passive où nous pensons qu'elle n'osait pas évoquer ses problèmes puisque les relations conjugales étaient déjà complexes. Elle s'est probablement effacée et a suivi le chemin professionnel que ses parents lui avaient tracé. Ce n'est qu'à l'âge adulte, que Charlotte a pu reprendre son destin en main et faire ses propres choix. Pour Pietro, ce fut le contraire. En effet, il a grandi dans une famille d'adultes, où tout le monde pouvait donner son opinion, et, c'est lors de ses stages, lorsqu'il n'avait pas son mot à dire, qu'il est devenu passif et frustré. Il a d'ailleurs commencé à prendre goût à sa formation lorsqu'il a eu plus de liberté dans ses actions. Thomas semble avoir toujours été quelqu'un d'actif, doté d'assurance et tenace dans ses choix, un peu anticonformiste. Quant à Patrick, les informations que nous avons le concernant ne permettent pas de s'avancer dans ce domaine. Nous constatons donc une sorte d'émancipation pour la plupart des soignants, qui passent d'une place passive à une place plus active au niveau professionnel. Amélie et Charlotte semblent avoir été ce que l'on appelle des enfants soignants. Nous pourrions nous demander : les enfants soignants continuent-ils de soigner les adultes en devenant soignants ?

#### *4.2.2.2 Réparer ce qui a été abimé ?*

Nous remarquons à travers les récits, que cette vocation professionnelle n'était pas leur premier choix. En effet, Amélie a fait du droit avant de faire sa formation d'éducatrice, Charlotte a travaillé dans une pharmacie, Patrick a été peintre en bâtiment pendant 25 ans. Quant à Pietro et Thomas, leur carrière a débuté dans le social, même si Thomas voulait être enseignant.

Nous pouvons nous demander ce qui fait qu'à un moment donné, leur carrière professionnelle a pris un virage à 180 degrés.

Pour Amélie, c'est un élément déclencheur qui l'a prédestinée à devenir soignante. En effet, elle a perdu sa cousine le jour de ses treize ans et ce fut un réel traumatisme. Elle s'est promis de « lui sauver son âme ». Il y a donc clairement un désir de réparation derrière cette vocation. A 28 ans, elle commence sa formation d'éducatrice et arrête de « faire plaisir à ses parents » en abandonnant le droit. Charlotte évoque également ce désir de réparation, elle dit qu'elle a besoin de se réparer de la souffrance qu'elle a endurée lors de son enfance et qui l'a beaucoup fragilisée. Elle aimait la relation sociale lorsqu'elle travaillait à la pharmacie mais le lien marchand la dérangeait et elle s'est donc dirigée vers une formation d'éducatrice. Pour Patrick, même si cela n'est pas clairement évoqué, nous faisons également l'hypothèse d'une fonction réparatrice : d'une part pour se réparer de la culpabilité d'avoir mené son ami à la décompensation psychotique, de son point de vue, et d'autre part, pour lui permettre de surmonter toutes les pertes suite à sa faillite. Patrick dit qu'il entre très facilement en contact avec les personnes marginales, ce qui l'a probablement contribué, avec son ami schizophrène, à devenir soignant. Pour Pietro, l'élément déclencheur a été sa cousine : elle était psychologue et c'était pour lui l'exemple à suivre dans tout ce qu'elle faisait. Sa cousine et la confiance que les adultes lui accordaient ont probablement contribué à sa carrière sociale. Thomas voulait être enseignant, mais s'est rendu compte qu'il n'était pas assez pédagogue. Il a souhaité faire un stage avec des déficients intellectuels, et nous pouvons penser qu'il était assez intéressé par cette population puisque qu'il a dû beaucoup insister pour faire son stage. Eléments déclencheurs et désirs de réparation semblent donc être fortement en lien et presque toujours présents chez les soignants.

En plus de l'événement déclencheur et du désir de réparation, nous faisons l'hypothèse que les répétitions peuvent aussi nourrir ce devenir. A travers les récits d'Amélie et de Charlotte, nous avons pu mettre en lumière beaucoup de répétitions dans leurs histoires respectives. La mère de Charlotte travaille en psychiatrie et a des traits dépressifs. Nous remarquons chez Charlotte des traits paranoïaques, avec la peur qu'elle a de devenir comme sa mère, dépressive et la peur qu'elle a de devenir comme les personnes qu'elle accompagne, « folle ». Amélie a un fils handicapé, tout comme sa cousine l'était, son père aurait aimé être éducateur, elle travaille en musique, tout comme son père, ... Patrick a un ami atteint de schizophrénie, et nous pouvons faire le lien avec la population accueillie au foyer de vie. Est-ce que l'aspect

répétitif des situations vécues, corrélées à un événement déclencheur, que l'on souhaite réparé, est lié au fait de devenir soignant ?

