

**Canal Psy**

ISSN : 2777-2055

Éditeur : Université Lumière Lyon 2

---

**95 | 2011**

## **Pratiques partiales, pratiques partielles**

Illustration : Marc-Antoine Buriez d'après une image d'archive de Daniel Chatry

---

 <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2921>

### **Référence électronique**

« Pratiques partiales, pratiques partielles », *Canal Psy* [En ligne], mis en ligne le 04 mars 2021, consulté le 06 juin 2024. URL : <https://publications-prairial.fr/canalpsy/index.php?id=2921>

DOI : [10.35562/canalpsy.2921](https://doi.org/10.35562/canalpsy.2921)

## SOMMAIRE

---

Frédéric Guinard  
Édito

### **Dossier. Pratiques partiales, pratiques partielles**

Béatrice Labrousse et Julie Mourlevat  
Et si la rencontre clinique ne pouvait prétendre qu'à la partialité ?

Patrick Geffard  
Pour des dispositifs d'élaboration des pratiques professionnelles enseignantes

Céline Attard et Jean-Louis Pardinielli  
Institution et maltraitance familiale : enjeux cliniques des pratiques d'évaluation

Nathalie Dumet  
La « préoccupation thérapeutique » du psychologue

### **Coup de cœur**

Jean-Marc Talpin  
Maylis de KERANGAL, *Naissance d'un pont*

L'œil du psychologue

### **Méthodologie**

Marion Canneaux  
L'entretien de recherche : entre quête illusoire de l'objectivité et multiplication des subjectivités

# Édito

Frédéric Guinard

## TEXTE

---

- 1 Pour illustrer ce numéro 95 sur la partialité des pratiques, nous avons cherché – en écho à l'image de la « main négative » du numéro 93 sur la thématique de la partialité dans la recherche – une image, une gravure, qui renverrait à la dimension artisanale de nos pratiques.
- 2 Nous pensions au tissage, à la poterie, au travail du forgeron... au hasard des recherches, c'est finalement la représentation de « l'orpaillage » qui s'est imposée à nous. Pourquoi ? En quoi l'orpaillage nous parlerait de la pratique du psychologue ? Nous préférons laisser cette question en suspens, à votre appréciation et à votre libre associativité...
- 3 Pour ce numéro, nous retrouvons les ateliers *partialité* du colloque international interdisciplinaire qui s'était tenu à l'occasion des 30 ans de la Formation à Partir de la Pratique « FPP ». Le choix a été difficile entre tous les textes que nous avons eu le plaisir de redécouvrir en préparant ce numéro.
- 4 La contribution de Béatrice LABROUSSE et Julie MOURLEVAT nous propose un double mouvement de flash-back et d'après-coup, à partir de leur présentation lors de ce colloque au sujet de leur pratique institutionnelle auprès de patients aux prises avec une souffrance psychique importante. De leur côté, les interventions de Céline ATTARD, Jean-Louis PEDINIELLI, Patrick GEFFARD, Nathalie DUMET, se penchent plus particulièrement sur les particularités des pratiques dans les champs de la formation et celui de l'intervention sanitaire et éducative.
- 5 Des « Groupes d'Éducation Thérapeutique » jusqu'au travail en réseau autour de la question de la maltraitance familiale, se déclinent les caractères partiels et partiels de pratiques cliniques auprès de sujets eux-mêmes fragmentés, fragilisés dans leur sentiment de continuité d'exister.

- 6 Enfin, dans notre rubrique Méthodologie, nous présentons les travaux de Marion CANNEAUX qui s'est penchée dans le cadre de sa thèse sur l'utilisation de l'entretien de recherche et de ses spécificités.
- 7 Et, de nouveau, le coup de cœur de Jean-Marc TALPIN et « L'œil du psychone ».
- 8 En vous souhaitant une bonne lecture...

## AUTEUR

---

**Frédéric Guinard**

IDREF : <https://www.idref.fr/196831296>

Dossier. Pratiques partiales,  
pratiques partielles

# Et si la rencontre clinique ne pouvait prétendre qu'à la partialité ?

Béatrice Labrousse et Julie Mourlevat

DOI : 10.35562/canalpsy.2930

## PLAN

---

Notre lieu de soin  
Notre travail de recherche  
Pourquoi intervenir dans ce colloque ?  
Les effets de notre présentation  
Ce que nous en comprenons aujourd'hui

## TEXTE

---

- 1 Voici le récit d'une expérience étrange : une équipe de terrain qui vient parler de cette monstruosité qu'on appelle l'humain, quand tout est dérégulé, quand le monde marche sur la tête, quand le seul partage possible est incompréhensible (mais nous fait vivre quelque chose à notre corps défendant). Cet écrit est bien différent des récits de moments cliniques que nous vous avons proposés pendant ce colloque, un récit comportant un avant, un pendant, un après. Comme jeter un coup d'œil derrière la scène, une fois que la pièce est finie.

### **Notre lieu de soin**

- 2 Depuis 1986, le Centre de jour Lafayette propose un lieu de soin à des patients de trois arrondissements de Lyon aux prises avec une souffrance psychique importante, souvent ancienne et parfois masquée par des organisations défensives « normalisantes ». Ce dispositif de soin s'est construit comme un objet trouvé-créé avec les patients, par des ajustements successifs de nos pratiques en réponse aux questions qu'ouvraient régulièrement les résistances symptomatiques des patients. En effet, le bloc d'opacité que constitue la symptomatologie psychotique forme une énigme marquée par une

étrangeté radicale pour le patient et pour les soignants, énigme que nous tentons d'éclairer.

3 La stratégie soignante de notre centre consiste à permettre aux patients de donner à voir et à recevoir des événements psychiques épars, des symptômes qui, s'ils sont vus, entendus, partagés, ressentis, puis parlés et donc traduits par les soignants, permettent aux patients de re-crée une réalité psychique, une vie psychique. C'est ce qui conditionne leur sentiment d'appartenance à l'humanité.

4 Ce dispositif s'organise aujourd'hui autour de trois espaces :

- un espace inter-individuel, psychothérapie avec un ou deux soignants ; c'est le lieu de l'intrapsychique, de l'expression privée de la souffrance fondamentale,
- des espaces groupaux, lieu de la réactivation pulsionnelle, retour des éprouvés, émotions, affects,
- une « agora » institutionnelle, lieu d'accueil informel des patients, espace tolérant la répétitivité symptomatique, c'est le théâtre d'une socialité ponctuelle, terrain d'élection des manifestations défensives et des passages à l'acte.

5 Notre travail s'appuie sur trois postulats :

- Une conception de la psychose comme organisation défensive destinée à protéger un inconscient affolé en quête de sens, pour reprendre Piéra AULAGNIER, issue d'une rencontre réelle ou fantasmatique avec des objets primaires « affolés-affolants ». Cette organisation psychique aurait pour but de maintenir un système d'autoguérissement fait de désolation psychique et relationnelle, condition d'une survie à des souffrances archaïques.
- Une idée du soin conçu comme un processus d'apaisement, comme un apprivoisement d'images internes vécues comme étranges, monstrueuses et ininterrogeables.
- Une compréhension de trois temporalités différentes : le temps du travail psychique en psychothérapie individuelle, un temps objectif, socialement consensuel dans l'espace institutionnel et un temps arrêté, mis entre parenthèses lors des mouvements pulsionnels dans les groupes. Notre position de soignant est d'accompagner les patients dans des va-et-vient entre ces différentes temporalités pour les aider à dépasser la résistance à la régression intrapsychique, résistance massive pour ces patients.

## Notre travail de recherche

- 6 Notre dispositif de soin dans ses dimensions groupale, institutionnelle et individuelle, nous amène à repenser les limites conceptuelles classiques de la thérapie individuelle d'une part et de la thérapie institutionnelle d'autre part. Ce questionnement nous a poussés à une recherche sur les possibilités de compréhension du matériel non verbal, c'est-à-dire des agirs, en lien avec la prise en charge individuelle classique. Qu'est-ce que notre dispositif de soin apporte, par rapport à des dispositifs plus classiques, n'utilisant qu'une ou deux dimensions de soin ? Notre hypothèse est que tout agir est riche du sens qu'une position tierce peut lui prêter, agir dans le sens des actes, mais aussi de mots-actes qui agissent sur les soignants en leur faisant percevoir et ressentir un éprouvé corporel et/ou émotionnel.
- 7 Notre analyse se fait à partir de récits d'un soignant d'un événement clinique concernant un patient, narration propre à chaque soignant-écrivain, au ras des éprouvés, bribes de mots, d'images, de vécus fantasmatiques pas encore construits. Il peut s'agir d'un extrait d'entretien individuel, d'un moment de groupe ou de vie institutionnelle, écrit par association libre après un temps de travail clinique du groupe de soignants.
- 8 Notre priorité est, pour ce travail de recherche comme lors de nos réunions cliniques, de partir de ce que notre rencontre avec le patient nous fait vivre, en nous méfiant d'une théorisation rapide qui nous protégerait de la violence de cette rencontre, mais nous éloignerait de nos possibilités de co-création psychique avec le patient.

## Pourquoi intervenir dans ce colloque ?

- 9 Notre intervention comportait un ensemble de ces récits, écrits lors d'une séance de travail à propos de deux patientes particulièrement énigmatiques. Nous avons lu des extraits de ces récits, sans les modifier ni les contextualiser, c'est-à-dire en recréant la manière dont ils s'étaient actualisés dans l'expérience vécue. Patients venus à

nous selon leur possibilité de rencontre, textes venus à nos psychés selon nos possibilités de traduire nos éprouvés.

- 10 Nous avons choisi de participer à ce colloque, car le thème de la partialité faisait pour nous écho au cheminement que nous parcourions lors de nos travaux d'écriture pour notre recherche. Il nous semblait que le texte d'appel contenait l'idée d'un parti pris dans la rencontre clinique, parti pris que les soignants décrivaient dans leurs textes. En effet, dans le travail de recherche, nous croisons ensemble nos regards partiels sur les patients, sur la dynamique institutionnelle ainsi que sur la pratique soignante au centre de jour. Nos écrits témoignent de notre implication comme passant par un mouvement premier d'empathie massive, d'un engagement dans l'intime psychique poussé aux limites, presque d'une perte de positionnement, de distanciation, d'une perte de soi impliquée par les projections des patients. Un positionnement donc opposé à une pensée qui se voudrait impartiale. Il nous est alors apparu une première piste de réflexion, celle d'une impartialité ou d'une neutralité impossible du fait d'une forte implication auprès du patient, assumée collectivement.
- 11 Une deuxième piste de réflexion s'est ouverte à nous, celle de la partialité entendue comme la prise en compte d'une partie ou de plusieurs parties. Ainsi, nos séances d'écriture-lecture constituaient un travail de construction à plusieurs d'une représentation d'un individu. Une représentation plurielle, comme un kaléidoscope venant mettre des images, des mots, du sens, là où il nous semblait en manquer. Chacun était alors porteur d'une partie écartelée d'un psychisme morcelé dont nous tentions de rassembler les morceaux. Chacun dans ses textes témoignait de cette partie dont il se faisait le représentant, mais aussi de l'endroit d'où il avait pu l'apercevoir et s'en saisir, donnant ainsi au groupe un autre niveau de lecture et de compréhension du patient.
- 12 Ainsi lorsqu'il nous a fallu écrire pour transmettre notre travail au colloque, nous avons fait le choix de présenter un « échantillon » du corpus de textes tel quel, sans remaniement, afin de partager avec le public ce travail de déconstruction-construction. Notre choix s'est facilement arrêté sur une séance particulièrement marquante pour l'équipe. Présenter ce matériel clinique brut permettait de conserver

la prédominance du désarroi des soignants dont il témoigne pour, par la suite, souligner l'importance de cette étape du travail clinique ; travail à l'aveugle où les soignants ne savent plus ce qu'ils font, ce qu'ils disent, et acceptent de se laisser envahir par la confusion psychique des patients. Nous avons seulement écourté chaque texte pour n'en garder que les séquences les plus parlantes.



Archives Daniel Charty

## Les effets de notre présentation

- 13 Au départ, les réactions du public nous ont renvoyées à la sidération première que nous avons nous-mêmes vécue lors des rencontres avec ces patientes. Ainsi, après un moment de silence lourd, des personnes sont intervenues pour nous dire la difficulté qu'elles ressentaient à penser ces patientes et du coup à comprendre notre intervention et son but. D'autres nous ont de plus demandé de réexpliquer notre cadre et notre méthode de travail, laissant

entendre une contamination de la confusion. Il nous semblait alors que les vécus des soignants et ceux des patientes étaient mélangés et qu'une impression de malaise émergeant de toute part venait affecter l'auditoire.

- 14 Puis, contrairement à ce à quoi nous nous attendions, il est ressorti de notre proposition de partage son caractère obscène. Des personnes ont été mises à mal par notre absence de retenue que constituait pour eux le fait de tout dévoiler de nos écrits ; une absence de pudeur dans ce que les textes donnaient à voir des patients, mais aussi des soignants. La sidération a alors laissé la place au rejet et à la colère du fait d'une impossibilité pour nos écoutants de se distancier des textes. De notre côté, il nous semblait qu'en lisant nous étions en lien étroit avec ces patientes, mais aussi avec le reste de l'équipe, revivant alors ce que nous pouvions vivre avec ces jeunes femmes ainsi que ce que nous avons pu vivre lors de l'élaboration en groupe, l'écriture puis le partage des textes. Notre intervention constituait donc probablement une mise en scène de notre absence de recul vis-à-vis de ces patientes, de l'innommable confusion dans laquelle elles nous mettaient. L'absence d'élaboration et de théorisation de la clinique a été perçue comme une attaque contre laquelle le public s'est défendu. Les interventions suivantes ont de ce fait beaucoup questionné notre méthode de travail décrite comme singulière et marginale. Pour une partie du public, toujours soumise à l'effet traumatique de la rencontre, notre travail était réalisé sans mise en pensée, comme dans une sorte de lâchage de nos éprouvés sans élaboration dans l'après-coup. L'absence de tiers venait déconstruire l'image du patient ainsi que celle du soignant et l'on nous mettait dans la position d'observateurs froids, distants et sans empathie, tentant de cataloguer les individus auxquels ils avaient affaire. Ce fantasme a alors amené une certaine violence dans les échanges, les propos à notre égard étant empreints de colère et de reproches d'avoir tenté d'utiliser l'auditoire comme tiers pour penser « à notre place ». Simultanément, nous avons pu ressentir un mouvement compassionnel émanant d'une autre partie de l'auditoire soutenant l'idée d'une identification trop massive du soignant au patient, identification que nous n'aurions alors pas encore suffisamment travaillée. Nous avons été finalement amenés à discuter sur le sens de la transmission, de la formation dans des lieux aussi

différents qu'une université et un lieu de soin. Que pouvons-nous partager ?

