

# Canal PsY

## Corps et pratiques cliniques

Nathalie Dumet,  
Nathalie Sabatié  
Laure Favier  
Raphaël Minjard  
Olivier Maniez



recherche en cours Cyril COUFFE  
reportage Jean-Emmanuel DENAVE

## Au revoir...

En 2010, Geneviève BENMUSSA a rejoint la FPP. Avocat (elle tenait beaucoup à ce « neutre »...) en fin de carrière, elle voulait retravailler son expérience, revenir sur des affaires qui l'avaient mise en difficulté, en colère surtout : une accusation d'inceste où elle ne savait plus, finalement, qui croire... un meurtre dont son client se clamait innocent sans parvenir à la convaincre...

Elle était avec nous lors de notre regroupement de novembre dernier, très affaiblie, et déjà bien consciente qu'il n'était plus temps de traiter son cancer, qu'elle entamait son dernier parcours.

Et dans un tel moment, pour ce qu'elle savait être l'un de ses derniers week-ends, elle est venue travailler et réfléchir avec nous !

L'honneur qu'elle nous a fait ce jour-là me laisse presque sans voix.

Elle s'est éteinte le 24 mars.

La Geneviève que j'ai connue préparait un tour du monde. En FPP, elle avait envie d'apprendre, de repenser une vie passionnément vécue, de se raconter autrement et de comprendre. Avec humour et enthousiasme, elle ne laissait passer aucune facilité de pensée, aucun raccourci, aucune petite imposture intellectuelle. Elle pouvait errer, mais toujours résolument. Elle était impressionnante de générosité et d'indépendance. Sa voix résonnait ferme et nous pouvions parfois nous sentir, par contraste, un peu chuchotants. C'était salutaire pour tous.

Quelquefois, en formation, un lien très spécial se développe. Un amour fraternel. Alors au nom du groupe et en mon nom propre, je voudrais dire : « *Nous vous aimons, Geneviève. Merci d'être venue cheminer avec nous.* »

Patricia MERCADER

Avril 2015

# Corps et pratiques cliniques

C'est avec une grande émotion que nous partageons avec vous le très beau message d'*Au revoir* à l'adresse de Geneviève BENMUSSA, étudiante FPP et Avocat, qui nous a prématurément quitté le 24 mars dernier. Patricia MERCADER a souhaité prendre sa plume pour écrire ce texte... et notre rédaction la remercie beaucoup d'avoir su trouver les mots.

Comme vous l'aurez sans doute remarqué, nos parutions de 2015 accusent aujourd'hui un certain retard. Heureusement, le prochain numéro sur les pratiques d'écoute clinique en service de réanimation est en bonne voie de finalisation et les numéros 113 et 114, respectivement consacrés à l'analyse de la pratique et à la psychologie du travail, sont suffisamment avancés pour que nous puissions envisager de rattraper ce retard de publication, sinon dans l'année en cours au moins en début 2016.

Je remercie Nathalie DUMET d'avoir accepté - au pied levé - de présenter ce dossier et de l'avoir resitué dans une perspective psychopathologique et historique des théories psychanalytiques. Vous trouverez dans ce numéro quatre textes de cliniciens, engagés dans leur pratique et dans leurs questionnements à partir de cette pratique, soucieux de transmettre à la fois l'état de leurs découvertes et impasses, mais aussi les méandres et les détours de leur clinique en train de se vivre. C'est chose rare de lire des textes de cette qualité aussi vibrant des qualités humaines et intellectuelles de leur auteur.

Ce trimestre, nous avons aussi le plaisir de vous proposer une «recherche en cours» traitant des effets des interruptions et des distractions sur le travail en *open-space* où Cyril COUFFE, doctorant au laboratoire EMC à Lyon 2, a accepté de partager avec vous les hypothèses et les modélisations sur lesquelles il travaille actuellement. Sa participation inaugurera une série de rubriques similaires dédiées aux travaux réalisés actuellement par les étudiants en thèse de Psychologie.

Dans les dernières pages de ce numéro, vous découvrirez enfin un passionnant reportage, aimablement proposé par Jean-Emmanuel DENAVE, journaliste et étudiant en CFP, sur la résidence des artistes Tatiana ARFEL et Julien CORDIER à la ferme du Vinatier dont les travaux donneront lieu à une publication remarquable «Les inconfiants», aux éditions Bec en l'air.

Vous retrouvez dans les prochains numéros les rubriques traditionnelles *Coup de coeur*, *L'oeil du psychologue*, *Le coin du chineur*, ainsi que deux nouvelles rubriques, l'une, déjà annoncée dans le numéro 109, sur les jeux-vidéos utilisés en thérapie, l'autre, en partenariat avec les co-auteurs du «Petit Freud Illustré» Jean-Jacques RITZ et Damien AUPETIT, qui vous offrira sous forme d'abstract quelques uns des plus irrévéreux articles de ce savoureux outrage.

En vous souhaitant une agréable lecture...

Frédéric GUINARD  
Rédacteur en chef

édito

# sommaire

## Corps et pratiques cliniques

Corps et psyché dans la pensée clinique psychanalytique par Nathalie DUMET .....	p.5
Le bain de Balazs, de retour à Loczy par Nathalie SABATIÉ .....	p.9
Quand le corps parle... vers une rencontre de Jules dans le moment présent par Laure FAVIER .....	p.12
Les consultations douleur ; dispositifs articulatoires par Raphaël MINJARD .....	p.15
Corps et réflexivité dans la clinique de la déficience par Olivier MANIEZ .....	p.18

## recherche en cours

Comment aider les salariés travaillant en Open-Space à rester concentrés ? par Cyril COUFFE .....	p.22
--	------

## reportage

Les Inconfiants, un ouvrage né d'une résidence à quatre mains au Vinatier par Jean-Emmanuel DENAVE .....	p.24
---	------

# illustrations

Caroline BARTAL .....	Couverture, pp. 8 et 14
-----------------------	-------------------------

# abonnement

Je m'abonne pour 6 n° (1an ½) et bénéficie de l'offre de 1 n° gratuit du n°1 au n°88/89\* ainsi qu'un marque-pages spécial 20 ans

**Tarifs** :  normal 24,00 €  réduit \*\* 18,00 €

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal/Ville/Pays .....