Pour plusieurs des soignants, nous nous interrogeons sur la fonction que l'institution peut assouvir. Nous pensons notamment à une fonction maternante. En effet, pour Amélie et Charlotte, qui ont eu une relation privilégiée avec leur père, cette institution peut venir les materner, prendre soin d'elles. En effet, la structure en elle-même semble assurer une fonction contenante. Comme le dit Charlotte, il y a le foyer et « le monde extérieur ». Pour Amélie, cela semble même aller au-delà d'une fonction maternante, elle y trouve une deuxième famille au sein de cette structure qui la fait « être elle ».

#### 4.2.2.3 Une sensibilité à la relation humaine

Nous remarquons chez tous les soignants qu'ils ont une sensibilité exacerbée à la relation humaine. La projection et l'identification utilisées par presque tous en est un bon exemple.

L'intolérance à la frustration a été remarquée, notamment chez Pietro et Thomas. Pietro est en effet quelqu'un de très exigeant et il supporte très mal l'échec et d'être frustré. Quant à Thomas, ces situations sont difficiles à vivre pour lui.

Nous remarquons chez tous les soignants également, une plus ou moins grande intolérance à l'injustice. C'est pour Thomas ce qui l'a poussé à travailler avec cette population par exemple. Pour Patrick, cela va bien au-delà, car il gomme presque l'aspect pathologique des personnes il semble se battre pour faire valoir l'égalité des personnes handicapées au même titre que les personnes non porteuses de handicaps.

D'une manière générale, nous pouvons dire que les soignants sont au fait de ce qui se trame pour eux dans le choix de leur métier, comme le conseil Delieutraz (2012). Travailler la relation contre-transférentielle reste un travail quotidien, auquel semble s'adonner les soignants. L'environnement et la famille semblent contribuer à cette vocation professionnelle. Chez presque tous les soignants, nous sentons un désir de réparation et, pour certains, celui-ci vient combler un élément qui a pu être déclencheur à cette vocation professionnelle. Les répétitions peuvent également venir renforcer cela et être une motivation supplémentaire.

### *4.2.3 Quels bénéfices et/ou inconvénients les soignants peuvent-ils tirer de leur investissement dans cette pratique professionnelle ? Y a-t-il des répercussions au niveau personnel ?*

Nous avons pu remarquer que tous les soignants ont une échappatoire. En effet, Charlotte fait beaucoup de sport ou de décharge par la parole. Patrick se dit phobique socialement et lorsqu'il rentre chez lui, il a besoin de se confiner dans sa chambre ; celle-ci assouvirait-elle un rôle contenant ? La danse prend une place considérable dans la vie de Pietro et elle lui assure un équilibre. Thomas retourne régulièrement dans sa région natale et dit avoir besoin de voir la mer pour se ressourcer. Pour Amélie, il semble que ce soit son travail son échappatoire, car elle semble fuir sa situation familiale complexe. Nous remarquons à quel point ce travail est prenant psychiquement, un équilibre de vie semble être nécessaire voire indispensable au niveau personnel pour parvenir à se ressourcer en dehors du travail.

Charlotte et Thomas parlent tous les deux de l'équipe mais semblent vivre les réunions et le quotidien de manières très différentes. En effet, Thomas puise en l'équipe une ressource, et se sent soutenu et valorisé. Ceci semble également être le cas pour Amélie qui semble se sentir à l'aise avec tout le monde. En revanche, pour Charlotte, nous sentons une ambivalence en ce qui concerne les réunions d'équipe. En effet, cela constitue pour elle un espace d'échanges, qu'elle ne parvient pas à investir puisqu'elle n'arrive pas à extérioriser ses ressentis. De plus, ces échanges lui demandent de la réflexion, ce qui lui coûte et génère de l'épuisement.

En ce qui concerne l'avenir des soignants, celui-ci s'oriente clairement vers le rétablissement et un accompagnement identique sauf pour Charlotte qui évoque un épuisement et qui ne se voit pas continuer dans le social pendant des années. En effet, Amélie a même pour projet d'aller au Canada, qui est à la pointe dans tout ce qui est rétablissement. Pour Pietro, c'est l'inverse, il souhaite aller là où le concept de rétablissement n'est pas encore développé. Patrick et Thomas pensent poursuivre leur carrière dans cet établissement.

Tous les soignants sont en mesure de donner des avantages et des inconvénients de leur investissement dans cette pratique professionnelle, sauf Patrick, qui idéalise tellement ce travail et le concept de rétablissement, qui lui est impossible de s'exprimer sur les inconvénients de ce métier.