## Ce que nous en comprenons aujourd'hui

- 15 Nous voulions témoigner de ce que représentait pour nous ce choix étrange de la partialité ; non pas ce que nous pouvions construire dans nos théorisations autour de ce mot, mais ce qu'il évoquait de nos vécus de soignants. Être partial, partiel, partie d'un tout, pris à partie dans les enjeux incestueux et mortifères de la vie psychique de patients psychotiques.
- 16 Ce témoignage a réussi, au-delà de nos espérances, à faire partager cette position impossible que nous défendons. Être humain avant tout, oublier nos connaissances, nos savoirs extérieurs sur la psychose, devenir des instruments de musique, des résonateurs au service des mouvements affolés de ces personnes qui tentent de devenir humains à leurs propres yeux. Accueillir ce qui nous terrorise tous, ce qui vient nous rappeler qu'être humain, c'est aussi avoir la potentialité d'être monstrueux : laisser mourir ceux qui nous sont le plus proches, se laisser abuser pour exister, devenir idiot pour ne plus souffrir ou ne plus vivre dans la terreur et dans la confusion...
- 17 Au-delà de nos espérances, certainement, car manifestement, notre présentation était dérangeante, attaquante, affolante, bien plus que nous ne le pensions. Ce que nous pouvons partager en étant soutenus par nos collègues dans une confiance vérifiée à de multiples reprises, pouvons-nous le partager dans l'atelier d'un colloque universitaire ? Cette violence à laquelle nous nous soumettons parce que nous sommes convaincus qu'elle est nécessaire à notre travail, pouvons-nous la proposer à des écoutants qui ne savent pas à quoi ils s'exposent ? Notre réponse est oui, bien sûr. Si l'apprentissage de la théorie est un pilier de notre travail, la transmission de l'expérience clinique, aussi dérangeante, violente, obscène qu'elle puisse être, en est un autre. Notre chance est d'avoir pu proposer ce partage dans un cadre universitaire de formation professionnelle par la pratique.
- 18 Ce partage nous a aussi poussés à reconstruire une position tierce, en nous aidant effectivement à sortir d'un collage nécessaire, mais

invasif aux vécus de nos patients.

- 19 Nous continuons notre chemin, étrange, en remerciant toutes les personnes qui ont participé par leurs questions, leur écoute, leur présence à cette drôle d'expérience.

## AUTEURS

---

**Béatrice Labrousse**

Psychologue

**Julie Mourlevat**

Psychologue

# Pour des dispositifs d'élaboration des pratiques professionnelles enseignantes

Patrick Geffard

DOI : 10.35562/canalpsy.2933

## PLAN

---

Des recherches initiées en toute partialité

L'organisation du discours manifeste

L'entrée dans la classe institutionnelle, changements, résistances et menaces

Un « individu » dans le groupe

Le groupe de pairs, groupe d'appartenance

Pour une approche clinique de la situation d'enseignement

## TEXTE

---

### Des recherches initiées en toute partialité

- 1 La question du groupe et de ce qui s'y joue sur le plan intersubjectif n'est pas nouvelle pour les praticiens de la « pédagogie institutionnelle » au sens de Fernand OURY et Aïda VASQUEZ. En créant le « Groupe d'Éducation Thérapeutique » au milieu des années soixante, les fondateurs de cette approche pédagogique se donnaient comme projet de lier la pratique de la classe coopérative avec « une production intellectuelle commune et [la] formation personnelle de chacun » (OURY, VASQUEZ, 1967, p. 254). En cette période initiale, ces auteurs indiquaient notamment : « Beaucoup [de] groupes ne survivent pas à la période de fusion et d'effusion. Il semble que très souvent apparaissent, d'une façon imprévisible, des tensions incompréhensibles entre des personnes, animées du même idéal, dont les buts sont communs. » (*Id.*, p. 253.)
- 2 Il se trouve que ma recherche actuelle prend sa source dans un partage de travail avec ces auteurs, en tant que praticien de la

pédagogie institutionnelle à l'école élémentaire ou en formation professionnelle. Ce qui fait donc pour moi origine, c'est une expérience personnelle d'événements « déstabilisants » ou de questionnements de même ordre que ceux à partir desquels j'essaie aujourd'hui de proposer une lecture. Un tel rapport à mon domaine de recherche nécessite bien entendu un travail d'élaboration. Mais, dans le cadre de cet article, je présenterai simplement quelques éléments relevés au cours des premiers entretiens de recherche réalisés.

- 3 À la suite de travaux s'inscrivant dans une approche clinique d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation, en particulier ceux initiés et conduits par Claudine BLANCHARD-LAVILLE, mon projet vise à rendre compte des modalités selon lesquelles, dans l'espace de la classe institutionnalisée comme dans celui du groupe de praticiens, l'enseignant se trouve confronté à des « événements psychiques » susceptibles de faire évoluer sa démarche didactique et son propre rapport au savoir, entendu ici au sens du « processus créateur de savoir pour un sujet-auteur, nécessaire pour agir et penser » (BEILLEROT, 1989). Mon attention porte donc sur la manière dont les professionnels évoquent leur rapport à la structure d'enseignement dont ils sont les initiateurs, mais aussi au groupe local d'enseignants dont ils font partie. Mon travail vise à approcher certains processus psychiques à l'œuvre, dans la perspective d'un apport à la compréhension de ce qui est en jeu dans le double contexte de la classe coopérative et du groupe local de praticiens.

## **L'organisation du discours manifeste**

- 4 Les entretiens dont je rapporte ici quelques fragments ont été réalisés auprès de deux enseignants de l'école primaire. Esther, ainsi qu'elle sera nommée ici, travaillait dans une classe comprenant une grande section de maternelle et un cours préparatoire. Et celui que j'appellerai Marc enseignait dans un CM1-CM2. L'un et l'autre participaient aux travaux de deux groupes distincts de praticiens de la pédagogie institutionnelle.

- 5 C'est d'abord sous la forme d'un récit que chacun décrit le début puis le renforcement de son implication dans les pratiques de la pédagogie institutionnelle. Dans cette narration, la confrontation avec des collègues ayant déjà mis en place une classe coopérative tient une place importante et c'est la rencontre avec un praticien expérimenté qui semble ouvrir la voie à l'engagement personnel. Mais cette entrée dans une pratique nouvelle est aussi évoquée comme un moment de transformation sur le plan subjectif, puisqu'Esther met en avant le « changement » que suscite chez elle cette modification de l'activité professionnelle, tandis que Marc insiste sur la possibilité qu'elle lui offre « d'échapper » à un type de relation avec les élèves qu'il paraît redouter.
- 6 C'est seulement dans un deuxième temps que la parole des enseignants vient se lier avec ma question de départ qui portait sur la manière dont ils vivent l'organisation de classe qu'ils ont instituée. Il est alors question de la place qu'ils occupent dans la classe à travers certaines institutions, en particulier le « Quoi de neuf ? » et le « Conseil », mais aussi de leur positionnement en tant qu'individu dans le groupe-classe.
- 7 En un troisième temps, spontanément ou après ma reprise du terme de « groupe » à propos du collectif de praticiens, l'un et l'autre passent du groupe des élèves au groupe local de collègues pratiquant la pédagogie institutionnelle dans leur classe. Les propos d'Esther et de Marc se centrent alors sur les échanges qui s'y opèrent et sur la manière dont ceux-ci s'articulent avec des questionnements qui surgissent en situation professionnelle.

## **L'entrée dans la classe institutionnelle, changements, résistances et menaces**

- 8 Esther raconte d'abord d'une voix tranquille sa mise en place de la pédagogie institutionnelle, en précisant les lieux, les dates et les personnes concernés. Elle insiste sur sa proximité avec une collègue de l'école, praticienne aguerrie et sur les appuis recherchés auprès du

groupe de travail local. Puis sa voix s'altère quelque peu lorsqu'elle indique :

« Et puis le défi ça a été de changer d'école et d'changer d'niveau et c't'année j'étais en prim/ enfin, en primaire, non / j'avais des Grande section et des CP et / et j'ai eu du mal à / résister [elle rit] / donc / là heureusement je retourne vers des moyens gr/ des Moyenne section Grande section donc je vais pouvoir me remettre dedans à fond. »



Archives Daniel Chatry

- 9 J'entends à ce moment-là le changement de tonalité dans la voix et je ressens fugacement une sensation d'inquiétude et d'épreuve. J'entrevois Esther comme face à une menace floue. De quel changement est-il question à propos de « *changer d'école* » ? S'agit-il de changer de lieu ou de changer d'école telle qu'elle est vécue, faite

ou peut-être subie ? Et quel est le sens du changement de niveau : s'agit-il de la classe ou est-ce Esther qui se sent changer de niveau ?

- 10 Elle poursuit : « *C'est pas qu'j'suis pas à l'aise, mais j'suis pas encore / enfin pis j'crois qu'on l'est jamais quoi / complètement satisfait de c'que j'fais.* » Je note que l'insatisfaction « toujours là » est formulée à l'aide d'un pronom indéfini (« on ne l'est jamais » [satisfait], dit-elle) et que le terme même est énoncé au masculin (« j'suis pas encore / complètement satisfait de c'que j'fais »). Je m'interroge donc sur qui il s'agit de « satisfaire » en cette entreprise qui semble pouvoir n'être que vouée à l'échec. Esther ajoute que si elle est « *retombée dans des choses plus systématiques* », c'était « *pour rassurer les parents et puis pour me rassurer à moi aussi avec des CP* », ajoute-t-elle, tout en indiquant que « *quand j'vois que j'ai eu du mal à résister avec des primaires et ben j'me pose / j'me remets encore en question* ».
- 11 Durant les deux minutes et demie du début d'entretien, le verbe « résister » est apparu à trois reprises. Je pense que nous voyons là affleurer la « résistance » de la littérature psychanalytique, pour laquelle FREUD nous indique qu'elle « se manifeste sous des formes très variées, raffinées, souvent difficiles à reconnaître » (FREUD, 1970, p. 268). Mais il serait probablement hasardeux, à cette étape, d'en proposer une interprétation univoque, car ne pouvons-nous faire l'hypothèse que c'est dans le contexte d'une position professionnelle clivée qu'Esther manifeste cette tendance à « résister » ? Tirillée entre les différentes instances de son « moi-enseignant » (BLANCHARD-LAVILLE, 2001), Esther, en mettant en place la structure de la classe institutionnelle, se confronte peut-être au risque du « changement catastrophique » (BION, 1970) dont on ne peut prédire qu'il sera suivi d'un effondrement ou, au contraire, « d'une maturation, d'une récupération de la part non intégrée et psychotique de la personnalité » (BARONI, FADDA, 2006, p. 130).
- 12 Marc, quant à lui, raconte d'abord sa mise en œuvre de la pédagogie institutionnelle selon un récit très structuré. Il décrit la manière dont, à l'occasion du trajet de retour après un congrès FREINET, une collègue et lui-même ont élaboré ce qu'il nomme une « Constitution de la classe » sur laquelle s'est ensuite fondée sa pratique. Mais, son récit très ordonné est rompu par une pause après laquelle Marc dit son intérêt pour les institutions de la classe coopérative. Il explique alors :

« C'qui m'a intéressé moi dans la pédagogie institutionnelle c'est que les institutions fassent médiation entre j'dirais l'enseignant et / et l'enfant / c'est-à-dire qu'à un certain moment je puisse à la limite presque me mettre en retrait ou au moins échapper un p'tit peu à cette relation qui est / duelle souvent / souvent dans une classe presque assez exclusive hein entre l'enseignant et / et l'enfant / qui peut être une relation / ben c'est à double tranchant hein / relativement perverse / puisque c'est soit de l'amour soit de la haine. »

- 13 Le contenu du discours, mais aussi la voix plus basse, les silences, le débit un peu haché, me font alors penser que l'intérêt de Marc pour l'établissement, dans la classe, d'une loi fondamentale, une Constitution, paraît entretenir quelque rapport avec ce qui pourrait s'avérer menaçant dans la confrontation aux élèves, en un rapport marqué par une certaine ambivalence. Dans les sept premières minutes de ce début d'entretien, le terme de « règle » est apparu six fois et quand Marc donne comme exemple d'institution la « monnaie intérieure » de la classe, c'est pour préciser que

« cette monnaie, elle permet de dépassionner les choses / de faire en sorte que / on soit moins sur l'ressenti hein [...] on a une amende et puis si on paye l'amende [...] ben voilà la page est tournée, alors que si on est sur quelque chose de j'dirais de plus affectif / il est plus difficile de dire un petit peu quel / en quelque sorte de se laver de la faute hein ».

- 14 À ce moment de l'entretien, je remarque l'importance de l'emploi du pronom personnel indéfini « on ». Alors que Marc tend à présenter la monnaie intérieure à partir de l'usage qu'en font les élèves, je m'interroge sur qui serait menacé par la faute si l'affectif venait au premier plan.

## Un « individu » dans le groupe

- 15 Les termes « résistance » ou « résister » reviendront à plusieurs reprises au cours de l'entretien avec Esther. Notamment au début de ce que je distingue comme une deuxième partie, où elle parle de sa pratique de classe en commençant par évoquer le « Quoi de neuf ? ». Cette institution, située en introduction de la journée, est le moment

durant lequel le groupe se recrée chaque jour, un temps de parole sans objet désigné *a priori*. Quand Esther parle de ce temps, c'est pour dire : « *C'est par rapport à ça j'trouve c'est dur d'avoir des résistan/ / on a des résistances de s'dire on est / on a les mêmes / les mêmes lois que les enfants / on a le droit de parole tout pareil.* » Ce « droit » qu'évoque Esther, je l'entends aussi comme un « risque » dans sa manière de l'énoncer. Qui sera sollicité pour parler dans le groupe-classe ? L'enseignante, la personne, ou quelque partie de l'une ou l'autre dont la parole menace d'être imprévisible ?