Téléphone / e-mail .....

**chèque libellé à l'ordre de**

**l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2**

Canal Psy - Institut de Psychologie - Université Lumière Lyon 2  
5, avenue Pierre MENDÈS FRANCE - 69676 Bron Cedex

\* hors numéros épuisés, à consulter sur :

[psycho.univ-lyon2.fr/rubrique-81-Canal-Psy.html](http://psycho.univ-lyon2.fr/rubrique-81-Canal-Psy.html)

\*\* étudiants, chômeurs, RMI, RSA, minimum vieillesse, ...

sur présentation d'un justificatif



# canal psy

**Directeur de la publication** : Jean-Luc MAYAUD

Président de l'Université,  
Jean-Luc.Mayaud@univ-lyon2.fr

**Directeur délégué** : Georges GAILLARD

Georges.Gaillard@univ-lyon2.fr

**Enseignant responsable** : Jean-Marc TALPIN

Jean-Marc.Talpin@univ-lyon2.fr

**Rédacteur en chef** : Frédéric GUINARD

Frederik.Guinard@univ-lyon2.fr

**Rédactrice invitée**: Nathalie DUMET

Nathalie.Dumet@univ-lyon2.fr

**Responsable d'édition et conception graphique**

Marc-Antoine BURIEZ

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

**Service Abonnements**

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Canal Psy

Département FSP - Institut de Psychologie  
Université Lumière Lyon 2

5, av. Pierre MENDÈS FRANCE - 69676 Bron Cedex  
Tél. 04 78 77 24 76 - <http://psycho.univ-lyon2.fr>

Journal publié par l'Institut de Psychologie,  
Département FSP

Imprimé par l'imprimerie IDMM (69410)

Commission paritaire n° 1117 B 07996

ISSN 1253-9392

# Corps et pratiques cliniques

**Le corps comme objet d'étude pour la science dite du psychisme :  
quelle curieuse idée !**

## Corps et psyché dans la pensée clinique psychanalytique

Nathalie Dumet

« Corps réel, corps imaginaire » (M. SAMI-ALI, 1977), « Théâtres du corps » (J. McDOUGALL, 1989), « Du corps à la pensée » (B. GOLSE, 1989), « Les passions du corps » (G. PIRLOT, 1998), « Le corps, d'abord » (C. DEJOURS, 2001), « Psychopathologie de l'expérience du corps » (R. DEBRAY, C. DEJOURS, P. FÉDIDA, 2002), « Corps, acte et symbolisation » (B. CHOUVIER et coll., 2008), « Corps, psyché, langage » (M. BOUBLI, 2009), « Corps en famille » (P. CUYNET, A. MARIAGE, 2010), « Langage et mémoire du corps en psychanalyse » (J.-J. BARANES, 2012), « Le corps de psyché » (C. CHABERT et al., 2013), « Corps et psyché en psychanalyse » (E. ALLOUCH, 2015), « Du contre-transfert corporel » (C. POTEL, 2015), ...

Ce ne sont là que simples échantillons d'ouvrages parus sur la thématique du corps dans le champ psychopathologique psychanalytique au cours des trente/quarante dernières années et cette dernière décennie de manière encore plus significative qu'auparavant. Cette abondante production<sup>1</sup> révèle l'advenue d'une véritable révolution - de type copernicienne - dans le corpus psychanalytique, révolution au service de la reconnaissance, pour ne pas dire réhabilitation, du corps dans ses différentes dimensions, en l'occurrence dans ses dimensions de réalité et modalités d'expression plurielles. En effet, si les concepts d'*image inconsciente du corps*, de *corps imaginaire* et *libidinal* ou même de *corps érogène* avaient déjà leur place en psychanalyse, dès le début de l'histoire de celle-ci (en raison de l'hystérique et de son fameux trouble de conversion, véritable saut du conflit intrapsychique dans l'espace somatique), en revanche le corps dans son indice de réalité perceptive ou de matérialité (le corps réel, la sensori-mo-

tricité), mais également dans ses multiples pouvoirs d'expression, d'intentionnalité subjective (voire de symbolisation...) était jusqu'alors resté impensé sinon perçu comme radicalement étranger à la psychanalyse. Rien de très surprenant, en somme, puisque pour la discipline psychologie elle-même, le corps constitue un « objet paradoxal » (G. BROYER, 1987).

Le corps comme objet d'étude pour la science dite du psychisme : quelle curieuse idée ! Pas étonnant alors qu'il en soit de même pour la psychanalyse dont la fondation et l'épistémologie reposent sur une rupture radicale d'avec la médecine. Cette éradication sinon même cette aversion pour le corps dans son indice de réalité étaient donc sans nul doute inévitable ou plutôt un passage inévitable de/dans l'histoire de la psychanalyse, pour laquelle seul comptait alors à l'origine le corps parlé, le corps saisi à travers les mailles de la parole, en somme, le « corps psychique ». Le soma, et plus encore les patients porteurs d'affections somatiques, la psychanalyse n'en eut cure<sup>2</sup>, et ce pendant un certain temps. Malgré (ou bien alors avec...) les travaux pionniers, notamment, des premiers psychanalystes psychosomatiques en France, force fut progressivement de reconnaître, d'une part, que le sujet, l'analysant *a fortiori*, n'était « pas que pure structure psychologique » (J. McDOUGALL, 1978) et, d'autre part, que le psychologue clinicien et l'analyste eux-mêmes avaient un corps, éprouvant bien réel, lequel pouvait même aller jusqu'à se manifester en séance. Or loin d'être un obstacle à la pensée, ces expressions corporo-somatiques (du patient comme du praticien de la psyché) peuvent constituer d'authentiques maillons associatifs et même de véritables leviers dans le processus psychothérapeutique ou analytique (M. JUNG-ROZENFARB, 2002, N. DUMET, 2004, 2013).

