



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

relation

Accompagner la personne psychotique avec et malgré son déni

MICHÈLE GAILLARD-
BOSSON
Psychologue clinicienne
Samsah Oxygene,
3ter, avenue du Léman,
74100 Annemasse, France

■ Le déni est un mécanisme de défense inconscient ■ Se rencontrant chez les personnes psychotiques, il rend l'accompagnement difficile ■ Le Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah), dont la mission est la réhabilitation psychosociale, est confronté à cette défense en-dehors de toute relation thérapeutique ■ Mis dans une position d'impuissance, l'accompagnateur est sollicité au niveau du travail sur la relation et sur ce que lui fait vivre la personne.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – accompagnement ; déni ; défense ; inconscient ; psychose ; Samsah

Supporting people with psychosis with and despite their denial. Denial is an unconscious defence mechanism. Found in people with psychosis, it can make the task of supporting these patients difficult. The French service for the medical-social support of disabled adults (SAMSAH) is confronted with this defence mechanism. Rather than a therapeutic relationship, the mission of this service is one of psychosocial rehabilitation. Placed in a position of impotence, those supporting the patients need to analyse the notion of the relationship and the feelings which the person makes them experience.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – defence; denial; psychosis; SAMSAH; support; unconscious

La personne psychotique fait appel à un mécanisme de défense inconscient appelé le déni : déni de sa maladie, déni de la réalité, total ou partiel. Cette défense représente un obstacle auquel se heurtent les soignants et les travailleurs sociaux dans le travail de soin ou d'accompagnement. La question est d'autant plus difficile dans un milieu ouvert comme les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah)¹ : comment accompagner la personne avec et malgré son déni ?

Quelques repères théoriques aideront à mieux cerner le déni, afin d'aborder l'accompagnement lui-même, plus particulièrement pour un service médicosocial tel que le Samsah. Tissé des phénomènes inconscients propres à la psychose et

au déni, l'accompagnement fait vivre au service et au professionnel des affects contradictoires voire violents, qui nécessitent d'être reconnus et nommés afin de dégager des pistes de travail. Celles-ci sont issues de notre travail d'écoute et d'accompagnement de la pratique des professionnels.

LE DÉNI : UN MÉCANISME DE DÉFENSE DE MODE PSYCHOTIQUE

L'angoisse profonde d'une personne, ainsi que les défenses qui l'en protègent, se sont installées inconsciemment lors de la constitution de sa personnalité, pendant la petite enfance. S'il n'y a pas de modification pendant la période de latence, ou dans la vie adulte par un travail psychanalytique

lorsque cela est possible, cette angoisse et ces défenses restent du domaine de l'inconscient.

■ **Le déni est un mécanisme qui fait partie des défenses de mode psychotique**, même s'il peut être utilisé à certains moments par d'autres structures que la psychose, et notamment dans la perversion [1]. Le but des mécanismes de défense est la réduction de la tension pulsionnelle et de l'angoisse qui en résulte. Pour la personne psychotique, c'est son intégrité physique et psychique qui est en jeu.

■ **Le déni est un terme introduit par Sigmund Freud dans un sens spécifique** : c'est un « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante, essentiellement celle de l'absence de pénis chez la femme. Ce mécanisme est

Adresse e-mail :
mgbosson@orange.fr
(M. Gaillard-Bosson).

particulièrement invoqué par Freud pour rendre compte du fétichisme et des psychoses » [2]. En 1924, il précise que le déni porte sur une réalité extérieure et sa perception, là où le refoulement porte sur une réalité psychique [3].

Ne pas percevoir pour ne pas souffrir

■ **Le déni est le refus inconscient de reconnaître une réalité extérieure traumatisante :** une réalité perçue comme tellement dangereuse ou douloureuse pour le Moi qu'elle ne pourrait pas être élaborée par l'appareil psychique. « *Le déni apparaît à l'endroit où la réalité va affronter l'individu à une situation intolérable ou non élaborable pour lui.* » [4] Il s'agit pour la personne d'éliminer la représentation gênante en niant la réalité même de la perception liée à cette représentation, ceci avant même qu'elle n'arrive à la conscience [5]. Nous parlerons essentiellement du déni d'existence, même si Paul-Claude Racamier décline le déni suivant une échelle de 12 degrés [5].