- 16 Marc, après son récit de la mise en œuvre de la classe institutionnelle, évoque ensuite certaines difficultés à organiser le groupe-classe en début d'année. Il dit alors à propos de la structure qu'il institue :

« *J'avoue que je ne saurais pas comment faire autrement parce qu'évidemment dès lors qu'il y a une collectivité quelque part, forcément il y a des soucis de rapport à l'autre hein et le rapport à l'autre comment l'réguler / moi je trouve que c'est l'conseil qu'a un outil sacrément commode parce que ça permet aussi de renvoyer le règlement du problème à un autre moment [...] où les choses sont moins passionnelles.* »

- 17 Avec la mise en place du « Quoi de neuf ? » et du « Conseil », Esther et Marc ne se confrontent-ils pas à un groupe « potentiellement traumatogène » (KAËS R., 2006, p. 143) ? Les « frontières singularisantes » (*id.*) dont parle René KAËS ne se voient-elles pas menacées lorsqu'elles se trouvent confrontées à ce cadre nouveau ? Nous pouvons penser aussi au « contrat narcissique » au sens de Piéra AULAGNIER (1975, p. 129-213), pour qui chaque sujet prend place dans le groupe par la « filiation » qui l'assujettit à la chaîne des générations et par « l'affiliation » qui le lie au social.
- 18 Je relève aussi l'utilisation du verbe « avoir » quand Marc parle du « conseil qui a un outil sacrément commode ». Est-il plus facile pour Marc de se servir de cet outil qu'est le conseil lorsqu'il évite de se désigner directement comme celui qui le possède ?
- 19 Prendre place dans le groupe ne semble pas forcément aller de soi. Telle paraît être une des questions sous-jacentes au discours d'Esther lorsqu'elle indique : « *Des fois on aurait tendance à vouloir prendre la*

*parole sans la demander / donc c'est ça qu'est difficile / de garder sa place de maître, mais tout en étant aussi / un individu dans un groupe quoi / pour aider justement les enfants à devenir / à avoir cette place / d'individu / de personne en tant que telle. »*

- 20 La problématique d'individuation qui pointe là me paraît s'inscrire dans la perspective proposée par KAËS lorsqu'il affirme que « le Je, terme du processus de subjectivation, ne peut advenir que dans un Nous dont il est d'abord tributaire et dont il se dégage, sans toutefois s'en affranchir radicalement, puisqu'il en est solidaire jusque dans sa solitude » (KAËS, 2006, p. 139). C'est d'ailleurs un sentiment de solitude que je ressens en entendant Esther terminer ainsi ce que je désigne comme la deuxième partie de l'entretien : « *Pour être en vraie situation de communication / j'sais pas comment dire / j'ai du mal à exprimer ça / arrêter d'parler quoi [...] C'est plus dur de pas / de laisser la place au silence. »*

## **Le groupe de pairs, groupe d'appartenance**

- 21 Je relève ce terme de « silence » en le répétant et Esther poursuit alors en parlant du groupe de travail local dont elle fait partie : « *Ça, je l'ai plus ressenti moi en vivant la P.l. au sein du groupe de N. j'trouvais ça pesant ces silences. »* Esther précise que le moment du « Quoi de neuf ? » fut au départ particulièrement déroutant pour elle. À ce moment de l'entretien, elle semble chercher ses mots, fait silence, rit, puis se lève et se déplace dans la pièce. Quand elle revient s'asseoir, Esther enchaîne en parlant d'un outil élaboré avec une collègue et le groupe : le plan de travail individuel, « *la première chose sur laquelle on a travaillé ensemble* », dit-elle. Indiquant combien le travail avec le groupe soutient son « *envie d'essayer des choses* », elle s'interroge sur ce qui agit lors des rencontres : « *J'sais pas alors c'est peut-être propre à ma personne ou propre au groupe je sais pas, mais on repart vraiment avec des envies. »* Elle marque une pause, puis ajoute : « *Ça permet de partager aussi alors, soit de façon formelle ou plus informelle pendant l'casse-croûte [...] comme un groupe de parole quoi. »* Si, en écoutant Esther, j'associe le « casse-croûte » avec la thématique de la résistance du début d'entretien, ce n'est que dans un deuxième temps que la mention du « plan de travail individuel »,

cet outil qui singularise le travail de chacun, m'apparaît signifiante. Comme me fait sourire le fait qu'Esther se soit déplacée à ce moment-là de l'entretien. En reprenant la notion de « groupe d'appartenance secondaire » (ROUCHY, 1990, p. 45-60), il me semble qu'à ce moment de l'entretien, émergent certains des processus dont parle cet auteur lorsqu'il avance que « tout changement effectif implique conjointement d'une part l'évolution des processus d'identification, des investissements et contre-investissements, de l'identité des professionnels qui ont intériorisé des éléments du cadre qui structurent leur rapport à la réalité, et d'autre part des changements dans la structuration du cadre institutionnel donnant corps à une nouvelle organisation de la réalité » (ROUCHY, 2006, p. 59).

- 22 À la fin du moment où Marc parle des difficultés d'organisation en début d'année, il utilise à plusieurs reprises le terme de « groupe ». Je rappelle qu'en début d'entretien il a mentionné le groupe local dont il fait partie. Il poursuit alors en évoquant une expérience particulièrement difficile. Il parle

*« d'un enfant [...] qui est arrivé à l'âge de dix ans / qui avait déjà comparu deux fois au pénal pour des faits graves [...] un enfant absolument incontrôlable [...] j'ai eu droit régulièrement à des insultes à des [il souffle] / des gros mots / des crises où il bazardait tout, enfin [...] c'était une situation extrêmement difficile à vivre [...] le matin j'arrivais avec un poids [il rit] un poids et / et l'fait de pouvoir effectivement parler de cet enfant avec des collègues c'était en quelque sorte / une thérapie hein / quand on est seul à partager ça c'est terrible terrible terrible terrible / c'est vrai que bon c'est un enfant qui pendant un an a fusillé la classe [...] et si en ce qui m'concerne je n'avais pas eu des temps de parole ailleurs je sais pas trop comment j'aurais survécu à c't'affaire-là [il rit] ».*

- 23 Je ressens l'accablement qui semble peser sur Marc à l'évocation de cet épisode professionnel, je note la répétition du mot « terrible », les termes « fusillé » ou « survécu » et les images d'exécution ou de péril qu'ils suscitent. Si Marc a été mis en danger sur un plan psychique durant cette période, il dit aussi que c'est le fait d'avoir pu en parler dans le groupe de pairs qui lui a permis de « survivre ».

- 24 Mais je relève surtout sa déclaration paradoxale lorsqu'il évoque la possibilité d'être « seul à partager ça ». Il me semble que cette formulation contient d'une part la possibilité ou l'espoir d'un partage avec le groupe et donc une possibilité d'élaboration de la situation qui provoque la souffrance professionnelle, mais aussi, d'autre part, une dimension de « partage en soi », autrement dit de clivage. Je pense ici à certaines modalités de clivage évoquées par C. BLANCHARD-LAVILLE à partir de son travail en groupe d'analyse de pratiques avec des enseignants qui semblent souvent ne pouvoir être en situation d'accueillir « les mouvements psychiques internes que les situations professionnelles provoquent » (BLANCHARD-LAVILLE, 2001, p. 104).

## **Pour une approche clinique de la situation d'enseignement**

- 25 Ma démarche part du postulat que les pratiques d'enseignement ne se réduisent pas aux seules conduites manifestes et rationnelles, mais qu'elles sont pour partie régies par l'inconscient, au sens freudien du terme. Je précise aussi que l'écoute du chercheur dans cette approche, si elle est clairement d'orientation-psychoanalytique, n'est pas celle de la cure, car elle vise essentiellement à engager un processus de compréhension des processus psychiques à l'œuvre dans la situation ordinaire d'enseignement ou de formation. Il ne saurait donc être question de l'établissement d'une sorte de « diagnostic psychologique » des personnes rencontrées. La proposition que je tente de soutenir est plutôt qu'à partir des travaux montrant que « le rapport au savoir de l'enseignant s'actualise de manière singulière pour chaque enseignant dans l'espace psychique de la classe » (BLANCHARD-LAVILLE, 2001, p. 8), l'étude des relations subjectives que le professionnel entretient avec les structures propres à la pédagogie institutionnelle, à la fois dans sa classe et dans son groupe d'appartenance, peut contribuer à la description et à l'interprétation des liens institués et, par conséquent, des souffrances ou dynamiques qui en découlent dans la situation ordinaire d'enseignement.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ABRAHAM A. (1972), *Le monde intérieur des enseignants*, Épi, Paris.
- AULAGNIER P. (1975), *La Violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, PUF, Paris.
- AULAGNIER P. (1984), *L'apprenti historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant*, PUF, Paris.
- BARONI M., FADDA P. (2006), « Quelques considérations à propos du changement catastrophique », in C. NÉRI, A. CORREALE, P. FADDA (1994), *Lecture bioniane*, trad. (2006) Lire Bion, Érès, Ramonville Ste Agne.
- BION W. R. (1970), « Attention and Interpretation », trad. (1974), *L'attention et l'interprétation. Une approche scientifique de la compréhension intuitive en psychanalyse et dans les groupes*, Payot, Paris.
- BLANCHARD-LAVILLE C. et GEFFARD P. (coord.) (2009), *Processus inconscients et pratiques enseignantes*, L'Harmattan, Paris.
- BLANCHARD-LAVILLE C. (2001), *Les enseignants entre plaisir et souffrance*, PUF, Paris.
- BLANCHARD-LAVILLE C., CHAUSSECOURTE P., HATCHUEL F., PECHBERTY B. (2005), « Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation », in *Revue française de pédagogie*, n° 151, p. 111-162.
- FREUD S. (1915-1917), « Vorlesungen zur Einführung », in *die Psychoanalyse*, trad. (1970) *Introduction à la psychanalyse*, Payot, Paris.
- GREEN A. (2002), *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, PUF, Paris.
- KAËS R. (2006), « La matrice groupale de la subjectivation : les alliances inconscientes », in RICHARD F., WAINRIB S. (dir.), *La subjectivation*, Dunod, Paris.
- ROUCHY J.-C. (1990), « Identification et groupes d'appartenance », in *Connexions*, n° 55, p. 45-60.
- ROUCHY J.-C. (2006), « Le groupe "chaînon manquant" », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* n° 45, p. 51-60.
- VASOUEZ A., OURY F. (1967), *Vers une pédagogie institutionnelle ?*, Matrice, Vigneux.
- VASOUEZ A., OURY F. (1971), *De la classe coopérative à la pédagogie institutionnelle*, Matrice, Vigneux.
- WAINRIB S. (2006), « Un changement de paradigme pour une psychanalyse diversifiée », in RICHARD F., WAINRIB S. (dir.), *La subjectivation*, Dunod, Paris.

## AUTEUR

---

### **Patrick Geffard**

Docteur en sciences de l'éducation, chargé de cours, Université Paris Ouest  
Nanterre La Défense, enseignant spécialisé (rééducateur en RASED), Bordeaux

IDREF : <https://www.idref.fr/140240632>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-5842-5402>

ISNI : <http://www.isni.org/000000007725654X>

# Institution et maltraitance familiale : enjeux cliniques des pratiques d'évaluation

Céline Attard et Jean-Louis Pardinielli

DOI : 10.35562/canalpsy.2935

## PLAN

---

Réflexion terminologique

Clinique du lien dans la protection de l'enfance

Maltraitance familiale et traumatisme

Transfert et institution

Institution, réseaux et dispositif

Pour une complexification de la pratique

L'illusion de l'impartialité : la question de la clinique du social

## TEXTE

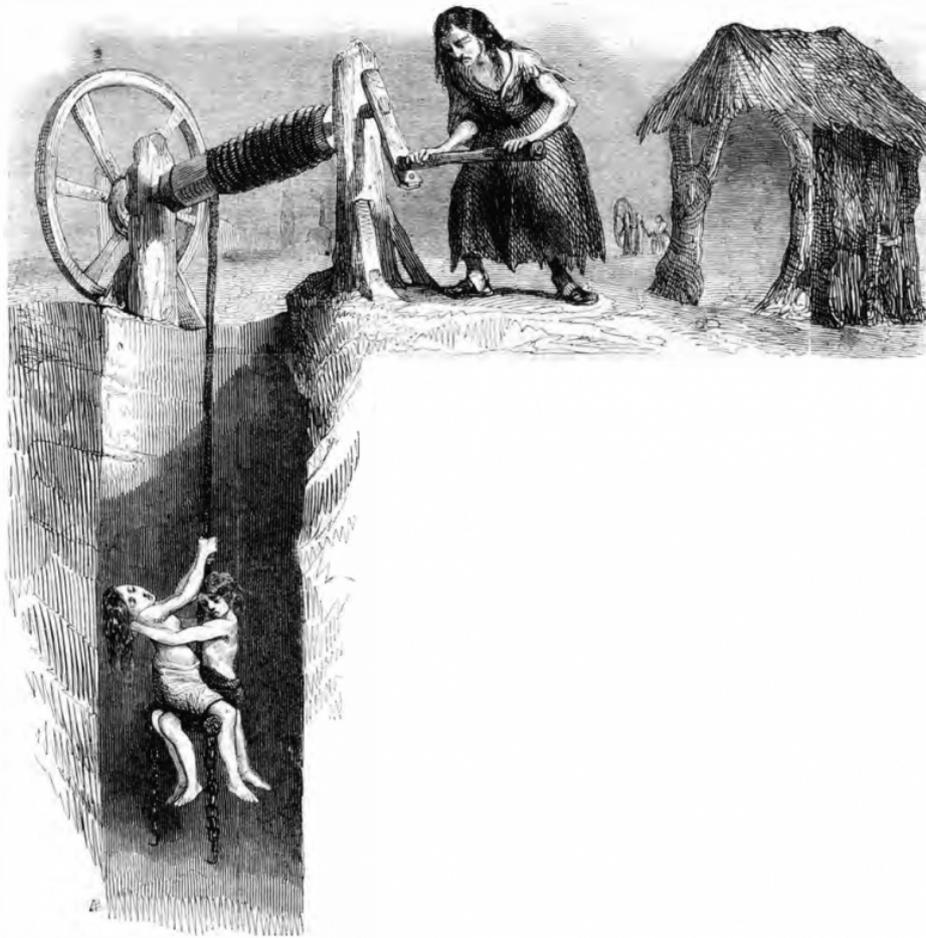
---

- 1 Notre intérêt s'est porté sur les pratiques déployées par l'État et ses institutions dans le cadre de la Protection de l'enfance, notamment au sein du contexte singulier *d'évaluation des situations dites à risque de maltraitance familiale*, au moment où la notion de danger se profile dans les discours et les pratiques socioéducatives. De cette analyse se dégage un enjeu théorico-clinique qui dialectise la question de la partialité à celle du sujet. Le dispositif de la protection de l'enfance<sup>1</sup> soutient un cadrage des pratiques institutionnelles, cherchant à les rendre adaptables à chaque problématique familiale, au profit d'un traitement impartial qui semble pourtant menacer la question du sujet.
- 2 Nous avons cherché dans un premier temps à mettre en évidence l'intérêt clinique à accorder au *caractère partial* des pratiques socioéducatives, une pertinence quant au matériel qualitatif qu'il permet de recueillir auprès des familles à transactions violentes. Dans un deuxième temps, nous avons interrogé l'impact psychopathologique de la tendance contemporaine et institutionnelle à l'impartialité, et ce, autour des questions posées par l'enfance maltraitée.