**Les avantages** pour Amélie sont les fonctions maternantes de cet établissement, elle dit que celui-ci la fait « être elle ». Cette structure lui permet d'exister et de se réparer vis-à-vis de sa cousine décédée, elle semble y avoir trouvé une seconde famille. Pour Charlotte, les avantages sont qu'elle se sent utile, mais cela lui nuit également car cela est très énergivore. La notion de rétablissement la pousse à une certaine curiosité intellectuelle. Comme nous l'avons évoqué précédemment, Patrick idéalise tellement sa profession qu'il lui est impossible de trouver des inconvénients. En effet, il se dit victime de phobie sociale et réussit à entrer facilement en contact avec les résidants, il a donc fait de son problème une ressource. Il trouve dans son travail une valorisation et une renarcissisation. Le rétablissement pour Pietro semble être un moteur dans sa pratique professionnelle, notamment parce qu'il a un besoin de contrôle et qu'il est perfectionniste : l'évolution constante des résidants semble être en accord avec ses besoins. Pietro semble assouvir au sein de cette institution, beaucoup de ses besoins et notamment : le besoin d'exister et de se sentir valorisé, le besoin de contrôle, le besoin de réassurance et le besoin d'être valorisé dans son travail. Thomas évoque de nombreux avantages et plus particulièrement une évolution au niveau de sa gestion émotionnelle (même si celle-ci reste relativement précaire), une institution qui semble maternante pour lui, et une équipe qui lui fait confiance, notamment la directrice, ce qui le valorise socialement. Au niveau de l'impact du rétablissement sur sa personne il se dit plus ouvert, plus tolérant et prend plus le temps d'écouter, il a appris à prendre le temps.

**Les inconvénients** pour Amélie sont que c'est une personne hypersensible et que ce travail avec les résidants la sollicite beaucoup au niveau émotionnelle, ce qui semble aller de pair avec une fragilité au niveau affectif. Les inconvénients pour Charlotte sont ce sentiment d'utilité, qui lui coûte aussi beaucoup car elle donne plus que ce que ses capacités psychiques lui permettent. La relation avec les résidants peut être compliquée due à son immaturité relationnelle. Celle-ci la contraint également à garder tous ses ressentis et toutes ses émotions pour elle, comme lorsqu'elle était enfant. Les réunions d'équipe lui coûtent beaucoup, en lien aussi avec l'immaturité affective car elle dépense beaucoup d'énergie psychique pour se livrer. Ce que nous pourrions évoquer pour Patrick en termes d'inconvénients seraient un perfectionnisme et des fragilités narcissiques qui lui coûtent probablement en énergie psychique. Les avantages, notamment au niveau des besoins de Pietro, sont assouvis par la structure mais ils sont générés, nous le pensons, en grande partie par le perfectionnisme de celui-ci. Pour Thomas, nous avons relevé une certaine immaturité relationnelle qui peut lui nuire.

Charlotte et Thomas évoquent l'épuisement que peut générer un tel accompagnement. Celui-ci se ressent surtout sur Charlotte ; elle dit prendre régulièrement une semaine d'arrêt quand cela ne va plus. Nous pourrions lier ceci avec beaucoup de domaines, notamment l'immaturation affective, la place que peut prendre la vie professionnelle dans la vie personnelle, ...

D'après nos résultats, les répercussions de la vie professionnelle sur la vie personnelle sont inévitables. En effet, tous ont manifesté une joie quant à une évolution positive d'un résident et plusieurs ont dit que cela pouvait avoir un impact à court terme, sur leur journée par exemple lorsqu'un progrès était constaté. Pietro et Thomas suggèrent de rester vigilant quant à ces améliorations, qui peuvent être ponctuées de rechutes. Amélie, Pietro et Charlotte semblent avoir des difficultés à différencier leur vie professionnelle de leur vie personnelle mais cela se manifeste de différentes manières. En effet, pour Amélie, il y a presque une confusion entre la vie personnelle et la vie professionnelle, puisque beaucoup de sphères de sa vie sont similaires au niveau professionnel et personnel. Pour Pietro, les événements qui se déroulent au cours de la journée semblent fortement impacter son déroulement, tant en positif qu'en négatif. Pour Charlotte, sa vie professionnelle semble beaucoup empiéter sur sa vie personnelle, et plutôt en négatif.

## **5 CONCLUSION**

### **5.1 Synthèse globale des résultats et des hypothèses**

Tout d'abord, nous ne pensons avoir relevé qu'une partie des mécanismes de défense utilisés par rapport à la palette que les soignants mettent en œuvre au quotidien. En effet, ne pouvant pas leur poser directement la question, nous les avons recherchés à travers le discours. Il convient aussi de tenir compte de la taille de notre échantillon qui est relativement restreinte. A travers les récits, nous avons pu mettre en évidence qu'effectivement, les soignants utilisent des mécanismes de défense pour se protéger lors de l'accompagnement basé sur le rétablissement des personnes schizophrènes. Il s'agit majoritairement de l'identification et de la projection, ce qui semble corroborer avec Morasz (2004). Nous remarquons que les mécanismes de défense utilisés par les soignants sont majoritairement d'allure psychotique. N'y aurait-il pas chez les soignants, des capacités empathiques qui seraient capables de s'adapter à la structure de personnalité des personnes schizophrènes ? Se protéger de la relation avec les personnes

schizophrènes, ne passe-t-elle pas par une identification à eux ? Cela permet-t-il d'entrer plus facilement en contact avec la psychose ?