■ **Pour la personne psychotique,** dénier une réalité revient à dire : « *Cette réalité n'existe pas.* » C'est l'existence-même de cette réalité qui est niée. Le déni fait disparaître la perception de la vie mentale. C'est à la fois la perception et son affect qui sont rejetés dans une extériorité psychique, comme si la perception n'avait jamais existé [6]. Pour la psychose, nous parlons de déni de la réalité et de déni de la maladie ; la maladie étant, pour la personne psychotique, une des réalités et non des moindres, avec lesquelles elle est en conflit. Dès qu'elle est douloureuse ou angoissante, la réalité telle qu'elle se présente n'existe pas pour la personne. Toute personne de

structure psychotique utilise cette défense puisque le conflit interne se situe avec la réalité : suivant les cas, le déni envahit plus ou moins la personnalité.

Une impossibilité affective

■ **Le déni d'une réalité se situe sur un plan affectif** et non cognitif. La non-intégration d'une réalité est due à l'impossibilité profonde de la laisser venir à la conscience, à cause d'une angoisse vertigineuse. Cette impossibilité inconsciente est à distinguer de l'absence de compréhension ou de savoir, qui appartiennent au registre cognitif. La personne peut, par ailleurs, être dotée de capacités intellectuelles importantes : son déni ne se situe pas sur le même plan.

■ **Dans le déni d'une réalité, la personne psychotique ne perçoit pas ou n'entend pas psychiquement :** non qu'elle ne comprend pas intellectuellement, mais parce que son angoisse l'en empêche. Cette réalité ne peut tout simplement pas arriver à la conscience. Autrement dit, la personne qui ne perçoit pas ou n'entend pas une réalité – comme sa maladie par exemple – ne l'entendra pas plus si on la lui répète ou si on la lui explique.

Le déni dans la vie quotidienne

■ **Pour la personne, dénier sa maladie** consiste à vivre, agir, parler, comme si sa maladie n'existait pas. Elle n'est pas consciente qu'elle est malade. La maladie la déconnecte de la réalité, totalement ou en partie. Son déni peut l'amener à penser qu'elle n'a pas besoin de soins ou, par exemple, qu'elle peut travailler lorsqu'elle ne le peut pas. Si elle se prête aux soins, cela peut avoir pour elle

une toute autre signification que pour les accompagnateurs, par exemple dépression, épilepsie, maladie physique. Autant de symptômes qui évitent d'évoquer la maladie psychique. Le déni apparaît dans le discours et dans les actes : rechercher du travail par exemple.

■ **Lorsque la personne rencontre des difficultés de relation avec d'autres personnes** – parents, voisins, interlocuteurs sociaux –, elle ne peut pas se remettre en question. À grands renforts de rationalisations, elle se persuade que le problème vient de l'extérieur et non de l'intérieur : la personne, l'institution, la société... Les problèmes rencontrés – humains, matériels, administratifs – n'en sont pas : pour elle, ils n'existent pas, elle ne les voit pas, ce sont les autres qui en font « une montagne ».

■ **Toute son énergie va passer dans la lutte contre cette réalité.** Se reconnaître malade serait ouvrir la porte aux angoisses d'anéantissement, ébranler son identité propre qui est menacée de mort. « *Dans les psychoses, le déni concerne de larges pans de la réalité, permettant de ne pas se confronter aux angoisses de l'anéantissement.* » [7] Pour être efficace, le déni s'accompagne donc d'une certaine rigidité de pensée, ainsi que d'une séparation entre la pensée et l'affect.

Savoir n'est pas entendre

■ **La personne psychotique peut sembler reconnaître sa maladie dans le discours,** voire parler de ses hallucinations, et continuer à vouloir mettre en place une vie « normale » qui ne tient pas compte de la maladie. Elle utilise des mots qui ne sont pas reliés aux affects. Le discours est déconnecté de sa réalité. Il peut arriver qu'une personne psychotique ait retenu