## Réflexion terminologique

- 3 Dans la définition de la partialité, nous pouvons lire entre autres « *caractère partial et manque d'objectivité* ». Dans la recherche de synonymes, nous trouvons « *injustice, favoritisme, népotisme, arbitraire, préférence, préjugé, irrégularité... et enfin subjectivité* ».
- 4 D'un point de vue clinique, cette lecture crée un certain embarras quant à la place respective de la subjectivité et de la partialité. Implicitement, elle traduit l'idée que l'appréhension du monde environnant sous le prisme de la subjectivité pourrait être assimilée à de la partialité ce qui conduirait d'une part, à une appréciation biaisée, car trop affectivée et d'autre part, à un parti pris intentionnel, au service d'un intérêt personnel.
- 5 Ce terme de « partialité » semble ainsi drainer une série de représentations inscrites dans un contexte sociétal moderne ; celui de l'idéologie de transparence, de neutralité voire de maîtrise et de désaffectivation. La subjectivité et la partialité viennent interroger les dimensions sociales d'injustice, de favoritisme, de manque d'objectivité et d'impartialité, donnant parallèlement une fonction singulière au concept freudien de retournement dans le contraire (FREUD, 1915). Nous pouvons faire l'hypothèse économique que la représentation de la partialité soit soutenue par une charge pulsionnelle dont le mécanisme de retournement dans le contraire favoriserait la décharge. Au niveau dynamique, le retournement dans le contraire entre subjectivité et objectivité ou encore entre partialité et impartialité peut se comprendre comme une activité défensive, au service d'une quête de vérité produit d'une appréhension simplifiée du monde environnant. L'exigence d'impartialité semble se mettre au service d'un refus de la subjectivité, confondue avec la partialité, et soutenue par une recherche d'objectivité qui risque d'aboutir à l'exclusion de l'autre comme sujet. RAYMOND évoque que la « *vérité, d'apparence si commune, à qui l'on attribue autant de pouvoir, se révèle d'une infinie complexité dès lors qu'on essaie en toute sincérité d'en explorer les différents contours ou d'en apprécier la teneur* », il souligne aussi que « *sa spécificité est justement d'être hautement contradictoire puisque s'annonçant comme universelle, elle se distingue par son caractère subjectif* » (2009, p. 65).

- 6 Au sein d'une société où le pouvoir du « fait perceptif » et de l'image est grandissant, que ce soit sur le plan politique, médiatique, juridique ou social, la question de la vérité, envisagée sous le prisme de l'objectivité, trouve son sens dans l'isolation du fait, au profit de la maîtrise affective. Pourtant, sous le prisme de la subjectivité, cette vérité pourra se comprendre à partir de plusieurs dimensions ni exhaustives, ni contradictoires, mais qui se déduisent du sujet.
- 7 L'affirmation de la nécessité d'impartialité et d'objectivité semble traduire, au-delà d'une volonté idéologique de neutralité, le déploiement de pulsions d'emprise, questionnant le sujet politique, le sujet de l'institution et le sujet désirant. Cette tendance idéologique d'impartialité apparaît comme sous-tendue par une pulsion d'emprise de l'objet, ou précisément de l'objet partiel, que le pouvoir peut incarner en toute légitimité. Nous pouvons ainsi faire l'hypothèse que cette appréhension de la réalité, sur le mode du *fait objectif*, favorise un surinvestissement perceptif, au profit d'un destin pulsionnel de *retournement dans le contraire* qui évacue, sous l'action de la pulsion de mort, la dimension conflictuelle et l'espace de pensée psychique.
- 8 Cette introduction ouvre un large champ théorique et clinique sur les pratiques institutionnelles, déployées dans ce contexte singulier que l'on nomme de façon moderne, *l'évaluation des situations dites à risques de maltraitance familiale*. Point culminant de la pratique sociale, le risque de maltraitance familiale active simultanément chez les professionnels de la protection de l'enfance, des représentations de danger, d'éthique, de responsabilité et d'institution. Le professionnel est soumis à une charge d'affects, associée à des représentations qui appartiennent simultanément au registre du professionnel et de l'intime, dialectisant, au sein de cet espace-temps, la question du sujet à celle de l'institution.



Archives Daniel Chatry

## Clinique du lien dans la protection de l'enfance

- 9 Notre réflexion est guidée par l'hypothèse générale d'un impact traumatique simultané de la violence – inhérente aux situations de maltraitance familiale – sur le sujet de l'institution et sur le sujet de l'inconscient. Cet impact peut, lorsqu'il n'est pas reconnu, nuire à la qualité de la prise en charge. Cette hypothèse envisage l'articulation des différents cadres institutionnels, comme un processus d'intériorisation qui va réagir selon les modalités du lien à la famille concernée.

## Maltraitance familiale et traumatisme

- 10 La maltraitance familiale recouvre aujourd'hui un champ plus large qui influence les savoirs psychologiques. Les mauvais traitements ne sont plus seulement considérés comme maltraitants, mais aussi, dans le cadre de pratiques et de discours institutionnels, des négligences graves ou des formes de cruauté mentale. Cette extension du champ de la maltraitance a parallèlement contribué à la déclinaison du concept de traumatisme.
- 11 La situation de maltraitance familiale confronte l'institution au dilemme de séparer pour protéger. Aussi, le questionnement de l'institution s'articule d'une part, autour de la nature des *faits maltraitants*, sous-jacente à la question de la vérité et, d'autre part, autour du concept de traumatisme, au regard des relations qu'ils entretiennent. En effet, si dans les cas de maltraitances physiques et sexuelles, la question du traumatisme trouve une légitimité, dans les maltraitances psychologiques et les négligences graves, le traumatisme pose le problème de son identification et de sa représentation. Le repérage et l'identification d'un événement à valence traumatique s'avèrent beaucoup plus problématiques, induisant des effets de linéarité et de simplification au sein même des pratiques socioéducatives.

## Transfert et institution

- 12 En France, le développement des concepts de « résilience » et de « bientraitance » a participé à une remise en question des pratiques auprès des familles dites « maltraitantes ». Les recherches mettent en évidence la présence, chez les professionnels du secteur de la protection de l'enfance, de réactions émotionnelles spécifiques comme la peur, la tristesse et la culpabilité. WARING (1998), par exemple, défend l'idée que le processus d'aide et/ou d'accompagnement de ces familles que l'on nomme *négligentes*, *maltraitantes* ou encore *carencées* témoigne de la présence d'affects comme la rage, la confusion ou la méfiance, induite notamment par le mécanisme d'identification à l'agresseur. Partant de ce postulat, le débat s'oriente sur les enjeux auxquels sont soumises les institutions et sur les pratiques déployées pour y faire face, en interrogeant la

notion de transfert. Ici, le caractère partial des pratiques prend un sens clinique tout particulier, en opposition au déploiement d'une culture de la preuve et de l'impartialité, produit d'une idéologie sécuritaire. De plus, l'institution est aussi un lieu qui accueille des enjeux de pouvoir et d'autorité qui influencent cette dimension transférentielle. Les relations de pouvoir ne peuvent se réduire à un bien que l'on possède et doivent s'envisager comme des rapports dynamiques entre forces, dont la manifestation première est la violence.

- 13 Selon PEUCH-LESTRADE, l'institution est « *un espace commun portant et porté par les soignants, mis à disposition des soignés et incluse et concernée par de nombreuses autres institutions de la société* » (2006, p. 1093). En ce lieu se déploieront les enjeux de savoirs et de certitudes propres à chacun, participant au processus identificatoire du sujet, à partir de la dialectique *Sujet/Institution* (PEUCH-LESTRADE, 2006). L'auteur indique que le déploiement maximal du transfert et sa possibilité d'analyse auront lieu au sein de la modalité la plus politique de son fonctionnement soit celle qui laissera au mieux s'exprimer la dimension de la pluralité humaine. Nous pouvons dégager l'idée que l'institution reste traitante tant que professionnels et familles, *sujets* et *objets* de l'institution, conservent la possibilité d'exercer une certaine forme d'emprise.

## **Institution, réseaux et dispositif**

- 14 D'un point de vue politique et social, la protection de l'enfance a fait l'objet d'un état des lieux insatisfaisant au regard de l'inertie qui a jalonné certaines situations, associée aux drames médiatisés de l'enfance maltraitée et du morcellement manifeste des interventions, agissant comme une paralysie de l'action. Ces constats ont favorisé une volonté d'action sur le réel, toujours plus protectrice et mieux organisée. Au-delà des murs de l'institution, la prise en charge des familles dites maltraitantes nécessite une articulation des instances juridiques, sociales et médico-psychologiques. Cependant, si comme le souligne DUMARET « la coopération n'est pas un état naturel et nécessite un étayage permanent » (2004, p. 55), la mise en place d'un dispositif visant à cadrer les pratiques institutionnelles fait prendre à

la notion d'étayage un statut particulier, aux limites de l'instrumentalisation.

- 15 Depuis la loi du 5 mars 2007<sup>2</sup>, de nouveaux dispositifs sont mis en place par les politiques publiques<sup>3</sup>, reposant sur la création d'un *système de pensées et d'actions* où les relations professionnelles sont censées obéir à un modèle de répartition équitable. La protection de l'enfance met ainsi en avant des objectifs légitimes et audacieux comme la centralisation des données, la prévention, la coordination des pratiques et des institutions. Et comment ne pas témoigner d'enthousiasme face à ce type d'ambition ? Cependant, comme le souligne DIET « la force de la contrainte discursive de ces mots, de ces formulations ne serait pas aliénante si elle ne sollicitait pas chez le sujet la fascination propre au discours pervers, avec leurs miroitantes promesses de toute-puissance et de maîtrise, leurs illusions de certitudes et leurs rassurants dénis » (2009, p. 67). Le risque qui se profile est celui d'une substitution du dispositif au réseau, permettant de trouver des réponses objectives aux énigmes subjectives posées par le lien interinstitutionnel. Si le dispositif, par le cadrage qu'il introduit, favorise une organisation des actions, il semble faire disparaître, dans les pratiques et les discours institutionnels, la culture du travail en réseau initié à partir de la question même du sujet. En ce sens, GUNON (2010) souligne que le dispositif ne peut tenir sa pertinence que si des « attaches de réseaux » sont conservées et maintenues par les institutions.
- 16 Le dispositif induit l'idée que, par la formalisation des liens institutionnels, la procéduralisation de l'action et la critérisation des comportements de l'enfant et de son parent, le traitement des situations pourra s'inscrire dans une démarche d'impartialité et de transparence, au profit d'une action idéologiquement juste et équitable. Il est implicite qu'avant la mise en place du dispositif, l'affect trop envahissant, la désaffectation trop défensive et la désorganisation des interventions, nommée cliniquement le « morcellement », entraînaient une perte d'objectivité et de transparence dans le traitement des situations.

## Pour une complexification de la pratique

- 17 Les politiques publiques à l'origine de l'impulsion des dispositifs visent à favoriser l'introduction d'un cadre commun et adaptable aux différentes situations familiales, à l'endroit où les institutions sont amenées à s'inscrire dans une collaboration partenariale qui s'introduit depuis l'instance juridique, par le sujet social, jusqu'au sujet de l'inconscient.
- 18 L'instabilité et l'exacerbation émotionnelle que génère la mission de protéger l'enfance entraînent une charge affective, qui se manifeste par des confrontations professionnelles et des frustrations institutionnelles. Il semble que cette organisation des actions de prévention, de centralisation et d'évaluation trouve son origine au sein même de cette instabilité, cherchant à fournir un cadre « réel » identifiable et objectivable par les professionnels. Ce système *préétabli* de relations devient l'unique repère des professionnels, celui qui occupe une place de vérité et de *toute-puissance* et qui se substitue, par effet de réassurance, à la représentation du travail en réseau. Le risque sous-jacent est celui du déploiement d'une pratique interinstitutionnelle centrée sur une dimension formelle, au détriment du fond subjectif et des enjeux intersubjectifs qui se nouent au sein même du lien à l'autre. Dans ce système, le travail en réseau ne semble plus trouver d'existence propre, posant la question du transfert dans l'institution.
- 19 Il semble que si la politique du travail en réseau est ancienne et largement inscrite dans les cultures institutionnelles, l'instabilité, associée à l'étaillage et à l'élaboration de la violence ordinaire mobilisée au sein du lien, a introduit une mutation de ce dernier sous forme de dispositif. Ce système ne nie pas l'intérêt des liens interinstitutionnels, mais propose un guide des actions et des pratiques qui, par effet boomerang, enraye la conflictualisation. Le dispositif est alors lui-même qualifié de réseau introduisant une absence de pensée autour des liens institutionnels et rompant de façon brutale avec la *dimension politiquement démocrate* de l'institution, où les liens institutionnels sont pensés ailleurs, par un Autre, tout-puissant et détenteur d'un savoir.