<sup>1</sup> Nous n'avons nous-mêmes pas échappé à cette tendance, en co-dirigeant avec G. BROYER, les ouvrages suivants : « Cliniques du corps » (Lyon, PUL, 2002), « Avoir ou être un corps » (Lyon-Limonest, L'interdisciplinaire, 2002).

<sup>2</sup> Hormis G. GRODDECK, précurseur en la matière. (1916-17)

Avant de s'aventurer plus avant dans cette pensée du corps dans le champ de la clinique et de la psychopathologie psychanalytiques contemporaines, arrêtons-nous quelques instants sur ce revirement, pour ne pas dire renversement observé au sein de la théorie psychanalytique : de son éradication première à l'aversion voire au mépris, ayant justement conduit à son délaissement sinon à son oubli (déli ou refoulement, le lecteur choisira...) pendant de nombreuses années, on est aujourd'hui parvenu à une tendance inverse, une prolifération impressionnante de travaux sur ce sujet. Reconnaissons, avec le psychanalyste A. AMSELLEK (2010, p.113) qu'« une mode s'est mise à fleurir depuis quelques décennies dans tous les milieux psychanalytiques, celle de parler du corps. Dans toutes les sociétés (analytiques), on ne compte plus les séminaires sur le corps, les groupes de travail sur le corps, les colloques sur le corps... », s'ajoutant ou alimentant les nombreuses parutions signalées précédemment. Est-ce donc simple effet de mode, engouement passager ? Juste retour du refoulé sinon retour du forclos par la voie de la réalité extérieure, ici sociale ? Sans doute ce revirement - du rien, on est passé à l'excès, position contemporaine tout aussi extrême que celle existant auparavant - traduit-il, à bien des égards, l'effet d'inquiétante étrangeté que suscite toujours et depuis la nuit des temps (voire à jamais... ?), pour l'homme ordinaire comme pour le spécialiste, le praticien, l'universitaire..., le corps ou plutôt l'énigme des liens psyché-soma : énigme demeurant attractive, fascinante tout autant que déroutante sinon même angoissante<sup>3</sup>. Face à celle-ci, quoi de mieux alors que le travail de la pensée ? Contre le vide ou l'angoisse, la recherche voire la productivité scientifique constituent assurément de précieuses défenses. Mais au-delà de cette primo-analyse de type métaphysique, reconnaissons aussi et surtout combien cet intérêt pour le corps est source de fécondité pour la *praxis* clinique d'orientation psychanalytique. En effet, cet intérêt renouvelé et positiviste à l'endroit des réalités corporo-somatiques polymorphes de l'individu, trouve sa plus grande raison d'être au regard des cliniques contemporaines, au regard des modalités de souffrance psychique et psychopathologique, lesquelles, loin des registres classiques ou plus habituels de la névrose et/ou de la psychose, font aujourd'hui la part belle aux expressions et troubles corporels, comportementaux, somatiques, aux agirs, chez l'individu singulier comme au sein des relations intersubjectives. Les formes de la psychopathologie ont évolué à l'instar des environnements et contextes intersubjectifs dans lesquels elles sont observées, repérées, ainsi que de grands spécialistes de la psychopathologie l'ont mis en évidence (E. MINKOWSKI ; D. WIDLÖCHER ; J. MÉNÉCHAL ; S. IONESCU, etc.).

Détresses, angoisses et souffrances contemporaines ont ainsi trouvé expressions selon d'autres voies que la modalité psychique au sens strict du terme, elles ont trouvé terrain d'élection ailleurs que dans la seule sphère mentale : ainsi, les théâtres du corps avec, pour ne citer que quelques exemples, les psychopathologies alimentaires, les addictions, les scarifications, l'hyperactivité motrice, ou bien encore le terrain du socius, avec l'exacerbation des

<sup>3</sup> Même si les neurosciences d'aujourd'hui contribuent activement à renouveler et enrichir le débat.

agirs violents, destructeurs sur le psychosoma de l'autre. Ces cliniques contemporaines, dans lesquelles les sujets sont éprouvés au plus vif de leur chair - et cliniques qui corrélativement sont aussi éprouvantes pour le psychosoma des soignants - expliquent l'exigence accrue de penser la place et le rôle du/des corps, tant dans l'expression des souffrances subjectives (individuelles, relationnelles) que dans les modalités psychothérapeutiques elles-mêmes.

En effet, quand la construction psychique individuelle a été, dès l'aube de la vie et du développement, placée sous les auspices de l'excitation, du chaos, du manque de contenance..., quand le traumatisme, à tout âge de l'existence, sidère la pensée et la parole, quand même les mécanismes psychiques coupent radicalement le sujet de sa subjectivité pour le protéger de la douleur et de la détresse (autant affective que physique), alors bien souvent ne restent à l'individu que le corps et le comportement pour tenter d'extérioriser, circonscrire et traiter ces vécus douloureux, extrêmes, pour tenter de mettre en forme l'impensable et l'indicible.