A travers la deuxième question de recherche, nous avons exploré les motivations qui ont conduit le soignant à faire sa formation, et nous avons essayé de voir si, au travers de son histoire personnelle, il n'assouvissait pas une sorte de réparation. Dans un premier temps, nous avons pu nous apercevoir que l'environnement et le milieu familial dans lequel l'enfant a grandi semblent avoir une influence sur son devenir professionnel. En effet, la religion est revenue plusieurs fois au cours des entretiens mais nous ne savons pas dire si elle a un impact sur le devenir des soignants. Nous avons pu remarquer que la majorité des soignants ont une relation privilégiée avec le parent de sexe opposé. Cette relation œdipienne nous fait penser aux structures de personnalité névrotiques et nous pourrions nous demander si la nature de la structure de personnalité a un impact sur le fait de devenir soignant. Enfin, le fonctionnement familial semble également avoir une influence sur le devenir soignant. Nous avons pu en effet nous apercevoir que plusieurs des soignants ont grandi dans des familles avec un cadre rigide ou de la souffrance (divorce) qui ne leur ont pas permis de s'exprimer. C'est seulement à l'âge adulte et par la réalisation de leur cursus qu'ils ont pu s'émanciper. Ces enfants qui semblent avoir été ce que l'on appelle des enfants soignants, pourraient-ils devenir des enfants soignants adultes ? Dans un second temps, un désir de réparation semble être présent chez la plupart des soignants, de manière plus ou moins consciente. En effet, certains semblent avoir été motivés par un événement déclencheur ou des répétitions dans l'histoire familiale. Dans un troisième temps, nous avons remarqué que tous les soignants ont une sensibilité à la relation humaine et à l'humain. L'intolérance à l'injustice est unanime vis-à-vis des soignants.

Nous avons pu recenser, à travers le récit des soignants, que tous, consciemment ou à un niveau plus inconscient tirent des bénéfices et des inconvénients au niveau de leur pratique professionnelle. Tous, sous différentes formes, ont besoin d'une échappatoire. L'équipe pluridisciplinaire paraît ambivalente : une ressource pour la plupart et une perte d'énergie psychique considérable pour d'autres. Au niveau plus personnel, certains évoquent de l'épuisement. Mais pour quatre personnes sur cinq, ils se voient poursuivre leur carrière dans ce domaine, voire même exporter leur savoir et leur expérience dans d'autres pays. Enfin, la limite entre la vie personnelle et la vie professionnelle semble poreuse pour certains et « ces vies » s'influencent mutuellement.



## 5.2 Critique sur la démarche et le travail

Il convient en premier lieu, de rappeler que le concept de rétablissement, bien qu'ayant fait ses preuves aux Etats-Unis, peine encore à s'imposer en France. De plus et comme nous l'avons montré dans la partie théorique, les mentalités quant à un avenir stable et défavorable de la schizophrénie restent fortement ancrées y compris chez les professionnels. Le fait de s'intéresser au rétablissement est certes novateur, mais ce concept peut susciter du rejet chez certains et de la curiosité chez d'autres.

Nous allons nous arrêter quelques temps sur la population. En effet, tout d'abord, il s'agit de personnes qui travaillent dans la même structure. Les soignants rencontrent donc les mêmes situations, sont confrontés aux mêmes problématiques, travaillent dans le même environnement, avec les mêmes personnes, mais ce n'est pas pour autant qu'ils vivent toutes ces situations de la même manière. Nous pouvons donc nous demander si nous aurions eu les mêmes résultats avec des personnes issues d'autres structures. En effet, nous pouvons par exemple émettre l'hypothèse que la directrice recrute inconsciemment un certain type de personnalité, les structures peuvent aussi avoir un fonctionnement différent, ... Beaucoup de facteurs environnementaux sont donc à l'œuvre et il convient d'en tenir compte.

Ensuite, le recrutement des participants s'est établi sur base de volontariat. Cela peut en effet constituer une limite à notre recherche et, nous pouvons nous demander si les résultats auraient été semblables si les participants y avaient été contraints.

Ce travail de fin d'étude est limité en termes de pages à une centaine. C'est pourquoi, nous avons dû choisir cinq entretiens parmi les douze enregistrés. La taille de l'échantillon étant relativement restreinte, nous pouvons nous demander si nous aurions eu les mêmes résultats avec un échantillon plus grand.