## L'illusion de l'impartialité : la question de la clinique du social

- 20 La terminologie de maltraitance familiale a connu depuis son introduction dans le langage commun des mutations importantes. En ce sens, nous repérons un élargissement des missions de la protection de l'enfance notamment à travers la prévention et l'évaluation du danger. Sur le terrain, nous observons un décalage entre ces missions et la réalité de la pratique. Cet écart se manifeste par un clivage mettant en avant des positionnements souvent antinomiques et générateurs d'une somme d'excitation pulsionnelle. Ils nécessitent un travail d'élaboration et de perlaboration, afin de permettre une appréhension complexifiée du réel. Cependant, si cette orientation clinique est mise à mal dans l'institution qui accueille la violence familiale, sur le plan interinstitutionnel, elle rencontre une limite manifeste, laissant une place *vacante* à la violence, qui peut aussi revêtir un caractère pathologique.
- 21 Les enjeux de pouvoir, de censure et d'autorité trouvent un ancrage prédominant au sein des liens interinstitutionnels où la manifestation de la violence s'inscrit dans les vécus subjectifs des membres. Qu'il soit politique ou social, le pouvoir nous entraîne toujours aux racines de la perversion vers un univers où la violence permet de ne pas se laisser envahir par le chaos (LEGENDRE, 1974). L'idée est que la mise en scène de la violence dont un tiers se trouve victime, confronte le professionnel à un choc perceptif, l'amenant à transmettre un vécu chaotique et délié (PINEL, 2004). Cette transmission du chaotique au sein des liens institutionnels met en échec le travail de représentation nécessaire à l'élaboration de la violence.
- 22 D'un point de vue clinique, il en résulte une incapacité à accéder à la conflictualisation, entraînant des effets similaires à ceux qu'exerce la censure. En ce sens, LEGENDRE souligne que « la censure constitue un bon moyen d'enlever le conflit où s'accomplit la fonction vitale de masquer la vérité » (1974, p. 36). Là où la psychanalyse appuie l'idée du passage d'un univers à un autre par l'intermédiaire du conflit, nous nous heurtons ici à la mythologie de l'absent, dans la croyance au pouvoir d'un Tout-Puissant au profit de la communication de règles sociales.

- 23 Cette démarche contemporaine, derrière une volonté de transparence et d'impartialité dans le traitement des situations, éloigne le professionnel du terrain et de la question du sujet ; sujet de l'institution et sujet de l'inconscient. RAYMOND (2009) souligne en ce sens que l'impartial dispose d'une vérité qui se déduit uniquement des faits et plus du sujet.
- 24 Le dispositif, s'il favorise le maintien « d'attaches de réseau », pourra permettre à l'institution de rester une construction humaine et sociale, tenant certes une dimension organisationnelle, mais où le désir et le fantasme des différents sujets, professionnels et usagers, pourront se déployer.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- CHARBONNIER G. (2007), « Traumatisme, transfert, transformation », in *Psychothérapie*, n° 27, p. 139-148.
- DIET E. (2009), « Management, discours de l'emprise, idéologie et désubjectivation », in *Connexions*, n° 91, p. 65-83.
- DUMARET A.-C. (2004), « Accompagnement des intervenants médicosychosociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants », in *Pratiques psychologiques*, n° 10, p. 51-63.
- FOUCAULT M. (1975), *Surveiller et punir*, Gallimard, Paris, 2003.
- FREUD S. (1915), *Métapsychologie*, PUF, Paris, 2003.
- FREUD S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de Psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, p. 43-115.
- GUNON P. (2010), « Se préoccuper », in *Le journal des psychologues*, n° 277, p. 39-41.
- LEGENDRE P. (1974), *L'amour du censeur*, Éditions du seuil, Paris, 2005.
- PEUCH-LESTRADE J. (2006), « L'analyse des transferts sur l'institution », in *Revue française de psychanalyse*, n° 70, p. 1093-1108.
- PINEL J.-P. (2004), « Traumatisme en institution », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 42, p. 139-149.
- RAYMOND S. (2009), « Vérité, dangerosité, impartialité », in *Le journal des psychologues*, n° 271, p. 64-70.
- WARING S. (1998), « Counter-transference reactions with physical child abuse: The influence of ambiguity, experience and expression of anger and childhood history of

parental physical abuse among female therapists », in *The science engineering*, n° 58, p. 44-77.

## NOTES

---

- 1 Proposé par la loi du 5 mars 2007 visant la rénovation du système de la protection de l'enfance.
- 2 Loi concernant la rénovation du système de la protection de l'enfance.
- 3 Anciennement, la terminologie utilisée était celle de « politiques sociales ».

## AUTEURS

---

### **Céline Attard**

Psychologue clinicienne, doctorante en psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence

IDREF : <https://www.idref.fr/16017855X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000399300195>

### **Jean-Louis Pardinielli**

Psychologue clinicien, professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Laboratoire de psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence

IDREF : <https://www.idref.fr/031494110>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000121289171>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/12269843>

# La « préoccupation thérapeutique » du psychologue

Nathalie Dumet

DOI : 10.35562/canalpsy.2938

## PLAN

---

Une partialité nécessaire dans le soin psychique auprès du malade  
somatique

Psychanalyse et guérison

La psychanalyse et le malade somatique

Contre-transfert et malade somatique

## TEXTE

---

### **Une partialité nécessaire dans le soin psychique auprès du malade somatique**

- 1 Notre propos concerne la guérison<sup>1</sup>, ou plutôt le positionnement psychique et professionnel du psychologue face au malade somatique, soit un sujet atteint dans sa chair, parfois gravement, au point que le pronostic vital puisse même se trouver engagé.
- 2 Cette clinique nous amène à interroger ce qu'est la guérison pour nous psychologues clinicien(nes) ? Comment en effet pensons-nous la guérison ? Que faisons-nous de l'état de santé du patient, de sa bien portance ou (et surtout) au contraire de sa fragilité somatique ? Pour le dire autrement, les praticiens du psychisme peuvent-ils « réellement » rester sourds et aveugles à la (dimension de) réalité somatique du patient ? Que nous intervenions dans le cadre de l'hôpital général, ou non, pouvons-nous nous affranchir de toute considération ou préoccupation thérapeutique, qui plus est vis-à-vis de l'équilibre somatique du patient et privilégier, en conséquence, ainsi que Sigmund FREUD l'a historiquement montré, la seule écoute de

la vie psychique et fantasmatique du sujet ? Et ce, ajouterons-nous, sans mesurer, voire même dans l'ignorance sinon dans l'inconscience totale... des effets qu'aura en retour la mobilisation de cette vie psychique et fantasmatique sur l'état somatique du patient ?

- 3 En réponse à ces questions, l'hypothèse que nous proposons est la suivante : la « préoccupation thérapeutique » du psychologue témoigne assurément d'une partialité du clinicien, mais d'une partialité nécessaire dans le soin psychique auprès du malade somatique.
- 4 Pour soutenir cette hypothèse, nous reprendrons succinctement dans un premier temps la question très générale de la guérison en psychanalyse, puis, dans un second temps, nous envisagerons la question de la spécificité de cette guérison face au malade somatique. Ce qui nous conduira alors, dans un troisième temps, à envisager comment la préoccupation thérapeutique du clinicien pour le malade somatique prend singulièrement sens au regard des enjeux du processus transféro-contre-transférentiel, au regard des enjeux psychiques actualisés dans ce processus, et comment alors cette préoccupation thérapeutique peut être pensée comme une modalité « d'expérience agie partagée » (HABER, GODFRIND, 2002), laquelle s'avère bien souvent nécessaire à la réorganisation du sujet malade.

## Psychanalyse et guérison

- 5 Le désir de guérison a, comme chacun le sait, plutôt mauvaise presse chez les praticiens du psychisme d'orientation psychanalytique, sans doute parce que Sigmund FREUD (1937) a écrit que « la guérison vient de surcroît » ; d'autres psychanalystes après lui sont même allés jusqu'à soutenir que la guérison serait inutile. Catherine CLÉMENT (1978) rappelle en effet à ce propos combien la guérison est devenue, pour certains psychanalystes d'obédience lacanienne, un mot haïssable : « ... Guérir c'est bon pour les psychiatres, les psychologues, pour les médecins, pas pour eux » (CLÉMENT, 1978, p. 82) écrit-elle en parlant de ces analystes.
- 6 Mais quand Sigmund FREUD formule cette idée de la guérison comme une finalité secondaire du traitement psychanalytique, il ne parle alors que de l'objectif de la cure-type, d'une part, et de la seule

disparition des symptômes psychiques, symptômes névrotiques qui plus est, d'autre part. Les malades porteurs de troubles somatiques ayant été dès la naissance de la psychanalyse, écartés de son approche, jugés même comme contre-indications à celle-ci<sup>2</sup>. L'extension, depuis, de l'abord psychanalytique à de tels malades (comme à d'autres, réputés difficiles) invite donc d'ores et déjà à relativiser sinon revisiter cette conception de la guérison. Nous y reviendrons plus loin.

- 7 À ce premier élément s'ajoutent encore les débats et controverses qui, bien qu'anciens, demeurent toujours d'actualité entre psychothérapie et psychanalyse, l'opposition entre elles deux, d'ailleurs souvent résumée par une tout aussi célèbre formule que la précédente<sup>3</sup>, à savoir : à l'or pur de la psychanalyse s'oppose le vil plomb de la psychothérapie. Formule voulant donc encore signaler que le travail d'exploration de l'inconscient mené dans la cure prime bien davantage sur la résolution des conflits psychiques sous-jacents aux symptômes du patient, *a fortiori* sur la disparition de ces symptômes. Et si ces symptômes disparaissent, alors, comme le dit joliment la première formule freudienne, c'est « de surcroît ».
- 8 S'en tenir à une telle vision – ou s'attacher fétichiquement à cette formule – revient à oublier que les implications thérapeutiques sont pourtant bel et bien inscrites dans la définition même de l'analyse, ainsi que Michel de M'UZAN (1994) l'a rappelé. En effet, « dans la pratique psychanalytique, le désir de guérir se trahit dans la notion de cure elle-même, ainsi que dans l'insistance sur le pôle bienveillant de la neutralité définie par FREUD » (DUPARC, 1994, p. 990). Autant dire qu'il semble bien y avoir eu chez FREUD lui-même une ambivalence à l'égard du désir de guérison ; ambivalence qui trouverait sans doute sa source, selon François DUPARC (1994), dans le vif contre-investissement du désir de FREUD de guérir (justement !) sa mère dépressive après la mort de son frère Julius.
- 9 Laissons de côté l'histoire freudienne pour revenir à cette antinomie énoncée/supposée entre thérapie et psychanalyse.
- 10 Michel de M'UZAN n'a pas manqué de s'interroger sur l'évolution au sein de la psychanalyse ayant conduit à un tel discrédit, pour ne pas dire un tel opprobre, sur les ambitions thérapeutiques de la psychanalyse. Ainsi, écrivait-il : « À l'heure actuelle, on raille

volontiers celui qui se risque à parler des implications thérapeutiques en psychanalyse. [...] Quant au terme de “guérison”, seul un esprit candide peut se laisser aller à le prononcer. » (M’UZAN, 1994, p. 33). Comme ces mots en attestent, la guérison est devenue un objet à la limite de la faute, de la honte, pour ne pas dire du mépris.

- 11 D’où provient pareille évolution, sinon dérive ?
- 12 Notre propos centré sur la guérison somatique en psychanalyse nous conduit non pas tant à recenser l’ensemble des éléments ou facteurs ayant pu conduire à cette évolution, qu’à nous centrer sur un type de raison pouvant éclairer le délaissement, l’abandon, voire la méfiance psychanalytique vis-à-vis de l’ambition thérapeutique de la cure (ou de celle par extension du travail psychique). À savoir que l’ambition thérapeutique peut, dans certains cas, s’avérer néfaste au déroulement du processus analytique lui-même.
- 13 C’est ce dont rend compte, par exemple, le psychanalyste Pierre FÉDIDA (2002) à partir du cas de Raphaëlle, l’une de ses patientes en analyse, à laquelle il est conduit à lui signifier – « de façon assez directive », comme il le reconnaît lui-même (FÉDIDA, 2002, p. 99) – d’aller consulter un gynécologue (de son choix) en raison de symptômes physiques avérés (et qui vaudront d’ailleurs une hospitalisation à la patiente). Pierre FÉDIDA montre combien cette intervention de sa part a influé sur la suite du travail analytique, au point d’ailleurs de l’interrompre<sup>4</sup> : la patiente n’a, en effet, pas supporté cette intervention (verbale) de la part de son analyste dans la sphère de sa vie somatique, intervention vécue par elle comme une rupture d’avec la position analytique attendue de lui, et vécue surtout comme la répétition et reviviscence, dans l’analyse, d’une attitude maternelle davantage centrée sur l’écoute des besoins du corps que des besoins psychiques de sa fille. Cet épisode, voire cet aléa, dans le processus analytique fait ainsi écrire à Pierre FÉDIDA que « les idéaux de la guérison font courir le risque de couper la régression transférentielle de son plein accomplissement » (FÉDIDA, 2002, p. 99).
- 14 Comme on le voit bien avec cette situation clinique, l’intervention de l’analyste portant sur une partie de la réalité de la patiente, sa réalité somatique en l’occurrence, a exacerbé chez celle-ci un transfert maternel alors peu supportable et de ce fait aussi peu élaborable pour/par elle à ce moment précis de la cure. Mais aurait-il vraiment

fallu à l'analyste rester sourd et muet devant les nécessités somatiques de Raphaëlle, devant le risque vital encouru ? Lui aurait-il fallu risquer de renforcer le déni de la patiente à l'endroit de ses besoins vitaux, et ce, pour favoriser et maintenir un lien transférentiel qui n'attendait sans doute qu'une occasion pour être attaqué et rompu... en vertu de la compulsion de répétition ?

- 15 La réponse est sans aucun doute éminemment variable du fait de la personnalité du patient (ici de la patiente) concerné, mais variable aussi selon chaque praticien, et surtout aussi selon les convictions ou théories de référence de ce dernier.
- 16 C'est ici qu'il convient donc d'aborder cette question de la guérison – ou plus simplement celle de l'attention portée au corps réel – d'un point de vue plus spécialisé qu'est celui de l'approche psychanalytique du malade somatique, que cette brève vignette clinique empruntée à Pierre FÉDIDA a permis chemin faisant d'introduire.

## La psychanalyse et le malade somatique

- 17 Après des patients somatiques, la priorité et l'objectif premiers et patents du travail psychique ne sont évidemment pas de soigner, au sens d'éradiquer l'affection organique dont souffre le patient ; en revanche il ne saurait être question de négliger la dimension du corps réel du patient et celle de ses enjeux vitaux. Face à cette clinique particulière<sup>5</sup>, le (psychologue) praticien ne peut, en effet, se contenter d'être seulement à l'écoute privilégiée, voire exclusive du corps imaginaire et érogène ou des seuls conflits psychiques de son patient. *A fortiori* – et cela arrive de temps à autre, Raphaëlle, la patiente de Pierre FÉDIDA permet de l'apercevoir – quand le patient présente une attitude de déni vis-à-vis de son état de santé et de ses dérèglements somatiques. Car cela reviendrait en effet alors à cautionner cette attitude défensive chez le patient. Cela équivaldrait, du côté du clinicien, à la reproduction en miroir de l'attitude déniante du patient. Cela équivaldrait donc encore à une communauté de déni, qui « affecterait ici le corps, et donc aboutirait à la mort » (AISENSTEIN, 1991, p. 648). En somme, la dénégation pour ne pas dire le déni chez le psychologue du désir de contribuer à

l'amélioration (voire à la guérison) symptomatique du patient constitue un risque pour le patient lui-même.