Comme on le voit, les souffrances subjectives contemporaines requièrent des psychologues cliniciens des aménagements de leurs techniques psychothérapeutiques, voire des innovations dans les dispositifs de soin, de soin psychique ; et force est alors de constater que ceux-ci font de plus en plus appel aux médiations à substrat corporel et/ou médiations mobilisant, comme certain-e-s préfèrent dire, la sensori-motricité dans le travail psychothérapeutique psychanalytique. Pour favoriser le travail psychique, « ça » passe - d'abord sinon aussi - par le corps, l'éprouvé perceptif, le contact sensoriel avec l'objet.

À la nécessité pour le clinicien d'ajuster sa pratique aux singularités de la clinique rencontrée et de ses formes inédites, s'ajoute, se corrèle donc celle de se doter d'outils de pensée, d'hypothèses et d'appareillages conceptuels pour justement tenter d'approcher - être au contact (à lire dans le double sens du terme) - des modalités subjectives singulières du sujet souffrant rencontré. Tel est ce dont rendent justement compte les contributions des quatre psychologues qui suivent.

Nathalie SABATIÉ, tout d'abord, dans « Le bain de Balazs » décrit avec sensibilité l'engagement sinon le portage psychique qui accompagnent, jouxtent le soin corporel dispensé par la nurse au jeune enfant carencé - ici Balazs - dans le cadre d'une pouponnière (à Budapest) fonctionnant selon les principes maintenant bien connus de la pédiatre E. PIKLER ; et l'auteure de montrer comment « la qualité du lien est d'une finesse tactile avant même que les mots ne viennent à l'esprit ».

La contribution suivante de Laure FAVIER à partir d'une clinique de l'adulte toxicomane montre à son tour comment la part infantile du patient, ici Jules, fait surface sur le corps de celui-ci, à travers ses postures, gestes et douleurs physiques actuelles et surtout exprimées dans l'ici et maintenant de l'entretien. Rester aveugle face à ces expressions corporelles, mais qui n'en sont pas moins traces parlantes de la subjectivité du patient reviendrait à être sourd dans le travail d'écoute psychologique. Avec cette auteure, se trouve confirmée l'idée selon laquelle « le psychologue est

convoqué en tant qu'appareil psychique, mais aussi en tant que sujet d'un corps pris dans la rencontre avec l'autre ».

Le troisième texte, de Raphaël MINJARD, est étayé sur une pratique de consultations psychologiques en milieu hospitalier face à des patients dits douloureux chroniques, chez lesquels la réalité – et plainte – somatique est au premier plan. L'auteur montre comment le psychologue se trouve, de ses termes, « coincé », contraint - et j'ajouterais, endolori - dans certains dispositifs institutionnels de soin d'aujourd'hui – ici les consultations pluridisciplinaires en douleur, répondant aux « plans douleur » des politiques nationales de santé publique. « Notre travail de psychologue et de soignants dans ces consultations, écrit l'auteur, n'est donc pas de proposer l'impossible, mais de travailler avec nos impossibles pour accompagner les patients et découvrir avec eux des possibles encore impensés ». En somme, afin de pouvoir demeurer vivant, éprouvant et pensant face à cette massive clinique du somatique, dans un environnement lui-même peu propice au travail de la pensée, le psychologue se doit-il de pouvoir mobiliser jeu et liberté de mouvements, psychiques autant que corporels, dans le corps de la séance avec le patient, quel qu'il soit.

Enfin, le dernier article pourrait de prime abord sembler contingent au regard de la thématique traitée dans ce présent numéro, puisque centré sur la déficience cognitive – sauf à considérer celle-ci dans son substratum neurologique. Or la clinique de la jeune patiente Arielle, restituée par Olivier MANIEZ, est d'abord une clinique du corps à corps, les conduites d'auto-agrippement de cette patiente

pré-adolescente, son hypertonie (en certains moments précis), révèlent les processus d'adhésivité à la psyché de l'autre et à l'identité de perception. La contribution de l'auteur est intéressante à plus d'un titre : d'abord elle inscrit la cognition et ses troubles dans une approche véritablement métapsychologique ; ensuite elle permet de confirmer, dans cette clinique de la déficience mentale, dite ici cognitive, le rôle clef de la défense motrice dans l'équilibre subjectif. Certes, et comme le reconnaît l'auteur, cette défense « manifeste donc l'absence ou la faiblesse de l'écran psychique à même de pouvoir refléter sa propre activité et la fragilité de l'image du corps » chez le sujet ; mais corrélativement – et comme une approche psychodynamique (et pas seulement économique) de la clinique somatique a permis de le mettre en évidence de son côté – le recours au corps/au comportement, certes parfois peu ou prou corrélatif du déficit psychique (P. MARTY, 1991) existant chez l'individu, confère au sujet consistance – au sens le plus littéral du terme – sinon même existence. Ici l'auto-agrippement confère stabilité à Arielle ; le contact avec l'objet permet le contact avec le moi propre (têtu, peu différencié). Nouvel exemple, s'il en était besoin, que le corps tout comme la pensée de l'objet (ici l'objet de transfert, le clinicien), en un mot : son psychosoma, est pilier fondamental de l'organisation comme de la restauration subjectives.