Cette étude repose sur une analyse du récit. Cette analyse comporte une part de subjectivité qu'il est important de souligner. En effet, si ce travail avait été réalisé par une autre personne, il est probable que les résultats n'auraient pas été tout à fait les mêmes. Il est donc important de rappeler que la subjectivité du chercheur a aussi un impact dans l'analyse.

Cette étude est qualitative et malgré les similitudes et les différences que nous avons trouvées entre les soignants, nous ne pouvons généraliser ces résultats à l'ensemble de la population soignante.

Les entretiens sont semis-directifs. Il y a donc des thématiques qui ont été abordées mais les soignants étaient assez libres dans leurs réponses et n'ont pas nécessairement parlé des mêmes choses. Par exemple, lors du récit de vie, certains ont évoqué les relations avec chacun des parents alors que d'autres non. Il est important d'en tenir compte dans nos résultats car ce n'est pas parce que les soignants n'ont pas évoqué certains domaines dans leur discours qu'ils n'ont pas un vécu semblable aux autres.

Nous l'avons déjà évoqué au cours de ce travail mais il paraît important de rappeler que la méthode pour identifier les mécanismes de défense repose uniquement sur l'analyse du discours et, que peut-être, les mécanismes relevés ne constituent qu'un échantillon des mécanismes de défense utilisés en réalité. En effet, nous ne pouvions pas poser directement cette question aux soignants car il paraît relativement difficile de s'auto-évaluer étant donné la part inconsciente de ceux-ci. Il faut également rester prudent sur la généralisation des résultats car notre échantillon ne comportait que cinq soignants.

A travers cette recherche, nous avons pu nous rendre compte qu'il était relativement difficile de distinguer l'accompagnement des personnes schizophrènes et l'accompagnement des personnes schizophrènes par le rétablissement. En effet, ces deux concepts se croisent constamment et il convient de tenir compte de ce biais.

### **5.3 Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques**

Il semble que peu d'études se soient intéressées au vécu des soignants dans le rétablissement de la schizophrénie. En effet, le rétablissement semble avoir fait ses preuves auprès des patients mais peu d'études s'intéressent à l'impact que celui-ci peut avoir sur la population soignante.

Cette étude présenterait un intérêt à être reproduite avec une méthodologie plus quantitative que qualitative, au moyen de questionnaires par exemple, sur une population plus grande, afin d'observer si les résultats peuvent se généraliser sur une plus grande population.

Pour ce qui est de la prévention, il nous semble important que les soignants soient aussi informés de ce à quoi ils s'exposent en faisant ce choix professionnel. En effet, l'impact de la

vie professionnelle sur la vie personnelle semble bien plus grand que ce qu'on peut l'imaginer...

Il pourrait être intéressant de mener une recherche avec un plus grand nombre de participants pouvant mener éventuellement à une généralisation en ce qui concerne les mécanismes de défense. En effet, certaines de nos questions restent sans réponse : N'y aurait-il pas chez les soignants, des capacités empathiques qui seraient capables de s'adapter à la structure de personnalité des personnes schizophrènes ? Se protéger de la relation avec les personnes schizophrènes, ne passe-t-elle pas par une identification à eux ? Cela permet-il d'entrer plus facilement en contact avec la psychose ? Et peuvent-elles être intéressantes à investiguer.

Nous pourrions également imaginer reproduire cette étude en y intégrant des tests projectifs afin d'identifier la structure de personnalité des soignants et qui rejoindrait notre interrogation en ce qui concerne la question 2.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

Abensour, L. (2003). La rencontre transférentielle. *Psychanalyse et psychose*. 13(3). 25-36.

Abraham, K. (1965). *Œuvres complètes*. 1 & 2. Payot.

Andreasen, N-C. & Carpenter, W-T. & Kane, J-M. & Lasser, R-A. & Marder, S-R. & Weinberger, D-R. (2005). Remission in schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus. 162(3). 441-449.

Andresen, R. & Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model. *Aust Nz, J Psychiatr*. 37. 586-594.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 11-23

Anthony, W-A. & Rogers, E-S. & Cohen, M. & Davies, R-R. (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric services*. 46(4). 353-358.

Azorin, J-M. & Kaladjian, A. & Fakra, E. (2006). Origine et renouveau du concept de démence dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*. 164. 457-462.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New-York, USA : W. H.

Barbès-Morin, G. & Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*. 164. 529-536.

Barbier, A. (2016). Et si les soignants commençaient à parler. *Le sociographe*. 56(4). 81-90.

Bardin, L. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France

Barrett, R. & Kuzawa, C-W. & McDade, T. & Armelagos, G-J. (1998). Emerging and re-emerging infectious diseases : the third epidemiologic transition. *Annual Review of Anthropology*. 27. 247-271.