- 18 Comme l'écrit encore Marilia AISENSTEIN, « l'idée de "besoin de guérison" devient [alors] dans ce domaine [la clinique médicale, le champ psychosomatique] beaucoup plus complexe qu'en matière d'analyse classique » (AISENSTEIN, 1991, p. 648). Telle est aussi la position de Marie-Claire CÉLÉRIER, psychanalyste intervenant en territoire médical, et pour laquelle, face au malade somatique, « on est loin de la position éthérée du soi-disant non-désir de l'analyste dans la cure et de la guérison obtenue de surcroît » (CÉLÉRIER, 1989, p. 125).
- 19 Il apparaît donc vain de se défendre plus avant contre ce désir (aussi tenu soit-il...) de guérison chez le clinicien à l'endroit du patient ; bien au contraire importe-t-il de le reconnaître comme (un) élément constituant (parmi d'autres) de son contre-transfert, élément qu'il convient en conséquence de penser singulièrement, et de penser dans le lien transférentiel au patient bien évidemment aussi. Nous y reviendrons un peu plus loin.
- 20 Un point paraît devoir au préalable être souligné, rappelé, dans cette question de l'abord clinique, voire psychanalytique, du malade somatique. À savoir : le rôle, central, ou clef, que tient l'autre, l'objet, le rôle que joue celui-ci dans l'équilibration psychosomatique. En effet, l'équilibre – comme d'ailleurs le déséquilibre – psychosomatique du sujet n'est ni seulement affaire de corps, d'intégrité biologique, d'absence d'agents toxiques dans l'environnement du sujet, ni même simple affaire de psychisme, et surtout de psyché fonctionnelle, non carencée, bien mentalisée... comme le soutiennent certains modèles théoriques, ni même des deux réunis, c'est-à-dire de leurs seules inter-relations. Sans souscrire à la théorie relationnelle proposée par Mohammed SAMI-ALI (2003), théorie qui fait justement de la relation ce qui relie et subsume le psychique et le somatique chez l'individu, il importe de rappeler que dans l'organisation psychosomatique – comme, réciproquement, dans la désorganisation psychosomatique – il est fondamentalement question de l'autre, de la relation affective existant entre sujet et objet.
- 21 Pour illustrer cette dimension relationnelle, on peut évoquer cette célèbre et néanmoins triste situation clinique rencontrée au cours de sa carrière par le Dr LOWN, cardiologue américain.

- 22 Alors qu'il était interne dans un service hospitalier, le Dr LOWN accompagne, avec d'autres assistants, le chef de service lors d'une de ses visites auprès des malades. S'adressant au groupe de médecins qui l'accompagnent, ce chef de service se met à dire à propos de l'une des patientes, et devant celle-ci – patiente qui a été soignée à plusieurs reprises par le passé dans ce même service pour une pathologie cardiaque – qu'elle « a une T.S. ». Juste après le départ de la chambre du Professeur, l'état somatique de la patiente alors stabilisé se modifie brutalement, et elle fait un œdème pulmonaire. Interrogée peu après par le Dr LOWN sur ce qui lui arrive, la patiente relate alors les paroles du Professeur, en particulier l'abréviation T.S. qu'elle a entendue comme le fait d'être en phase de situation terminale (en anglais : « Terminal Situation » ou T.S.). Or le médecin-chef de service avait, par cette abréviation, juste voulu indiquer (à ses assistants, qui plus est !) un diagnostic, à savoir que la patiente présentait un « Tricuspid Stenosis » (ce T.S. voulant donc ici désigner la sténose d'une valve cardiaque). La patiente, elle en revanche, avait entendu, imaginé, compris autre chose de ces paroles (en l'occurrence, un pronostic, et un pronostic létal). Malgré tous les efforts menés par le Dr LOWN tant au plan médical qu'au plan relationnel pour rassurer la patiente sur son état physique, celle-ci devait décéder quelques heures plus tard.
- 23 Dans cette histoire, on ne peut en toute vraisemblance imputer le décès de la patiente aux seules paroles du Médecin. Peut-être doit-on plutôt évoquer l'hypothèse chez elle d'une désorganisation massive préalable, brutalement majorée par l'impact traumatique (traumatique au sens freudien, c'est-à-dire débordant son pare-excitation) qu'ont eu en revanche pour elle ces paroles, compte tenu du contexte de fragilité somatique pré-existante et avérée qui était le sien, compte tenu également de la singularité de son économie psychique, peut-être alors par trop dépendante d'un Autre – ici le médecin-chef – perçu comme toute-puissante (voire comme ayant sur elle un pouvoir de vie ou plutôt de mort...). À cet égard, la désorganisation somatique brutale et létale de cette patiente serait donc, entre autres choses et du strict point de vue psychologique (mais ce n'est là que pure hypothèse), liée à cette méprise relationnelle, à son « erreur » d'interprétation des paroles d'autrui, c'est-à-dire encore à ce qui de (ou dans) la relation intersubjective

médicale qui se voulait pourtant soignante a pris pour cette patiente singulière (à ses yeux et oreilles) un tout autre sens, en l'occurrence un sens mortifère plutôt qu'un sens vitalisant, porteur et restaurateur de son intégrité somatique. L'évocation de cette tragique situation clinique – certes infiltrée du prisme de son auteur, le Dr LOWN, et d'un autre auteur Jean-Benjamin STORA (1999) qui la rapporte lui-même – loin d'être rarissime en clinique médicale, permet de mettre en évidence le poids non seulement des mots, mais aussi de l'objet soignant, sur le patient.

- 24 Les soignants œuvrant en milieu hospitalier peuvent justement narrer bien d'autres situations de ce type : comment tel patient, dont l'état somatique déclinait le week-end, « ressuscite » dès le lundi matin, au retour dans le service de telle ou telle infirmière particulièrement en empathie avec lui et/ou, corrélativement, sur laquelle il projette une imago maternelle rassurante, voire alors aussi vitale ou vitalisante<sup>6</sup>... Ce point ramène donc très précisément aux enjeux transféro-contre-transférentiels, et à ceux qui sont en particulier actualisés dans la relation du patient au clinicien, car le clinicien en tant qu'objet libidinal – ou objet de transfert – tient justement une place de choix dans la possible advenue d'aménagements nouveaux (aménagements d'ordre psychique et pas seulement de désordre somatique, comme dans la situation de la patiente Américaine à l'instant rapportée) chez le malade ; et la préoccupation thérapeutique du clinicien pour celui-ci n'y est sans doute pas étrangère.

## **Contre-transfert et malade somatique**

- 25 La situation de maladie somatique, *a fortiori* si elle est grave ou à caractère létal, ne peut laisser le psychologue praticien indifférent ou neutre ; c'est une situation qui, à un degré ou à un autre, est source d'excitations traumatiques, et vis-à-vis de laquelle il importe « de parvenir à faire le deuil progressif de l'idéal (narcissique) de soma intact et intègre que tout un chacun porte en soi » (DEBRAY, 2001, p. 61), faute de quoi le praticien s'expose inévitablement à certaines blessures dans sa pratique. Car « le patient porteur d'un risque pour sa propre vie est aussi porteur de risque d'échec et d'atteinte narcissique pour son thérapeute » (PARAT, 1995, p. 244). La maladie

comme source d'anxiétés pour le clinicien lui-même est sans doute ce qui explique en dernier ressort (chez lui) certaines positions voire certaines théories de la pratique – telle que la théorie consistant à privilégier l'écoute et l'attention sur la parole, le discours et le corps imaginaire (avec un tel modèle, on tient à distance ce qui est justement source d'anxiétés) ; c'est aussi ce qui peut expliquer, encore, certaines attitudes techniques, telles que celle, par exemple, consistant à refuser en psychothérapie un patient porteur d'affection somatique (sous prétexte qu'il est une contre-indication au travail psychique ; ce type d'attitude existe encore « malheureusement »), ou, pire<sup>7</sup> encore, attitude consistant à passer le relais à un confrère soi-disant « spécialisé dans la prise en charge des malades somatiques » à partir du moment où le patient se met à développer une symptomatologie somatique ; la préoccupation thérapeutique qui retient notre attention ici constitue sans nul doute elle aussi une autre forme d'attitude du clinicien qui a partie liée avec les effets sur le professionnel de la rencontre avec le malade somatique. Plus globalement, il convient d'avoir à l'esprit que si la technique psychothérapeutique qui va être proposée (ou non) au patient tient en principe largement aux convictions et aux présupposés théoriques du praticien, les idéaux et les idéologies de celui-ci contaminent son contre-transfert (AISENSTEIN, 1991) ; mais la réciproque est tout aussi vraie, à savoir que c'est aussi (pour ne pas dire : surtout) le contre-transfert du praticien qui organise massivement chez lui ses convictions tant théoriques que techniques<sup>8</sup>. « ... On ne peut “purifier” totalement la psychanalyse de toute infiltration idéologique, mais [...] il convient plutôt d'en limiter l'impact en essayant de prendre conscience de la façon dont elle hante notre théorie et notre pratique. » (DUPARC, 1994, p. 989.)



LE VACCIN DU GROUPE. — Une opération de sérothérapie à l'hôpital Trousseau. — Peinture de M. André Brouillet. Salon des Champs-Élysées de 1893. Gravé par Crosbie.

Archives Daniel Chatry

- 26 Alors, au vu de ces différents éléments, la préoccupation thérapeutique du clinicien : sens ou non-sens ? Nécessité pour le patient ? Pour son thérapeute ? Défense de celui-ci alors ? Ou « expérience agie partagée » ?
- 27 Les psychanalystes Jacqueline GODFRIND et Maurice HABER (2002) ont décrit sous le terme d'« expérience agie partagée » ce qui de la relation transféro-contre-transférentielle ne parvient pas à prendre forme psychique ou verbale dans le décours du processus psychanalytique, mais va souterrainement donner lieu à des agis de la part de l'analyste<sup>9</sup> avant que celui-ci n'en prenne conscience et surtout ne puisse élaborer psychiquement ce qui est en jeu, ce qui est agissant à ce moment-là du déploiement du processus transférentiel. Ainsi, accepter sans réflexion un changement d'horaire de séance, ou bien alors d'honoraire... constituent quelques exemples de ce type

d'agir de l'analyste, agir qui vient la plupart du temps en réponse à des expressions ou demandes elles-mêmes agies et surtout inconscientes du patient. Loin de constituer une entrave au processus analytique, Jacqueline GODFRIND et Maurice HABER montrent combien nombre de ces agis participent pleinement au travail analytique, à la condition toutefois d'être perçus, pensés et analysés en après-coup de leur survenue.

- 28 De prime abord, il apparaît que la préoccupation thérapeutique ne rejoint pas totalement la description de l'expérience agie partagée. En ce sens que cette préoccupation thérapeutique est, la plupart du temps, loin d'être agie inconsciemment par le clinicien, elle est au contraire peu ou prou consciente ; les travaux précédemment rapportés de Marilia AISENSTEIN (1991) ou de Marie-Claire CÉLÉRIER (1989) font clairement apparaître qu'elle est même une sorte de prérequis incontournable<sup>10</sup> de la pratique clinique avec les malades somatiques, dont l'équilibre psychosomatique est précaire et justement vulnérable à la relation avec autrui. Là où expérience agie partagée et préoccupation thérapeutique se rejoignent, de notre point de vue, c'est en regard de ce qui se trouve actualisé ou activé dans le transfert par ces patients atteints dans leur soma, quelle que soit la déclinaison clinique de cette affection du psychosoma. Deux courts exemples ici pour introduire ce qui apparaît en jeu. Tout d'abord, celui d'une femme, à peine sortie de cure de chimiothérapie, qui prend rendez-vous pour un suivi psychologique ; elle énonce d'emblée ses angoisses de l'échec des traitements (médicaux). Elle a entendu parler des « bienfaits de la psychothérapie », elle espère alors « par la psychothérapie s'aider à aller mieux », toujours de ses propres mots. Au seuil comme au sortir de cette primo-consultation, la psychologue est plus que touchée par la détresse de cette femme, encore jeune, déjà très amaigrie et très faible, sans cheveux ni sourcils, et qui ne demande pas autre chose, en somme, que de l'aider à maintenir son auto-conservation ; s'agit-il d'une demande incongrue ? (Chacun se prononcera.) En tout cas, cette demande ne présente aucun caractère irrationnel ou irrecevable du point de vue psychologique.

- 29 Second exemple, celui de cette autre jeune femme qui remplit toutes les séances préliminaires de ses « énormes » problèmes conjugaux (selon elle) alors que ceux-ci ont surtout réactivé et exacerbé une

anorexie chronique très invalidante pour son existence, mais dont elle s'évertue, en somme, à ne rien vouloir savoir ni parler. La psychologue passe plusieurs séances inconfortables au sortir desquelles elle se dit à chaque fois que l'essentiel n'a pas été vu, ou plutôt pu être parlé avec elle. Elle lui proposera toutefois une psychothérapie à la seule condition qu'elle soit simultanément suivie par un médecin de son choix, afin de lui signifier par-là l'attention portée à son autoconservation malgré elle. Bien que cela n'aura aucune incidence directe sur son comportement alimentaire (à court terme), la patiente pourra ultérieurement exprimer combien elle a été touchée par cette attention, véritable point de nouage du lien thérapeutique qui s'avérait au départ très précaire.