NOTE

¹ Les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) sont des structures innovantes instituées par le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005, relatif à leurs conditions d'organisation et de fonctionnement. Ils ont pour vocation, sur orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), de contribuer à la réalisation de leur projet de vie par un accompagnement adapté permettant un maintien à domicile et grâce à une dynamique d'insertion sociale. Ils s'adressent à plusieurs types de handicap et leurs prestations sont assurées par une équipe pluridisciplinaire (éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale, assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers, aides-soignants, aides médicopsychologiques [AMP], ergothérapeutes). L'aide ne se substitue pas au suivi médical des personnes en-dehors de la structure. Il peut délivrer des soins, accompagner vers le soin, coordonner les différentes interventions. Pour les Samsah à destination des personnes en situation de handicap d'origine psychique, les positions institutionnelles sont diverses. Pour la plupart, leur mission n'est pas thérapeutique, mais de réhabilitation psychosociale et de coordination. Pour en savoir plus : <http://www.legifrance.gouv.fr/Cedias,Creahi%20Ile-de-France>. Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Octobre 2010.

le diagnostic qui a été posé de sa maladie et s'en sert dans son discours : cela ne veut pas dire qu'elle ait conscience de celle-ci. Pour elle, ce diagnostic énoncé peut avoir une fonction de nomination, d'identité, qui vient pallier un vide symbolique.

■ **D'autre part, les mots utilisés n'ont pas le même sens pour le patient et pour le médecin.** Pour la personne malade, ces mots sont souvent vides de sens, non reliés à ses affects. Ou bien, s'ils le sont *a minima*, ces mots peuvent être liés pour elle à ce qu'elle exprime confusément de sa souffrance, de son mal-être, de ses angoisses : on peut alors parler de déni partiel.

Le retour du non-perçu

■ **La personne qui rejette une perception de la réalité lui substitue une autre perception** imaginaire. Devant une situation intolérable et à la place de la pensée, elle peut se créer une nouvelle réalité, c'est-à-dire un délire. Ce sont les perceptions rejetées qui reviennent sous forme d'hallucinations [8,9]. « *Le rejet rend ainsi impossible la construction de la pensée et donne lieu à l'hallucination ou au délire.* » [10]

■ **Ce qui est rejeté comme non-perçu est l'objet d'un clivage du Moi.** Le Moi est divisé en deux : d'un côté, celle qui rejette la perception, de l'autre ce qui a été rejeté. Cette dernière est considérée comme extérieure au Moi, à tel point qu'une part du Moi apparaît comme étrangère : c'est un phénomène de dépersonnalisation [11]. « *Avec le déni, le sujet conserve le savoir de la réalité tout en lui substituant une perception imaginaire, et possède alors deux visions incompatibles mais dénuées de tout lien.* » [12]. Le clivage du Moi peut aussi aboutir à son dédoublement :

une partie va demeurer en contact opératoire avec la réalité non gênante, pendant qu'une autre va perdre tout contact avec la réalité dans ce qu'elle a d'angoissant et apparaît comme étrangère [13].

■ **Le déni d'une réalité utilise aussi la projection** : ce qui pourrait être ressenti comme mauvais est attribué à l'extérieur, dans un délire de persécution. Cela permet à la personne de continuer à investir son intérieur comme bon.

■ **Le déni se traduit dans les actes** : par exemple, le déni du danger entraîne des comportements à risque.

ACCOMPAGNER LA PERSONNE DANS LE DÉNI EN SAMSAH

■ **Face au déni de la personne accompagnée**, l'accompagnateur se retrouve dans l'impuissance : son rôle est d'accompagner une personne malade qui ne se reconnaît pas comme telle. Cette position est difficile et source d'affects contradictoires.

Le déni de la réalité, le déni de la maladie sont des défenses difficilement supportables en soi : nier la réalité, nier l'évidence vient faire violence chez le professionnel. Comment imaginer, en effet, entretenir une relation avec une personne qui refuse de voir et d'entendre la réalité ? La maladie constitue la réalité et la base à partir de laquelle s'établit l'accompagnement. Comment imaginer accompagner dans ces conditions ?

■ **Une personne qui dit envers et contre tout « Cela n'existe pas »** empêche la parole sur la réalité dont il est question. La parole entre soi et l'autre ne peut advenir. L'accompagnement est limité par l'indicible. Il suppose que

l'accompagnateur mette entre parenthèses tout une partie de ce qu'il pourrait faire et dire : cela limite son potentiel, entrave le processus d'accompagnement et lui donne de la lourdeur. Il comporte de la frustration.