Nathalie DUMET,

Professeure de Psychopathologie clinique du somatique,  
Université Lyon 2, Institut de Psychologie, CRPPC

## Bibliographie

- ALLOUCH E. *Corps et psyché en psychanalyse*, Paris, Dunod, 2015.
- AMSELLEK A. *Le livre rouge de la psychanalyse*, Paris, Desclée de Brouwer, 2010.
- BARANES J.-J. *Langage et mémoire du corps en psychanalyse*, Toulouse, Erès, 2012.
- BOUBLI M. *Corps, psyché, langage*, Paris, Dunod, 2009.
- BROYER G. *Devenir du corps et représentation de soi. Réflexions à partir de la Plasticité corporelle entre corps et organisme : l'Espace du Sens*, Thèse de Doctorat d'État, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 1987.
- CHABERT C. et al., *Le corps de psyché*, Paris, PUF, 2013.
- CHOUVIER B. et coll., *Corps, acte et symbolisation*, Paris, Dunod, 2008.
- CUYNET P., Mariage A. *Corps en famille*, Paris, InPress, 2010.
- DEBRAY R., Dejours C., Fédida P. *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, 2002.
- DEJOURS C. *Le corps, d'abord*, Paris, Payot, 2001.
- DUMET N., BROYER G. *Cliniques du corps*, Lyon, PUL, 2002.
- DUMET N., BROYER G. (sous dir. de) *Avoir ou être un corps*, Lyon-Limonest, L'Interdisciplinaire, 2002.
- DUMET N., « Le corps du thérapeute, lieu d'actualisation transféro-contre-transférentielle », *Filigrane*, 2004, 13, 2, 81-95.
- DUMET N., « L'expression somatique en séance, maillon associatif propice à la pensée », *Champ psychosomatique*, 2013, 63, 27-39.
- GOLSE B. *Du corps à la pensée*, Paris, PUF, 1989.
- GRODDECK G., *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades, Tome I (1916-1917)*, Paris, Collection 10/18, 1978.
- IONESCU S. *14 approches de la psychopathologie*, Paris, A. Colin, 2005, 3<sup>ème</sup> édition.
- MACDOUGALL J. *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris, Gallimard, 1978.
- MACDOUGALL J. *Théâtres du corps*, Paris, Gallimard, 1989.
- MARTY P. *Mentalisation et psychosomatique*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1991.
- MINKOWSKI J. *Traité de Psychopathologie*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.
- MÉNÉCHAL J. *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Dunod, 1997.
- POTEL C. *Du contre-transfert corporel*, Toulouse, Erès, 2015.
- PIRLOT G. *Les passions du corps*, Paris, PUF, 1998.
- ROZENFARB M., « Un, deux... on plonge ! », *Revue Française de Psychosomatique*, 2002, 21, 103-118.
- SAMI-ALI M. *Corps réel, corps imaginaire*, Paris, Gallimard, 1977.
- WIDLÖCHER D. (sous dir. de) *Traité de Psychopathologie*, Paris, PUF, 1994.



# Le bain de Balazs, de retour à Loczy

Nathalie Sabatié

**D**ans la continuité de l'article paru dans la revue *Canalpsy* n°84 de juin-juillet 2008 (Rythme et continuité dans le développement du jeune enfant), je me propose de présenter une observation d'un bain d'un petit garçon de 4 ans, Balazs, atteint de divers troubles du développement.

Le contexte est celui de la pouponnière de Loczy à Budapest, dont les principes de fonctionnement sont largement décrits dans l'article précédemment cité. Comme dans toutes les pouponnières les enfants sont accueillis à temps plein suite à un placement qui les sépare de leur environnement familial pour une durée variable selon la situation. Ils vivent donc de lourdes angoisses de séparation, et nécessitent un important travail de contenance de leurs émois potentiellement déstructurant à ce jeune âge.

Nous pouvons rappeler quelques points essentiels des fondamentaux Piklériens qui régissent les prises en charge au sein de l'Institut depuis sa création en 1946, développés par la pédiatre Emmi PIKLER, tel le respect de l'activité libre autonome des jeunes enfants, en lien avec la qualité des échanges construits avec les nurses, principalement lors des temps de soins : qualité du toucher, de la verbalisation, de l'adaptation au rythme de l'enfant tout en favorisant sa participation active aux soins.

Ces deux concepts sont étroitement liés : de la qualité de la relation et des échanges nourris entre les nurses et les enfants, va dépendre celle de l'activité libre autonome et des capacités de jeux intégratives des expériences relationnelles des jeunes enfants, déployées dans ce cadre. Après avoir été intensément nourris relationnellement au cours des soins, les enfants sont laissés entièrement libres dans leur activité, sous le regard constant et bienveillant des adultes, au sein d'un environnement minutieusement préparé en lien avec leur niveau de développement.

Les enfants développent une motricité spécifiquement harmonieuse dans ces conditions, et entretiennent entre eux le même type de rapport que les adultes avec eux même : ils se touchent respectueusement et l'observateur est saisi par cette atmosphère calme et bienveillante qui régit les lieux.

Cependant, après avoir donné à l'Institut le titre « d'Institut National de Méthodologie des Maisons d'Enfants de 0 à 3 ans en Hongrie », le Gouvernement hongrois oriente l'accueil des enfants placés dans le cadre des familles d'accueil et la pouponnière se voit contrainte de fermer.

Elle se propose de développer un accueil en crèche, ce qui modifie plusieurs paramètres dans les conditions du cadre des prises en charge : peu de bébés sont accueillis, car le système des congés parentaux en Hongrie favorise la possibilité pour les mères de garder leur enfant jusqu'à 3 ans, et le travail inclut maintenant la présence quotidienne des parents, avec les séparations du matin et les retrouvailles du soir.

L'essentiel de l'éducation est donc dispensé par les parents au quotidien, et les nurses n'interviennent plus de

façon centrale et permanente comme elles le faisaient du temps de la pouponnière, avec des placements qui pouvaient durer jusqu'à trois ans.

Parallèlement à cette ouverture, l'Institut renoue avec les racines du travail d'Emmi PIKLER au sein des familles dans les années 30, en ouvrant plusieurs lieux d'accueil enfant parents appelés les « espaces jeu ».

Dans ce cadre d'accueil et d'accompagnement, les parents sont amenés à observer leur enfant au sein d'un espace aménagé avec des jeux favorisant tant la grande motricité que la motricité fine.