- 30 Ces deux très brefs exemples pour souligner la reconnaissance, versus le déni, de la réalité somatique chez le patient et quelques-uns de leurs effets aussi sur le clinicien, voire sur l'engagement thérapeutique.
- 31 Mais ces exemples mettent aussi et plus encore en évidence ce qui se transfère dans la rencontre clinique, c'est-à-dire ce qui se transporte, s'actualise/s'active dans cette interrelation. En l'occurrence, force est de constater que le clinicien est massivement sollicité, convoqué psychiquement auprès de ce type de patients dans une fonction de type maternel, véritable duplication symbolique d'une « préoccupation maternelle primaire » (WINNICOTT, 1965). En effet, le patient touché dans son soma se présente bien souvent aussi, conjoncturellement ou structurellement, sous le signe du dénuement psychique, de la difficulté à penser, à se penser, difficulté à mentaliser ce qu'il vit ou a vécu, en amont de la décompensation somatique tout autant que durant l'expérience malade elle-même, sidéré qu'il soit, la plupart du temps, par l'impact de cette épreuve d'actualité. Incombe alors au clinicien le rôle ou la charge d'aider le sujet à inscrire psychiquement cette expérience de réalité traumatique dans son histoire et même d'abord dans son espace psychique (sa topique subjective). L'objet du travail clinique consiste alors en tout un travail de liaison, de figuration, de mise en représentations et en affects de ce qui se trouve, pour l'heure, et du côté du patient, brut, impensable, non mentalisable, déroutant, angoissant ; patient pour lequel les mots, les pensées comme les affects sont donc manquants ou peu disponibles, c'est-à-dire peu aptes justement à remplir une fonction

de liaison. Soit de la part du clinicien envers le patient malade une véritable fonction alpha, à l'instar de celle exercée par la Mère auprès de l'*infans*, le sujet d'avant la parole ou privé de celle-ci. La préoccupation thérapeutique (du psychologue pour le psychosoma du patient) paraît constituer une expérience agie partagée, entre clinicien et patient, en ce sens alors fondamental où c'est bien dans cette rencontre au sein de laquelle l'un, le patient, en état de vulnérabilité, de détresse somatique, état qui n'est pas sans rappeler celui du nourrisson (compte tenu de sa néoténie, de son immaturité, biologique comme affective), dépend comme lui, massivement, d'un environnement portant/porteur, capable de le penser, de le rêver, de l'envelopper de pensées qui lui permettront de (re)tisser sa peau psychique avant peut-être de faire peau neuve, au sens plus littéral du terme.

- 32 Pour conclure, et en regard de cette vulnérabilité psychosomatique du patient, il convient de redire combien le psychologue ou psychanalyste, travaillant qui plus est dans le contexte hospitalier, qui est souvent un contexte, à répétition, de mise en danger de mort, ne peut donc rester sourd, muet ou neutre devant l'impact de ses attitudes verbales comme non verbales sur le sujet et sur l'équilibre pulsionnel de celui-ci. François POMMIER, psychanalyste confronté lui aussi dans sa pratique à ce qu'il nomme des « cliniques de l'extrême », écrit ainsi de son côté que : « Face à des situations qui mettent en jeu la mort réelle, le psychothérapeute est[-il] amené à abandonner ses schémas familiers de représentation pour se laisser "défaire par l'angoisse de la rencontre" (FÉDIDA) » (POMMIER, 2008, p. 37).
- 33 L'abandon de certaines idéologies – telle que celle de « la guérison de surcroît » – au profit d'une identification empathique aux besoins de l'autre, est sans aucun doute une attitude partielle, mais il semble bien s'agir d'une partialité nécessaire, nécessaire pour la survie physique comme pour la vie psychique du patient.

## BIBLIOGRAPHIE

---

AISENSTEIN M. (1991), « Entre psychanalyse et besoin de guérison : le modèle du psychodrame ouvre-t-il une voie pour aborder des patients somatiques ? », in *Revue française de psychanalyse*, n° 55 (3), p. 647-658.

- CÉLÉRIER M.-C. (1989), *Corps et fantasme*, Dunod, Paris.
- CLÉMENT C. (1978), *Les fils de Freud sont fatigués*, Grasset, Paris.
- DEBRAY R. (2001), *Épître à ceux qui somatisent*, PUF, Paris.
- DUMET N. (2010), « Le psychologue, le malade et la guérison du corps », in DUMET N., ROUSSET H. (dir.), *Soigner ou guérir ?*, Erès, Toulouse, p. 53-76.
- DUPARC F. (1994), « Tout analyser ? Les paramètres idéologiques de la cure », in *Revue française de psychanalyse*, n° 58 (4), p. 989-1007.
- FÉDIDA P. (2002), « Les psychanalystes malades de la psychothérapie », in JANIN C. et al., *Quelle guérison, quelle normalité ?*, PUF, Paris, p. 87-100.
- GODFRIND J., HABER M. (2002), « L'expérience agie partagée », in *Revue française de psychanalyse*, n° 66 (5, spécial congrès), p. 1417-1460.
- M'UZAN M. de (1994), *La bouche de l'inconscient*, Gallimard, Paris.
- PARAT C. (1995), *L'affect partagé*, PUF, Paris.
- POMMIER F. (2008), *L'extrême en psychanalyse*, Éditions Campagne Première, Paris.
- SAMI-ALI M. (2003), *Corps et âme. Pratique de la théorie relationnelle*, Dunod, Paris.
- STORA J. B. (1999), *Quand le corps prend la relève*, Éditions Odile Jacob, Paris.
- WINNICOTT D.W. (1965), *Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement*, Payot, Paris.

## NOTES

---

- 1 À cet égard, la première partie de ce texte reprend puis approfondit certains développements relatifs à la guérison somatique pour le psychologue clinicien, ayant déjà fait l'objet d'une publication, à laquelle le lecteur pourra se reporter (DUMET, 2010).
- 2 Sauf pour Georg GRODDECK qui fut l'un des premiers psychanalystes justement à proposer une approche analytique pour des malades somatiques dans son établissement qu'il appelait alors « sanatorium ».
- 3 Formule sans doute utilisée à outrance ou dans l'oubli d'autres aspects de la pensée freudienne.
- 4 Pour le reprendre cependant quelques années plus tard.
- 5 Mais toute clinique est telle, par définition.
- 6 Corrélativement on peut se dire aussi que la rencontre du patient avec les soignants du week-end produisait un effet délétère sur lui...

7 Pire, en effet, car rien n'est plus délétère pour un patient déjà en situation malade que de se sentir « abandonné » par son thérapeute, le traumatisme est alors double, le traumatisme de la maladie se double de celui du laisser tomber, de l'abandon par le thérapeute.

8 C'est dire combien s'impose alors chez le praticien-psychothérapeute une auto-analyse de ce qui, chez lui motive sa position professionnelle (et le choix de sa technique) et ce, en regard de la singularité de chaque situation thérapeutique rencontrée. Ensuite bien sûr viendra l'analyse des mouvements et manifestations transféro-contre-transférentiels plus « classiques ».

9 Et en amont de la part de l'analysant.

10 Mais qui dit « pré-requis » n'empêche nullement d'interroger simultanément (voire incessamment) celui-ci sous l'angle des enjeux transférentiels et contre-transférentiels.

## AUTEUR

---

### **Nathalie Dumet**

Psychologue clinicienne, maître de conférences, HDR en psychologie clinique,  
Université Lyon 2, CRPPC

IDREF : <https://www.idref.fr/066958911>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0003-3262-9412>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000010110896>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/14433163>

Coup de cœur

# Maylis de KERANGAL, *Naissance d'un pont*

Jean-Marc Talpin

## RÉFÉRENCE(S) :

---

Maylis de KERANGAL, *Naissance d'un pont*, Paris, Verticales, 2020, 317 pages

## TEXTE

---

- 1 Il y a des livres qui n'inventent rien, on n'en dira rien. Marguerite DURAS disait que ce sont des livres que, sans doute, « c'est pas la peine » de les écrire comme de les lire.
- 2 Il y a des livres qui inventent une écriture, d'autres qui inventent un univers. Il y a enfin, ce sont les plus rares, ceux qui inventent une écriture et un univers, des livres qui inventent l'écriture nécessaire à soutenir leur univers. *Naissance d'un pont* est de ceux-là.
- 3 On pourrait dire, dans la logique du titre, qu'il s'agit d'un livre sur la construction d'un pont. Ce ne serait pas faux, mais cela ne dirait rien du livre. On pourrait dire qu'il s'y agit d'architecture, de techniques, de politique, de sociologie... on pourrait dire, et tout cela serait juste, mais cela ne parlerait pas pour autant du livre, du cœur du livre. On pourrait dire qu'il s'y agit d'hommes et de femmes, de vies qui se croisent, se coupent parfois, s'éloignent tout aussi bien. On serait plus proche de la vérité. Quand on l'a refermé, il poursuit sa route, on emprunte un chemin que l'on n'avait pas encore vu, on suit un personnage au-delà des pages, ou en deçà, d'où vient-il, pourquoi ? *Naissance d'un pont* n'est pas un roman psychologique, c'est un texte qui brasse, comme les machines à fabriquer le béton, des composants hétérogènes, qui les brasse et en fait un texte puissant, cohérent, que l'on se surprend à lire avec hâte, on veut connaître la suite, et pourtant il n'y a guère de suspens, ce n'est pas le genre ! On se hâte parce que l'écriture ne nous laisse pas le choix, on est comme tous ces participants au chantier, il faut tenir les délais !
- 4 Le chantier avance, avec tous ces aléas et il y a une vraie compétence technique dans ce livre, mais tout cela est pris dans la pâte d'une

prose aussi rapide qui puissante, pris avec les hommes, les femmes, les occidentaux riches, les locaux pauvres...

- 5 Bref, un livre monde, le livre d'un monde éphémère, le temps d'un chantier et puis s'en va... mais... s'en va autre qu'il n'est arrivé, tout comme le lecteur.

## AUTEUR

---

**Jean-Marc Talpin**

IDREF : <https://www.idref.fr/087994194>

ORCID : <http://orcid.org/0000-0002-2979-7442>

HAL : <https://cv.archives-ouvertes.fr/jean-marc-talpin>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000004710772>

BNF : <https://data.bnf.fr/fr/15595586>

# L'œil du psychone

## TEXTE



Scénario : Frédéric Guinard, dessin : Simon Caruso

# Méthodologie

# L'entretien de recherche : entre quête illusoire de l'objectivité et multiplication des subjectivités

Marion Canneaux

## PLAN

---

Cadre de la recherche  
Le choix de l'entretien  
Méthode

## TEXTE

---

- 1 Nous souhaitons discuter la valeur heuristique de l'utilisation de l'entretien clinique de recherche. Il offre la possibilité d'appréhender la façon dont s'articule la singularité de l'histoire du sujet et de son fonctionnement psychique avec les processus psychiques que l'on souhaite étudier. Cependant, comment combiner la prise en compte du sujet rencontré dans sa singularité, l'imprévisibilité de son devenir psychique et la généralisation des connaissances nécessaire à la recherche ? Dans un premier temps, nous situerons le cadre de recherche au sein duquel nous avons utilisé cet outil et en quoi il nous a paru pertinent. Dans un second temps, nous développerons les questionnements suscités par l'utilisation de cet outil et la méthodologie que nous avons employée afin d'éviter l'écueil de la multiplication des subjectivités, mais également de répondre à notre objet de recherche.

## Cadre de la recherche

- 2 Dans le cadre d'un travail de thèse<sup>1</sup>, nous nous sommes intéressés aux femmes enceintes grâce à un don d'ovocytes. Cette technique de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) est indiquée aux femmes infertiles qui n'ont pas d'ovocytes, ou à celles dont le fonctionnement ovarien présente des anomalies. Il peut également être proposé à des femmes chez lesquelles il existe un risque de transmission d'une

maladie génétique. Le don d'ovocytes consiste à transférer des embryons dans l'utérus d'une femme. Ces embryons sont issus de la fécondation *in vitro* du sperme de son conjoint et des ovocytes d'une autre femme.

- 3 Les recherches effectuées jusqu'à présent sur ce sujet se sont principalement intéressées aux périodes précédant ou succédant la grossesse, sans jamais avoir étudié de manière approfondie la spécificité de cette période. Or le travail psychique de la maternalité durant la grossesse est susceptible d'être rendu particulier, non seulement par le vécu de l'infertilité, mais également par la situation singulière du don d'ovocytes. La façon dont va être traversée la grossesse ne dépend bien évidemment pas exclusivement du parcours qui l'a précédée. En effet, quel que soit ce dernier, la grossesse est un moment fondamental du développement de l'identité féminine. Notre objectif est alors de mieux connaître les processus psychiques à l'œuvre chez ces femmes, pendant et après la grossesse, dans les remaniements de leurs identifications féminines et maternelles. Notre hypothèse principale est la suivante : « Chez les femmes enceintes grâce à un don d'ovocytes, il existe une spécificité et une diversité des processus psychiques à l'œuvre dans les réaménagements de leurs identifications féminines et maternelles. » La spécificité serait liée à la fragilisation narcissique et aux conflits psychiques suscités par la situation de l'infertilité et du don d'ovocytes. Ainsi, nous pensons observer, chez ces femmes, des aménagements communs dans leurs remaniements identificatoires.
- 4 La diversité des processus psychiques correspondrait, quant à elle, aux différents aménagements défensifs mis en place pour faire face à ces conflits psychiques. Ceux-ci seraient davantage liés au fonctionnement psychique des femmes rencontrées. Nous avons décidé de rencontrer des femmes qui ont eu recours à un don d'ovocytes et de leur proposer trois temps de recherche : un temps durant la grossesse à 7-8 mois de grossesse, et deux temps après la naissance qui correspondent aux 3 mois et au 1 an de l'enfant.

## **Le choix de l'entretien**

- 5 Pour répondre à notre objet de recherche, il fallait un outil qui permette à la fois de rendre compte de la dynamique du

fonctionnement psychique de ces femmes et de mettre en perspective les processus psychiques à l'œuvre. L'entretien semi-directif offre alors la possibilité de répondre à cette double exigence. En effet, il permet à la fois d'obtenir une relative standardisation et de favoriser une certaine associativité du discours. C'est cette associativité qui permet de faire émerger les processus psychiques, les conflits psychiques et les aménagements défensifs.