■ **Le déni a pour objet ce qui, chez la personne malade, est de l'ordre de l'impensable.**

« *Tout se passe comme si cette personne laissait à "l'autre" la tâche de penser pour elle l'impensable. Cela s'effectue notamment au travers du mécanisme inconscient d'identification projective, qui nécessite de la part de l'autre une dépense psychique considérable – ressentir à sa place – dans un vécu souvent pénible.* » [9,14]

Le vécu de l'accompagnateur

■ **Du fait de ces différents aspects**, le déni peut provoquer chez l'autre, et notamment chez l'accompagnateur, des affects en retour. Une personne qui n'entend pas sur le plan psychique donne l'impression de se comporter comme si l'autre ne disait rien ou même n'existait pas. Pour l'accompagnateur, c'est son identité personnelle et professionnelle qui se trouve remise en question, voire niée. Cela représente une violence qui, en retour, provoque des sentiments de rejet et une envie de réagir de manière énergique voire violente.

Ces affects viennent en opposition au rôle et au métier de l'accompagnateur qui a fait le choix d'aider : cette contradiction vient compliquer l'analyse de ce qui se passe en lui et peut amener un sentiment de culpabilité.

■ **Le déni peut aussi avoir un autre effet, plus insidieux** : après un certain temps de fréquentation de la personne accompagnée dans son quotidien, l'accompagnateur a établi avec elle une relation de proximité. Le risque pour lui serait

alors de ne plus voir la maladie de la personne accompagnée : autrement dit, de la banaliser ou de se retrouver avec la personne accompagnée dans un déni à deux – cela de manière progressive et non consciente, effet de la psychose.

■ **L'accompagnateur peut être spectateur, malgré lui, d'abandons de traitement**, de décompensations, de régressions, de mises en danger, pas forcément suivis d'hospitalisation. Le déni de la maladie empêche la personne accompagnée d'entendre les alertes qui lui sont adressées pour sa sauvegarde. Dans ce genre de situation, il met à mal l'accompagnateur, qui ne sait plus où se situe sa responsabilité.

■ **L'accompagnement est difficile et frustrant**. Quoiqu'il se passe dans la parole et dans les actes avec la personne accompagnée, le travail et l'élaboration en équipe sont primordiaux : le transfert est diffracté sur plusieurs personnes au lieu d'envahir une seule personne. Les affects peuvent être parlés, élaborés et ne pas rester bruts. L'analyse des relations permet de sortir de cet enfermement que provoque le déni.

Représenter la réalité

■ **Même si l'accompagnement n'est pas bien compris par la personne accompagnée**, que celle-ci ne fait pas le lien avec sa maladie psychique, l'accompagnement demeure accepté par la personne qui sent confusément un besoin d'aide. L'accompagnateur est donc investi comme venant apporter de l'aide et cette dernière est l'objet du contrat avec le service. Dans la mesure où cette aide serait remise en question (« *Je n'ai pas besoin de vous* » ou « *Je n'ai pas besoin d'aide* »), cela

nécessiterait bien sûr de requiescancer le contrat.

■ **Par ce contrat, le service d'accompagnement** renvoie à la personne accompagnée la réalité : en cela, il représente un tiers entre elle-même et la vie sociale. Le fait, pour le service, de représenter la réalité est ce sur quoi la personne peut s'appuyer pour vivre insérée dans la société : cette représentation est celle du service et, par délégation, celle de l'accompagnateur. Lionel Mahier et Odile Guillard parlent de « *la juste place d'un Sam-sah* » qui se situerait au niveau de l'étayage et d'une fonction de tiers : avec l'entourage, les équipes de soins, les services de gérance de tutelle, les centres de travail ou les entreprises [15].

■ **Les symptômes peuvent être verbalisés, en priorité avec l'infirmière**, par exemple si la personne accompagnée parle spontanément de ses hallucinations auditives. Un lien est possible aussi si elle peut parler *a minima* de l'entretien qu'elle a eu avec son psychiatre, ou de ce qu'elle vit au centre médico-psychologique (CMP) avec les soignants. Lorsque le discours plus fréquent du « tout va bien » prévaut, ses difficultés lui sont alors discrètement renvoyées.

Ces interventions visent à renvoyer la réalité et la maladie sans violence, discrètement mais fermement, de manière à ne pas cautionner le déni.

■ **Accompagner une personne dans le déni suppose que soit dégagé le but premier de l'accompagnement**. Même si l'objectif de l'accompagnement est formalisé comme « maintenir ou favoriser une évolution de l'autonomie », il suppose un autre but en amont : contribuer à maintenir un ancrage minimum dans la réalité. C'est de cet ancrage que dépendra

la possibilité d'une vie relativement autonome dans la cité.