La consigne est de ne pas intervenir dans le jeu de l'enfant et de se placer dans l'espace de façon à constituer un repère tranquilisant pour celui-ci. Les accueillants accompagnent le regard des parents, en échangeant avec eux, et l'activité motrice des enfants en se plaçant à proximité de ces derniers. Ils soutiennent verbalement leur activité lorsque cela est nécessaire, n'intervenant qu'en cas de danger avéré de chute des éléments moteurs mis à disposition au centre de l'espace.

L'ouverture des espaces jeu et de la crèche à temps plein date de 2011. La pouponnière aura déployé ses soins durant 65 ans. 65 années d'une expérience riche de recherche et d'approfondissement, expérience décrite par Myriam DAVID lors d'une interview en 1994, comme celle « d'un magnifique laboratoire de la façon dont un enfant se construit. Laboratoire sous-tendu par des attitudes de base profondément humaines où l'on impose aux nurses un travail remarquable et difficile. Elles se doivent d'être constamment penchées sur les besoins des bébés en limitant les mouvements projectifs, tout en favorisant l'empathie, et tout en y mettant du sentiment. »

Le résultat extrêmement gratifiant de ce travail quotidien nourrit la motivation profonde des nurses qui construisent, au sein d'un environnement extrêmement fiable, des adultes qui se révèlent résilients et en bonne santé pour la quasi-totalité d'entre eux.

Le dernier film de Bernard MARTINO tout récemment paru, « Loczy une École de civilisation », expose tous ces changements et de quelle façon les nurses sont amenées à transposer tout leur savoir au sein de ce nouveau cadre de la crèche.

Le temps du bain du Balazs qui va être exposé correspond à une observation réalisée au moment où la pouponnière de Loczy était en cours de fermeture et la crèche en cours d'ouverture. Cet enfant observé 3 ans plus tôt lors d'un précédent stage faisait partie du petit groupe qui reste encore à la charge de l'Institut dans ce cadre-là en 2009.

C'est donc à cette époque de mouvance et de travail de réinterrogation des origines pour avancer constructivement dans l'effervescence des projets nouveaux, que s'inscrit cette deuxième observation de Balazs, 3 ans après la première.

Pour présenter Balazs, je reprendrai donc les éléments inscrits dans son dossier médical à son arrivée :

Balazs est né lors de la 24-25<sup>ème</sup> semaine de l'âge gestationnel, pesant 670 grammes. Il a été placé en soins intensifs pour : immaturité des poumons, insuffisance respiratoire grave, hémorragie intra-ventriculaire, septicémie et ictère. Une ventilation artificielle a été poursuivie pendant 18 jours, ainsi qu'une oxygénothérapie jusqu'à l'âge de 3 mois. Par la suite ont été observées une fibroplastie rétro-lentale et une insuffisance auditive bilatérale, ainsi qu'un retard somatique et mental grave. L'examen BERA (Brain Evoked Response Audiometrie) révélera un trouble auditif et non une surdité totale. Balazs a reçu un appareil à l'âge de 10 mois. Son seuil de perception auditive était de 50-60 dB.

Au cours de ce deuxième séjour, j'ai été fort intéressée de pouvoir mesurer quel développement avait été possible pour cet enfant présentant, à son arrivée, divers retard de développement, ainsi qu'un double handicap : celui de la vision et celui de l'audition, ce dernier lui valant un appareillage à chaque oreille. Ces deux difficultés spécifiques étaient alors en risque de limiter, *a priori*, considérablement, les possibilités d'échange avec les nurses.

Il semblerait qu'une amélioration de ses troubles ait pu se construire, sachant que la problématique auditive ne nécessite plus, au moment de cette observation, l'appareillage des premiers temps. Ce changement important, cohabite alors avec des retards de développement qui nécessitent encore à cette époque, des soins d'hydrothérapie, de kinésithérapie ainsi qu'un suivi de la pédagogie.

#### Le bain de Balazs :

À mon arrivée dans la salle de bain, Balazs est étendu sur le dos sur la table à langer. La nurse est penchée sur lui, lui parle doucement et Balazs répond en souriant et en émettant des vocalises. Avec des gestes doux et assurés, la nurse lui ôte son pantalon. Balazs attrape ses jambes, les relâche, soulève le bassin pour participer au déshabillage. Pour cela il pousse sur ses jambes, bien campées sur le tapis, afin d'y parvenir. Durant cette manœuvre il « parle » fort, s'enroule et se détend, rattrape ses jambes et forme un arc avec son dos qu'il place en « épistotonos ». Puis il se détend à nouveau sur le dos, essaie d'enlever sa couche, se frotte le ventre. La nurse le soulève et le prend dans ses bras, au creux desquels il se love comme en position fœtale. Balazs est très calme durant la pesée. Puis la nurse le replace sur la table de change et lui lave le visage, les cheveux. Balazs remue comme un nourrisson les bras et les jambes avec gaîté, libre de ses mouvements et en recherche de quelque rythme. Il est maintenant très détendu avec le gan qui parcourt son corps. À la fin du lavage, la nurse le porte dans le bain.