- 6 Nous vous proposons ici de nous centrer sur la période de la grossesse. Les entretiens semi-directifs effectués durant la grossesse s'appuient sur la grille de l'IRMAG (Interview pour les Représentations Maternelles pendant la Grossesse, AMMANIRI M., et coll, 1999). Ils permettent d'avoir un aperçu sur le fonctionnement psychique de la femme enceinte, sur l'inscription de son désir d'enfant dans son histoire personnelle et dans celle du couple, sur le vécu de l'infertilité et du recours à l'AMP, sur celui de la grossesse, sur la façon dont la femme se prépare à devenir mère ainsi que sur les rêveries et les fantaisies autour de son enfant. L'entretien commençait par la question suivante : « Est-ce que vous pourriez me raconter l'histoire de votre grossesse ? » L'entretien privilégiait l'expression libre des femmes et encourageait l'associativité. Si nécessaire, des questions pouvaient être posées afin d'avoir des informations supplémentaires sur les éléments cités précédemment. Deux entretiens étaient proposés durant la grossesse afin d'introduire un aspect dynamique et observer ce qui pouvait être remanié entre le premier et le second entretien.
- 7 À l'issue de quelques entretiens, il a été important de revenir sur un préalable qui était que ces entretiens ne nous permettraient pas de saisir le fonctionnement psychique et le vécu de ces femmes dans sa globalité. En effet, il est impossible en un voire deux entretiens de parvenir à avoir une vue globale de la façon dont ont été vécus l'annonce de la stérilité, le recours au don d'ovocytes, comment cela s'inscrit dans leur parcours, de connaître leur histoire infantile, mais aussi d'avoir une vue globale sur le processus de maternalité, sur le rôle de son conjoint, etc. Comme le rappelle MEIJIA QUIJANO C. et coll. (2006), qui ont également utilisé cet outil pour une recherche, « la réalité psychique est le résultat de tous les facteurs et circonstances qui l'ont rendue possible, et ce sont ces facteurs et circonstances-là qu'on n'arrivera jamais à reproduire dans leur ensemble » (p. 169). Ils

ajoutent : « Le discours n'est qu'une partie de la vie psychique, de plus le sujet évolue dans le temps. [...] il est bien utopique d'avoir une vue globale d'un cas sur un entretien unique. » (*Ibid.*) CHARAHOUI K. et BÉNONY H. (2003) appuient également cette idée lorsqu'ils écrivent, au sein d'un ouvrage s'intéressant à la recherche en psychologie clinique :

« Ce serait une illusion de considérer que la personne est donnée d'emblée dans sa totalité. En effet, quel clinicien aurait l'audace de dire qu'il connaît complètement et globalement les sujets avec qui il travaille, parfois même après des années de psychothérapie ? Il ne connaît que ce que le sujet veut bien lui dire dans un espace de temps et de lieu délimité et il lui est impossible de comprendre l'homme dans son exhaustivité. Et même, cela est-il plutôt rassurant qu'une part de cette intimité soit préservée... » (P. 75-76.)

- 8 Ce préalable peut, une fois qu'il est formulé, aller de soi. Cependant, il a été important pour nous de revenir sur cette idée. D'une part, cela nous a invité à adopter une certaine humilité concernant nos résultats à venir. D'autre part, cela nous a permis de confirmer qu'un questionnaire aussi exhaustif soit-il ne serait jamais suffisant pour avoir une vision globale de ce que la personne a vécu et de comment cette expérience s'inscrit dans son histoire psychique. Au contraire, il fallait favoriser une certaine associativité du discours qui nous permettrait de saisir la place dans la réalité psychique de ces femmes des éléments amenés dans leur discours. François MARTY (2009), à propos de la méthode du cas, insiste ainsi sur l'importance de l'associativité. En effet, comme le souligne l'auteur, cela n'a pas le même sens qu'une personne aborde spontanément un élément de son histoire, s'il associe sur ce point précis ou si c'est le clinicien qui pose des questions qui guident les réponses. Ce qui importe c'est le choix que le sujet opère lorsqu'il décide de mettre en mots son histoire : « La reconstruction d'une vérité historique objective [...] étant nécessairement utopique. » (P. 62.)
- 9 Une fois ces entretiens recueillis, nous nous sommes confrontés à un autre questionnement qui est l'objet central de notre exposé : à la différence de la démarche clinique classique, la démarche de recherche vise la généralisation des connaissances en dépassant une compréhension strictement individuelle. Or, dans la recherche en

psychologie clinique, comment combiner la prise en compte du sujet rencontré dans sa singularité, l'imprévisibilité de son devenir psychique et la généralisation des connaissances ?

- 10 Si effectivement, l'entretien semi-directif nous paraissait l'un des outils les plus adéquats pour saisir les processus psychiques à l'œuvre chez les femmes rencontrées, comment généraliser ces données et ne pas nous empêtrer dans la multiplication des itinéraires individuels et des subjectivités ? Il nous fallait maintenant définir un cadre d'analyse afin de pouvoir combiner ces exigences.

## Méthode

- 11 Nous allons montrer que ce n'est que parce que, dans un premier temps, une analyse en profondeur de la singularité de chaque sujet aura été effectuée, qu'il sera possible, dans un second temps, d'accéder à une compréhension plus générale des processus psychiques à l'œuvre. Dans ce premier temps, la place du chercheur, sa subjectivité, la subjectivité de la parole du sujet rencontré, les modalités transférentielles et contre-transférentielles seront des outils d'analyses précieux. Dans un second temps, seule une méthode d'analyse rigoureuse nous épargne l'écueil de la multiplication des subjectivités qui éloignerait d'une compréhension plus générale. Pour illustrer ces deux temps, nous nous appuyerons sur notre recherche. L'article de N. JEAMMET (2006) et l'ouvrage de C. MEJIA QUIJANO et coll. (2006), qui abordent l'utilisation de l'entretien en recherche, nous ont guidés dans la construction de ce cadre.
- 12 Le premier temps de l'analyse des résultats consiste en une analyse minutieuse de chaque entretien dans sa singularité. Cette première étape est nécessaire afin de repérer chez chacune des femmes les processus psychiques à l'œuvre dans les remaniements de leurs identifications féminines et maternelles dans la condition singulière du don d'ovocytes. Nous avons alors effectué une analyse de contenu qui consiste à repérer les thèmes abordés, leur place dans le discours et à dégager leur sens manifeste et latent. Pour cela, l'analyse de l'énonciation sera également nécessaire. Le discours avec ses ruptures, ses répétitions, ses lapsus, permet de mettre en évidence les mécanismes de défenses à l'œuvre. En associant analyse du contenu manifeste et du contenu latent et analyse de l'énonciation,

nous pouvons ainsi obtenir des informations sur les conflits psychiques à l'œuvre et sur la façon dont ils sont traités. L'analyse de la communication non verbale (silence, hésitation, sourires) est également précieuse.

- 13 Par ailleurs, à cette étape, nous nous sommes attachés aux modalités transférentielles et contre-transférentielles impliquées lors des entretiens. En effet, c'est dans le contexte de la rencontre entre elles et un clinicien chercheur que ces femmes évoquent leur histoire. L'attention portée à la dynamique relationnelle guide le clinicien dans sa démarche de compréhension du fonctionnement psychique du sujet. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur ce que nous pouvions représenter pour ces femmes que nous rencontrions dans le cadre d'une recherche. Les modalités transférentielles dépendent avant tout des caractéristiques psychiques des femmes rencontrées et sont organisées par leurs relations d'objet. Cependant, on peut également penser que la situation singulière de la recherche au sujet du don d'ovocytes puisse faire émerger des modalités transférentielles communes à ces femmes. Nous avons constaté que l'entretien de recherche pouvait être utilisé par les femmes comme un temps de remise en lien de ce qu'elles avaient vécu durant leur parcours, et de mise en mots des affects et des représentations suscités par l'expérience de la grossesse. Le cadre contenant de la recherche a ainsi pu permettre, pour certaines d'entre elles, d'exprimer leur souffrance, leurs doutes, leurs angoisses, mais également leurs joies, et ceci à une personne qu'elles ne connaissaient pas et qu'elles ne reverront plus, une fois le processus de recherche achevé. Nous avons donc eu le sentiment d'être sollicités dans une fonction contenant, le flot de paroles étant parfois difficile à contenir.
- 14 Par ailleurs, ces rencontres sont placées d'emblée, entre femmes, sous le signe de l'identification féminine. Elles m'énumèrent<sup>2</sup> ainsi l'ensemble des outrages qu'elles ont vécu à l'encontre de leur identité féminine : la stérilité, les équipes médicales « mauvaises », insuffisamment bienveillantes et soutenantes. Elles peuvent alors me dire « je ne sais pas ce que vous en pensez, mais c'est terrible de se comporter comme cela ? ». Notons que ces remarques s'adressent aux équipes médicales qui ne leur ont pas permis d'avoir un enfant par fécondation *in vitro* par exemple, ce qui a nécessité pour elles de se tourner vers une autre équipe qui leur a proposé un don

d'ovocytes. J'ai alors l'impression qu'elles essaient ainsi de me mettre dans une position de compassion voire même dans une position au sein de laquelle je devrais m'insurger avec elle, en tant que femme, de la façon dont elles ont eu le sentiment d'être attaquées et blessées dans leur féminité. De ma position de femme, comment ne pas m'identifier à ces femmes et ne pas être touchée par leur histoire souvent bouleversante. Il a alors été nécessaire d'avoir conscience de ce mouvement contre-transférentiel afin, d'une part de ne pas s'engager dans un désir tout-puissant de réparation, et d'autre part, lors de l'analyse des résultats, de veiller à repérer certains éléments positifs qui auraient pu passer inaperçus.

- 15 Ces femmes sollicitent également beaucoup de tentatives de renarcissisation qui sont à la mesure de leur blessure narcissique et de leur doute concernant leur capacité à se positionner en tant que mère et à être reconnue en tant que telle par leur enfant et leur famille. Il est vrai que la position de chercheur est délicate. Car c'est nous qui les sollicitons pour qu'elles évoquent leur histoire. Bien que nous ayons en tête de respecter les aménagements défensifs des personnes rencontrées, comment prévoir l'effet de notre intervention ? Ne pouvons-nous pas être responsables de cette fragilisation ou en tous les cas de l'ébranlement d'un aménagement défensif qui leur permettait de mettre à distance leur souffrance ? Cette crainte a pu être compensée par le constat que cette recherche pouvait être un temps d'élaboration de ce qui avait été mis à distance et avoir ainsi un effet, nous semble-t-il, bénéfique. La deuxième étape de notre analyse consiste à dégager ce qui est commun aux femmes rencontrées. Cette étape est délicate. Comment réunir les données de chaque entretien ? MEJIA QUIJANO C. et coll. (2006) expriment également une certaine difficulté à cette étape de leur recherche, ils écrivent : « On s'est alors crus devant une contradiction et obligés de choisir : soit laisser tomber les "nuances" entre les couples, aplanir leurs histoires et ignorer les éléments réfutant ce qui semblait commun à la plupart ; soit abdiquer à trouver encore d'autres traits communs. » (P. 147.) Comme le proposent les auteurs, c'est le retour aux hypothèses qui permet de redonner un cadre à l'ensemble des données mises en évidence pour chaque entretien. Un regroupement des thématiques communes et différentes par hypothèses nous permet alors de dégager ce qui semble spécifique de l'expérience de

ces femmes, mais également divergent. Ainsi, on note que chacune de ces femmes doit faire face à un travail psychique de filiation rendu particulier du fait de la situation de l'infertilité et du don d'ovocytes. Nous avons alors repéré des aménagements divers de ce travail psychique de filiation. Plus précisément, selon les femmes, l'inscription du traumatisme de l'infertilité et du recours au don d'ovocytes s'effectuent à différents temps comme par exemple durant le parcours de don d'ovocytes, dans l'après-coup de la grossesse ou encore dans l'expérience de la parentalité une fois l'enfant né. La qualité de cette inscription influence le travail psychique de filiation, travail qui s'articule également aux remaniements identificatoires.

16 L'étape suivante de notre démarche a consisté ensuite à proposer des hypothèses explicatives en s'appuyant sur un cadre théorique, en l'occurrence analytique, permettant d'expliquer les points communs et les différences observées. Par exemple, la qualité de l'élaboration du traumatisme de la stérilité, le vécu autour du recours à un don d'ovocytes, le type d'infertilité, la solidité des assises narcissiques, le rôle du conjoint et des grands-parents se sont avérés être des pistes pour éclairer les différences observées dans le déploiement des processus psychiques à l'œuvre dans le travail de filiation et de remaniements identificatoires. Ces hypothèses explicatives pourront alors être retravaillées dans une autre recherche visant à approfondir la compréhension des données obtenues.

17 Pour conclure, lors de notre recherche nous avons été traversés par un certain nombre de questionnements. À l'heure où certains courants de recherche privilégient les questionnaires quantitatifs de façon à ce que les résultats soient dits « objectifs », nous nous interrogeons sur la pertinence de l'utilisation d'entretiens qui ne nous permettaient « que » de recueillir la subjectivité des sujets rencontrés. Notre recherche était-elle alors moins scientifique que les autres ? C'est le retour à l'objectif de la recherche en psychologie clinique en général et à notre objet de recherche qui nous a permis de nous dégager de ce questionnement. Il semble que ce n'est pas tant le choix d'une technique ou d'une autre qui permet d'affirmer que la recherche est scientifique, mais plutôt le degré d'adéquation entre les méthodes, les procédures, la population et le terrain clinique étudiés. La recherche en psychologie clinique étudie des sujets humains qui sont caractérisés par une réalité psychique qui

leur est propre et évolutive. Notre recherche s'intéressant aux processus psychiques à l'œuvre chez des femmes ayant eu recours à un don d'ovocytes, nous ne pouvons faire l'impasse de leur subjectivité qui est la seule à nous permettre d'approcher la complexité des processus psychiques à l'œuvre.

## BIBLIOGRAPHIE

---

AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R., *Maternité et grossesse*, PUF, Paris, 1999.

CHAHRAOUI K., BÉNONY H., *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*, Dunod, Paris, 2003.

FERNANDEZ L., CATTEEUW M., *La recherche en psychologie clinique*, Nathan, Paris, 2001.

JEAMMET N., « L'entretien clinique et son analyse singulière et/ou comparée », in BOURGUIGNON O., BYDLOWSKI M., *La recherche clinique en psychopathologie*, PUF, Paris, 2006, p. 119-122.

MARTY F., « La méthode du cas », in LONESCU S., *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, PUF, Paris, 2009.

MEJIA QUIJANO C., GERMOND M., ANSERMET F., *Parentalité stérile et procréation médicale assistée*, Erès, Ramonville-Sainte-Agne, 2006.

## NOTES

---

1 Cette recherche, menée au CECOS de Cochin, s'inscrit dans une recherche plus large s'intéressant à l'accueil d'embryon, dirigée par le Dr BEAUQUIER-MACCOTTA. Elle s'inscrit également dans le cadre d'un travail de thèse, dirigé par le Pr. CHABERT et le Pr. GOLSE (Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie, Université René Descartes, Paris 5).

2 Nous passons du « nous » au « je » pour cette partie qui concerne les modalités transférentielles et contre-transférentielles.

## AUTEUR

---

Marion Canneaux

IDREF : <https://www.idref.fr/15902448X>

ISNI : <http://www.isni.org/0000000400036580>