■ **Cet ancrage minimum est rendu possible par la présence du service à ses côtés**, et plus concrètement des accompagnateurs au quotidien. Même sans travail de parole sur la maladie, cette seule présence concrétise la réalité extérieure – à défaut de la symboliser. Elle n'est pas garante d'un maintien – qui dépend en grande partie du traitement médicamenteux – mais y contribue.

La spécificité du service médicosocial

■ **Face au déni des personnes psychotiques, l'institution fermée propose le cadre thérapeutique ou la loi**, qui font office de tiers et permettent le maintien des soins. L'hospitalisation prolongée permet de confronter la personne à des limites externes, notamment après un passage à l'acte. Le cadre institutionnel, par sa permanence, fait office d'enveloppe psychique sécurisante, au sein de laquelle peut s'organiser un soin. La possibilité de s'appuyer sur ce cadre permet de travailler avec le déni, en le contournant pour créer une relation thérapeutique. Celle-ci permet au patient de s'exprimer et aux soignants de mieux comprendre ce qui se passe pour lui [10]. Bernard Penot préconise même d'interpréter le déni dans l'institution en jouant le délire : le jeu psychodramatique permettrait au soignant de sortir du dilemme dans lequel il est enfermé – mal faire quoi qu'il fasse [9].

■ **Le service ouvert qui s'est positionné comme non thérapeutique** – même si l'effet peut l'être – ne peut s'appuyer sur le cadre thérapeutique ou la loi concernant les soins psychiatriques. Non seulement il

RÉFÉRENCES

- [1] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique : les structures mentales, le caractère, les symptômes. Paris: Dunod; 1983.
- [2] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
- [3] Freud S. La perte de la réalité dans la névrose et la psychose. In: Œuvres complètes : psychanalyse. Volume XVII, 1923-1925. Paris: Presses universitaires de France; 1992. p. 37-41.
- [4] Vollon C, Barthélémy S. Le déni : entre refus de percevoir et rejet de l'intolérable. Santé mentale. 2012;172:8.
- [5] Bergeret J. Psychologie pathologique : théorique et clinique. Paris: Masson; 1982.
- [6] Racamier PC. Autour du déni : un dégradé de déni. In: Le génie des origines : psychanalyse et psychoses. Paris: Payot; 2005. p. 213-48.
- [7] Freud S. Les psychonévroses de défense. In: Névrose, psychose et perversion. Paris: Presses universitaires de France; 1999.
- [8] Bardou H, Vacheron-Trystram MN, Cheref S. Le déni en psychiatrie. Ann Med Psychol. 2006;164:99-107.
- [9] Penot B. Figures du déni : en-deçà du négatif. Toulouse: Éditions Érès; 2003.
- [10] Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé : approche psychanalytique de l'hallucination psychotique. Bruxelles: De Boeck; 2010.
- [11] Freud S. Lettre à Romain Rolland (un trouble du souvenir sur l'Acropole). In: Œuvres complètes : psychanalyse. Volume XIX, 1931-1936. Paris: Presses universitaires de France; 1995. p. 329-38.
- [12] Litinetskaia M. Déni, négation et dénégation : aspects psychopathologiques et cas cliniques. Ann Med Psychol. 2013;171: 485-9.
- [13] Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 1985.
- [14] Penot B. Article déni. In: de Mijolla A (dir.) Dictionnaire international de la psychanalyse : concepts, notions, biographies, œuvres, événements, institutions. Paris: Pluriel; 2013.

RÉFÉRENCES

[15] Mahier L, Guillard O. La juste place d'un Samsah : un étayage pour l'utilisateur et sa famille. *Pratiques en santé mentale*. 2010;2:25-8.

[16] Paquet M. Handicap psychique : les services spécialisés à la loupe. *ASH*. 2012;2743:30-3.

ne peut obliger une personne à prendre son traitement, ni assurer des soins dans un cadre permanent, mais surtout, pour les personnes en situation de handicap psychique, il n'a en général pas pour vocation de soigner, mais d'accompagner vers le soin et de coordonner les interventions [15,16].

Il se situe "à côté" des personnes, en accompagnant celles-ci dans leur cheminement et leurs "allers-retours" par rapport à la maladie, en veillant à favoriser une certaine réhabilitation psychosociale. De ce fait, il se trouve démuné face au déni, notamment lorsque la personne prend son traitement en pointillé et que sa maladie fait retour.