De même dans le bain, assis et tête penchée, la nurse le soutenant par le torse, il se détend de plus en plus, jusqu'à avoir le nez qui effleure la surface de l'eau. Il barbote, s'arrête, reprend tandis que la nurse lui asperge doucement le dos de son autre main. Dans cette rythmique qui s'installe entre leurs mains, l'une, celle de la nurse, qui arrose, l'autre, celle de l'enfant, qui barbote, Balazs semble prendre grand plaisir, en exerçant une maîtrise de ses mouvements en appui sur ceux de la nurse. Puis, petit à petit, il s'amuse à augmenter la cadence et la puissance du geste jusqu'à produire de gros bouillons. Il est clair qu'il se délecte des mouvements de l'eau que sa main produit, mais aussi du bruit de clapotis de plus en plus puissants. La nurse se penche plus vers lui, et lui parle tout près de son oreille à cause du bruit

de l'eau, le caresse en l'arrosant. Balazs répond encore plus fort, frappe de plus belle la surface de l'eau. Nous sommes maintenant dans une piscine et l'eau arrive jusque sur mon cahier. La nurse sent subtilement que le plaisir du jeu est en train de se muer en excitation, et décide de mettre un terme au bain. Balazs pleure en sortant de l'eau, et la nurse l'enroule dans un lange, ce qui l'apaise tandis qu'il replie ses jambes. Il semble d'ailleurs retrouver avec la nurse le contact que l'excitation lui avait fait perdre : il relève la tête et lui répond par divers babillages. Il semble avoir froid et la nurse le recouvre tout en lui mettant sa couche-culotte et son pantalon. Balazs est maintenant très détendu à nouveau, et se met à vocaliser avec la nurse, produit encore un épistotonos, puis remue bras et jambes.

Balazs participe à tout l'habillage à sa façon, soulève encore fortement ses fesses, puis se retrouve très calme en fin de rhabillage, participe à la mise des chaussons. La nurse lui fait sentir le peigne en le posant contre sa joue, avant de le peigner, et Balazs se relève, puis se laisse entièrement aller dans ses bras lorsqu'elle le prend, et l'on sent que ses jambes retombent lourdement. La nurse se dirige dans la salle de jeu, où elle le pose délicatement au sol en lui mettant à disposition quelques petits hochets de part et d'autre, lui faisant entendre une petite clochette de l'un d'entre eux en le secouant au bord de son oreille. À son départ, Balazs, de la position dorsale, passe à celle de côté, jette assez vivement le hochet qu'il avait en main, recroqueville les jambes et se saisit d'un autre hochet à grelot en le balançant doucement par des mouvements de poignet. Il jouera ainsi longtemps et je me poserai au bout d'un moment la question de savoir si ce mouvement ne prend pas des allures de stéréotypie au bout d'un certain temps.

Cette observation fut pour moi l'occasion de « retrouver » d'une certaine manière. J'avais en tête très précisément le souvenir de cet enfant que j'avais pu observer durant un bain avec sa nurse, tandis qu'il venait d'arriver tout récemment à la pouponnière.

Ce bébé alors très étrange présentait, en sus d'une petite taille et d'un petit poids, ces caractéristiques de malvoyance et d'insuffisance auditive. À l'époque ce bébé « difficile » mettait sa nurse en difficulté pour s'adapter à ses besoins et son rythme, du fait qu'il n'avait justement aucun rythme, si ce n'étaient ces renversements incessants en épistotonos qui rendaient chaque geste périlleux.

Le bain d'alors avait nécessité le soutien de la pédiatre que la nurse, sentant ses limites, avait appelée. Ce qui d'ailleurs m'avait permis de mesurer à quel point le soutien de la nurse avait soutenu le maintien du lien avec l'enfant dans des moments très éprouvants, à la mesure de la détresse de ce dernier.

Le relais de la pédiatre à cette occasion, avait permis à la nurse comme à l'enfant de se détendre et de briser ce qui serait sans doute devenu une spirale interactive persécutrice, et ceci malgré le temps court de son intervention. J'avais alors été impressionnée par la justesse du moment de début et de fin d'intervention, quand et jusqu'où intervenir pour que ce tiers n'apparaissent pas comme substitutif, mais comme tiers réunificateur, non jugeant, non blessant, subtilement coéquipier...

Je retrouve donc à cette occasion un Balazs toujours assez impressionnant dans son aspect physique, et dans ce qui subsiste en lui à 3 ans, d'une allure physique et d'attitudes de nourrisson. Je ne peux m'empêcher de repenser

au rejet parental dont il a fait l'objet, visible au travers de ses fermetures « épistotonées » si je puis dire. Mon sentiment à ce jour est que ses blessures sont particulièrement profondes, et se sont stigmatisées dans son corps, au-delà de ce que tout soin, aussi extraordinaire soit-il, n'aurait sans doute jamais pu changer.

Mais cet enfant est aujourd'hui très contrasté, c'est-à-dire qu'il a atteint un développement qu'il n'aurait à mon sens jamais pu réaliser sans cette science, cette patience et cette rigueur que nous connaissons bien. Là où se succédaient épistotonos sur épistotonos, apparaissent des qualités de mises en lien si savamment soulevées, entretenues par la patience, la douceur, la persévérance de la nurse qui semblent sans limites. Et cela fait 3 ans que ça dure...

Cet enfant se donne à la nurse, se trouve dans sa main en s'y abandonnant, suit son rythme de paroles, mais aussi de gestes, peut dans le bain reproduire celui de la main dans son dos qui l'arrose, avec la sienne devant lui qui fait des clapotis dans l'eau. Puis la douleur de Balazs le reprend avec sa propre excitation qui s'empare de lui, le submerge, le relie sans doute à un passé de mauvais soins où il se perd momentanément, et auquel il continue d'appartenir.

La disponibilité de la nurse, tout comme celle de sa collègue et de la pédiatre il y a 3 ans, fait qu'elle le ressent dans la minute, avant même que moi je ne m'en aperçoive de ma place d'observateur. Ce qui me fait penser que la qualité du lien est d'une finesse tactile avant même que les mots ne viennent à l'esprit.