- Becker, H-S (1985). *Outsiders. Etudes de sociologie de la déviance*. Paris : A.M. Métailié
- Bellack, AS. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia : concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*. 32. 432-442.
- Benedetti, G. (1980). *La mort dans l'âme*. Paris : Erès.
- Bergeret, J. (1974, 1996, 2013). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Dunod.
- Bertaux, D. (2001). Méthodologie. *Recherche en Soins Infirmiers* (64), 16-27
- Besançon, M-N. & Jolivet, B. (2009). *Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne*. Paris : Les éditions de l'Atelier.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In Aschaffenburg B. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig und Wien : Franz Deuticke. Viallard A (trad.). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris : EPEM ; GREC (1993).
- Boevink, W. (2012). L'expertise d'expérience des usagers de la psychiatrie. In. Greacen, T. Jouet, E. *Edition : Pour les usagers de la psychiatrie, acteur de leur propre vie. Rétablissement, empowerment, inclusion sociale*. Toulouse, Erès. 85-102.
- Bolognini, S. (2006). La complexité de l'empathie psychanalytique : une exploration théorique et clinique. *Revue française de psychanalyse*. 3. 877-896.
- Bordin, E-S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research & Practice*. 16(3). 252-260.
- Bottéro, A. (2008). La question de la guérison des schizophrènes. *Neuropsychiatrie : tendance et débats*. 34, 9-11.
- Bouvet, C. & Nascimento Stieffatre, M. & Prime, C. (2006). Evolution d'une patiente schizophrène, prise en charge dans un centre de soins de réadaptation, perspective psycho-dynamique avec test et re-test TAT et Rorschach. *Bulletin de psychologie*. 484(4). 395-405.
- Bouvet, M. & Viderman, S. (1969). La relation d'objet. In Nacht, S (dir.), *La psychanalyse d'aujourd'hui, t.1*. Paris : PUF. 41-121.
- Brient, P (2007). Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie. *Cahiers de psychologie clinique, 1(28)*, 61-68
- Bustillo, J-R. & Lauriello, J. & Horan, W. & Keith, S-J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *American journal of psychiatry*. 158(2). 163-175.
- Chaslin, P. (1912). *Eléments de Sémiologie et de Cliniques mentales*. Asselin
- Cheval, S. & Mirabel-Sarron, C. & Guelfi, J-D. & Rousillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales Médico-psychologique, Revue Psychiatrique*. 167. 347-354.
- Ciompi, L. & Harding, C. & Lehtinen, K. (2010). Deep concern. *Schizophrenia Bulletin* 36 : 437-439
- Ciompi, L. (2005). *The natural history of schizophrenia in the long term*. Boston : University of Boston.
- Conus, P. & Bonsack, C. & Söderström, D. (2012). L'hôpital psychiatrique : un lieu pour la formation à la psychothérapie des troubles psychotiques. *L'information psychiatrique*. 88(70). 527-534.
- Corbière, M. & Bisson, J. & Lauzon, S. & Ricard, N. (2006). Factorial validation of a French short-form of the Working Alliance Inventory. *International Journal of methods in psychiatric research*. 1(15). 36-45.

- Davidson, L. & Schmutte, T. & Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia : practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*. 34. 5-8.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in Schizophrenia*. New-York : New-York University Press
- Davoine, F. (1992). *La folie Wittgenstein*. Paris : EPEL.
- Deegan, P-E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4). 11-19.
- Deegan, P-E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 31(4). 7-11.
- Delhayé, M. & Lotstra, F. (2007). Soignants ... soignées, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(28), 49-59.
- Delieutraz, S. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Clinique*, 2(4), 146-162.
- Delion, P. (2005). Psychanalyse et institutions : une question complexe. *Le Carnet PSY*. 98(3). 31-33.
- DeSisto, M-J. & Harding, C-M. & McCormick, R-V. & Ashikaga, T. & Brooks, G-W. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. *British journal of psychiatry*. 167(3). 331-338.
- Dutoit, M. (2006). Des pratiques pour sortir des ghettos et promouvoir l'inclusion en santé mentale. *Vie sociale*. 4(4). 81-86.
- Enjalbert, J-M. (2006). Le groupe, le sujet et le schizophrène. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 46(1). 137-144.
- Estroff, S-E. (1993). Identity, Disability, and Schizophrenia : The Problem of Chronicity. In S. Lindenbaum and M. Lock eds. *Knowledge, Power, and Practice : The antropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley & Los Angeles : University of California Press. 247-286.
- Ey, H. (1955). Formes évolutives. Rémissions. Formes terminales. Problème du pronostic des schizophrénies. In Garrabé J. (1996), *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*. Paris : les empêcheurs de tourner en rond
- Favrod, J. & Scheder, D. (2004). Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Revue médicale de la Suisse romande*. 124. 205-208.
- Ferenczi, S. (1975). *Transfert et introjection, Œuvres complètes (1909)*. Paris : Payot
- Freud, S. (1938). *Le clivage du moi dans le processus de défense*, in : Résultats, idées, problèmes. Paris : PUF, 283-286.
- Fustier, P. (1999). *Le travail d'équipe en institution*. Paris : Dunod.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate*. Paris : Edition de Minuit
- Greacen, T. & Jouet, E. (2012). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. *Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse : Érès
- Grebot, E. (2002). *Repères en psychopathologie*. Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble.
- Harding, C-M. & Brooks, G-W. & Ashikaga, T. & Strauss, J-S. & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II : Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American journal of Psychiatry*. 144(6). 727-735.