Accepter l'impuissance

■ **Ne pouvant ni soigner, ni dialoguer sur la maladie**, l'accompagnateur du Samsah est renvoyé à son impuissance : impuissance à communiquer, à aider. Il s'agit certes d'un sentiment, mais pas seulement. Cette impuissance est de l'ordre de la réalité : en-dehors du cadre du soin, on ne peut réellement rien faire pour que le déni s'arrête et que la personne entende. Pour le professionnel, la première chose à faire dans ces conditions est d'accepter la réalité de cette impuissance : c'est un travail sur soi difficile et qui demande à être repris constamment.

■ **En acceptant cette réalité comme incontournable**, l'accompagnateur est dégagé de l'autocritique ou du découragement. Il s'agit de renoncer à une aide qui consisterait à faire prendre conscience à la personne de sa maladie, ou à lui permettre d'aller mieux. Ce renoncement suppose d'accepter d'aider la personne à un autre niveau. L'aide apportée se situe alors dans le fait d'être là, tout simplement : être là humainement, être là en tant que

représentant de la réalité extérieure, continuer à être là malgré la destructivité de sa maladie qui l'amène à attaquer les liens.

■ **Le but implicite de l'accompagnement est d'aider la personne à rester ancrée** dans la réalité. Pour cela, il s'agira pour l'accompagnateur et le service de faire le lien, là où la personne ne le fait pas ou peu : entre la présence du service et sa maladie. Si le service intervient, c'est parce qu'il y a maladie psychique.

C'est le fait de ramener ce lien, par la parole et par la présence concrète de l'accompagnateur, qui va permettre de maintenir présente *a minima* l'idée de la maladie et le sens de l'accompagnement.

■ **La remise en question de la présence du service par la personne accompagnée** est un signe révélateur de l'aggravation du déni, qui devient total et massif : « *Pourquoi les accompagnateurs viennent-ils ? À quoi me servent-ils ?* » Il y a nécessité dans ce cas de reparler ce lien, voire de reprendre le contrat.

La relation avec la personne dans le déni

■ **Être en relation avec la personne dans le déni n'est pas de tout repos**, d'où l'importance de prendre conscience des affects qui surgissent. Le fait de les nommer et de les travailler en équipe permettra de rester dans une attitude bienveillante.

Face au déni de la réalité, de la maladie, il ne s'agit pas de renvoyer à la personne, sans autre ménagement, la réalité qu'elle cherche à nier : ce serait lui faire violence. Il ne s'agit pas non plus de cautionner ce déni, voire son délire : cela l'éloignerait un peu plus de la réalité. La parole, s'il doit y en avoir une, est dans l'entre-deux. Tout est

affaire de nuances : le choix du moment, la fonction du professionnel, le type de relation entretenu, le ton de la voix,...

■ **L'important est de demeurer dans une attitude bienveillante**. Le message entendu par la personne accompagnée ne se trouvera pas tant dans les mots, que dans l'affect qui aura animé l'accompagnateur : par exemple l'empathie, la sollicitude ou l'inquiétude de celui-ci lui donnera à entendre qu'il veut son bien.

Il ne s'agit pas de nommer la maladie ou son diagnostic, tâche qui revient au médecin, mais, lorsque cela se présente, de reprendre ce qui a pu être dit dans l'espace de soins, ou de s'appuyer sur ce que dit la personne de ses angoisses ou de son traitement – l'accompagnateur le plus approprié pour cela étant l'infirmière.

■ **Les termes utilisés pour nommer les difficultés de la personne** auront plus de chances d'être entendus s'ils sont en rapport avec un affect : angoisse, souffrance, dépression, anxiété... car ils révéleront l'empathie du professionnel.

CONCLUSION

Accompagner la personne psychotique dans le déni représente une gageure, notamment dans le cadre d'un Samsah dont la mission n'est pas thérapeutique. Les pistes de travail proposées donnent une large place à l'analyse de ce que la personne fait vivre à l'accompagnateur, ainsi qu'à ce que vient représenter le service : la majeure partie du travail se situe, pour l'accompagnateur, dans l'acceptation de son impuissance en tant que réalité incontournable. Le travail et l'élaboration en équipe sont primordiaux. ■

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.