- Huber, G. & Gross, G. & Schüttler, R. & Linz, M. (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (4), 592-605.
- Huguelet, P. (2007). Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweiz archives of neurology*, 158(6). 271-278.
- Ionescu, S. & Jacquet, M-M. & Lhote, C. (1997). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris, Nathan.
- Jablensky, A. & Sartorius, N. & Ernberg, G. & Anker, M. & Korten, A. & Cooper, J-E. & Dray, R. & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia : manifestations, incidence and course in different cultures, a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 20. 1-97.
- Klein, M. (1946). *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Développement de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Klein, M. (1959). *Œuvres complètes*. Payot.
- Koenig, M. & Castillo, M-C. & Plagnol, A. & Miraglia, S. & Bouleau, J-H. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *Editions Matériologiques*. 4(12). 7-27.
- Koenig-Flahaut, M. & Castillo, M-C. & Blanchet, A. (2011). Rémission, rétablissement et schizophrénie : vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*. 514 (4). 339-346.
- Koenig-Flahaut, M. Castillo, M-C. Schaer, V. Le Borgne, P. Bouleau, J-H. & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 4(88), 279-285.
- Kraepelin, E. (1899). *La folie systématisée (paranoïa)*. Analytica.
- Lacan, J. (1932). *La psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Thèse de médecine. Le François : Paris.
- Lalonde, P. (2007). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico-Psychologiques*, 165. 183-186
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Laugier, F. & Toliou, A. (2009). Penser les soins spécifiques des patients psychotiques institutionnalisés au long cours. *Psychothérapies*. 29(3). 175-186.
- Leguay, D. (2001). Les pratiques françaises de réadaptation psychosociale. *L'information psychiatrique*. 77(3). 259-263.
- Lehman, A-F. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 21(4). 645-656.
- Levine, S-Z. & Lurie, I. & Kohn, R. & Levav, I. (2011). Trajectories of the course of schizophrenia : from progressive deterioration to amelioration over three decades. *Schizophrenia Research*, 126 (1-3), 184-191.
- Liberman, JA. & Drake, RE. & Sederer LI. Et al. (2008). Science recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 59. 487-496.
- Liberman, RP. & Kopelowicz, A. & Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Review Psychiatric*. 14. 256-272.
- Liberman, R-P. & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia : a concept in search of research. *Psychiatric Services*. 56. 735-742.
- Luca-Bernier, C. Le travail avec les patients psychotiques : la formation en question. 8<sup>ème</sup> biennale de l'éducation et de la formation, 438

- Lysaker, P-H. & Dimaggio, G. & Carcione, A. & Nicolo, G. (2007). Metacognition within narratives of schizophrenia : associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia Research*. 93. 278-287.
- Marder, S. (2006). Recovering and recovery in schizophrenia. *Mindview of mental illness research, Education and clinical center*. 22. 1-4.
- Merton, R. (1965). *Elément de théorie et de méthode sociologique*. Paris : Plon, H. Mendras
- Minkowski, E. (1927). *La schizophrénie*. Paris : Payot
- Morasz, L. & Perrin Niquet, A. & Verot, J-P. & Barbot, C. & Livet, M. (2004). *L'infirmière en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson.
- Nasio, J-D. (1988). *Le concept de narcissisme*. Paris : 1988.
- Noiseux, S. & Ricard, N. (2007). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals : a grounded theory. *International journal of nursing studies*. 10. 254-258.
- Noiseux, S. (2007). Schizophrénie : analyser et comprendre le rétablissement. *Santé mentale*. 120. 17-24.
- O'Hagan, M. (2009). The colonisation of recovery. *Openmind*. 20(156).
- Oury, J. (2001). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Champ social éditions : Nîmes
- Oury, J. (2003). Transfert, multiréférentialité et vie quotidienne dans l'approche thérapeutique de la psychose. *Cahier de psychologie clinique*. 2(21). 155-165.
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 4 (88). 257-266
- Rabinowitz, J. & Levine, S-Z. & Haim, R. & Häfner, H. (2007). The course of schizophrenia : progressive deterioration, amelioration or both ? *Schizophrenia Research*, 91, 234-238.
- Racamier, P-C. (1963). Sur la personation. *De psychanalyse en psychiatrie*. Paris : Payot.
- Racamier, P-C. (1970). *La psychanalyse sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris : Payot.
- Racamier, P-C. (1983). *La psychanalyse sans divan*. Paris : Payot.
- Reker, T. & Eikelmann, B. (2004). Job integration as a goal of psychiatric therapy. *Psychiatrische praxis*. 31(2). 251-255.
- Rousillon, R. (1995). Le transfert sur le cadre, in *Logiques et archéologies du cadre psychanalytique*. Paris : PUF. 139-162.
- Rousillon, R. (2014). L'identification narcissique et le soignant dans le travail de soin psychique. *Cliniques*, 2(8), 122-138.
- Roux, M-L. (2004). La pratique psychanalytique et les psychotiques, In F. Nayrou et G. Pragier. *Interpréter le transfert*. Paris : PUF, *Débat de psychanalyse*. 164-170.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness : begins with behaviour and attitudes of medical professionals especially psychiatrists. *British Medical Journal*. 324(7352). 1470-1471.
- Silverstein, SM. & Bellack, AS. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychological Review*. 1108(24).

Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness. A Guide for mental health professionals. *Cambridge University Press*.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being : the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Service Research*. 10-26.

Société canadienne de la schizophrénie. (2012). *Apprendre à connaître la schizophrénie, une lueur d'espoir*. Société canadienne de la schizophrénie.

Söderström, D. (2015). Formes du transfert dans la psychose : une maison à plusieurs étages. *Psychothérapies*. 35(1). 29-41.

Soumet-Leman (2011). Impacts d'un travail d'histoire de vie sur la prise en charge d'un patient psychotique. *Le journal des psychologues*. 289(6). 26-30.

Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Clinical reasearch edition*. 322(7278). 95-98.

Tausk, V. (1975). *Œuvres psychanalytiques*, Paris : Payot.

Toliou, A. (2011). Empathie et psychose. *Le journal des psychologues*, 3(286), 35-38.

Townsend, E. & Wilcock, A-A. (2004). Occupational justice and client-centred practice : a dialogue in progress. *Canadian journal of accouptational therapy, revue canadienne d'ergothérapie*. 71(2). 75-87.

Tsao, D-Y. & Schweers, N. & Moeller, S-M. & Freiwald, W-A. (2008). Patches of face-selective cortex in the macaque frontal lobe. *Nature Reviews Neuroscience*. 11. 877-879.

Unrug, M-C. (1974). *Analyse de contenu*. Paris : Editions Universitaires.

Vidon, G. & Dubuis, J. & Leguay, D. & Habib, M. (1999). Le mouvement de réhabilitation psychosociale : une opportunité pour la psychiatrie française. *L'information psychiatrique*. 75(4). 348-356.

Wang, X. (1994). An integrated system of community services for the rehabilitation of chronic psychiatric patients in Shenyang, China. *British journal of psychiatry*. 24. 80-88.

Winnicott, D-W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.

## 6.1 Témoignages de personnes rétablies

- Eleanor Longden : [http://www.ted.com/talks/eleanor\\_longden\\_the\\_voices\\_in\\_my\\_head](http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head)
- Patricia Deegan : <https://www.youtube.com/watch?v=jUvJFsvPM9o>
- Peter Bullimore : <https://www.youtube.com/watch?v=5DBXm0eanjA>
- Vincent Demassiet : <https://www.youtube.com/watch?v=hPYissZZ8cg> (à partir de 17:21)



# RESUME

## Le vécu des soignants dans le rétablissement de la schizophrénie

**Objectifs** : cette recherche vise une meilleure compréhension du vécu des soignants dans le rétablissement de la schizophrénie qui s'inscrit dans une approche psychodynamique. Il s'agit d'étudier les mécanismes de défense utilisés par les soignants, les motivations qui les ont conduits à faire ce choix vocationnel, et les impacts que la notion de rétablissement peut avoir dans la vie professionnelle et plus largement personnelle de ces professionnels.

**Méthode** : pour réaliser cette étude, nous avons analysé le récit de cinq soignants (trois hommes et deux femmes âgés de 25 à 52 ans) qui accompagnent, au moyen du rétablissement, des personnes schizophrènes dans un foyer de vie à Paris. Les entretiens étaient construits de manière semi-directive, avec des thématiques préalablement définies, et débutaient par un récit de vie. La méthodologie utilisée est qualitative.

**Résultats** : les résultats montrent que les mécanismes de défense mis en place par les soignants sont principalement psychotiques. Quant aux motivations à devenir soignant, elles résident parfois dans une histoire familiale qui se répète, et peut naître d'un élément déclencheur. Un désir de réparation est presque toujours à l'œuvre. L'environnement familial, ainsi qu'une sensibilité aux relations humaines, semblent avoir leurs rôles à jouer. Le concept de rétablissement paraît influencer les soignants, tant dans leur vie personnelle, que dans leur vie professionnelle.

**Mots clés** : rétablissement, schizophrénie, soignants, psychiatrie