Mais elle ne se contente pas de sentir, elle répond sans délai tout en gardant la lenteur et la douceur des gestes : elle limite cette excitation, la stoppe, et propose en échange des retrouvailles du lien dont Balazs se saisit. Ainsi, les pleurs de Balazs au sortir du bain sont plus de délivrance à mes yeux d'observateur, que de perte de l'élément eau comme on peut le percevoir pour d'autres enfants. Autre fait saisissant : la nurse résiste à cette agressivité qui déborde Balazs, supporte de laisser les clapotis devenir bouillons et changer la salle de bains en piscine. Elle est largement trempée, de l'eau asperge mon cahier, et ce débordement de l'eau s'exerce un certain temps, celui qui précède la survenue de l'excitation.

Balazs a donc pu exercer son autonomie, sa manière bien à lui de faire des découvertes et des explorations sans que la rétorsion ne vienne mettre fin à cet immense besoin de tolérance pour pouvoir accéder à une intériorisation des qualités à la fois de malléabilité et de résistance de la nurse.

Un autre point au niveau de cet accompagnement tactile est ici à souligner : la nurse prend soin de toucher l'enfant pour le guider, lui proposer le gant de toilette ou les hochets en s'appuyant soit sur ce contact de la peau, soit sur le support de l'ouïe. Ouïe qui s'est révélée d'ailleurs n'être pas si mal en point que cela. En cet endroit précis du handicap, Balazs reste malvoyant, mais peut entendre et réagir en réponse aux stimulations auditives de la nurse durant les soins.

Je ne puis m'empêcher d'y voir deux aspects de son positionnement actuel : une main qui se referme sur le passé d'une parentalité clôturante avec sa malvoyance, une main ouverte sur son présent en lien avec une parentalité liante, contenant et structurante avec le rétablissement de l'audition là où cela semblait figé. Le même mouvement apparaît lors des jeux après le bain : Balazs jette le hochet, en prend un autre de ceux proposés muni de grelots qu'il

balance doucement dans de petits mouvements de poignets : il écoute la musique de la présence, s'en berce en se mettant sur le côté. Impossible de dire si cette répétition devient mécanique, ou si au contraire elle tente d'intégrer ce balancier du berçage. Cette indécision me semble empreinte de cette perte de la radicalité des troubles relationnels de Balazs, et sans doute mériterait plus d'observations détaillées pour en affiner le sens.

Ainsi émerge une certaine contradiction apparente entre divers phénomènes, qui inquiète beaucoup l'Institution. Au travers de cette inquiétude, on peut sentir à la fois la bienveillance, mais aussi l'auto-exigence des résultats, ainsi qu'une certaine déception, voire un regret évident à ne pouvoir protéger l'enfant sans limites.

Ainsi, la nurse privilégiée de Balazs est partie, une jeune femme la remplace, là où bien sûr chacun aurait souhaité une stabilité sans failles. Le tour de force Institutionnel si je puis dire, me semble résider dans le fait que je puisse néanmoins observer cet enfant au même titre que d'autres pour lesquels ces moments de soin sont éclatants de bonheur, et montrent la portée impressionnante de ce que cette qualité de soins peut atteindre sur la base de terreaux infantiles moins abîmés, moins stigmatisés que celui de Balazs.

Le résultat est que l'Institution est inquiète, sans doute un peu blessée aussi, mais supporte mon regard, ne se détourne pas non plus de cet enfant qui continue à être accompagné par les soins et la réflexion. Et là, il me semble sentir la force particulière de Loczy qui tient toujours son cadre d'observation et d'accompagnement comme une colonne vertébrale solide, malgré les éléments de déstabilisation de l'Institut en pleine mouvance et plein deuil d'un passé florissant, et qui pourraient à eux seuls faire que les adultes se replient sur leur monde et leurs préoccupations sur l'avenir et le devenir de l'Institut lui-même.

Dans ce cadre bien traitant, Balazs cherche et trouve une contenance par des soins qui nourrissent un intérieur chaotique, cherche et trouve une limitation dedans dehors au travers de ce lien qui structure les émois psycho-moteurs. Cela se mesure dans ce rythme qu'il développe enfin, même s'il est parfois entrecoupé de temps d'arrêt qui marquent des hésitations.

Sans doute, une institution capable de continuer à accompagner tout en acceptant un tant soit peu ses limites laisse finalement une liberté d'être qui inspire le respect.

Nathalie SABATIÉ  
Psychologue Clinicienne

## Bibliographie Loczy :

Association Pikler Loczy de France ([www.pikler.fr](http://www.pikler.fr)):

Fascicule n°49: Anna TARDOS « La main de la nurse », Rapports-publications-documents XXVIII, Institut National de Méthodologie Emmi PIKLER des Foyers d'Enfants du Premier Age, Loczy Budapest, 1991  
Fascicule n°54: Anna TARDOS et Myriam DAVID « De la valeur de l'activité libre du bébé dans « L'élaboration du self », résultats et discussion de quelques recherches de l'Institut Emmi PIKLER, Budapest, Hongrie, 1991, publié in revue Devenir, vol.3, n°4, 1991

Fascicule n° 78: Maria VINCZE « L'auxiliaire de référence en pouponnière », Guide Méthodologique pour les pouponnières Hongroises, Institut National de Méthodologie Emmi PIKLER des Foyers d'Enfants du Premier Age, Loczy Budapest, 1991

# Quand le corps parle...

## vers une rencontre de Jules dans le moment présent

Laure Favier

\* Avec l'autorisation de l'auteur, ce texte est issu des actes de la journée du M2 Pro de Psychopathologie et Psychologie clinique du 7 Janvier 2012, il fait partie du Hors-Série n°5 de Canal Psy Corps Engagés, Corps Langagiers.

**L**e corps devient un interlocuteur privilégié pour entendre en expressivité, posture, gestuelle, comportement, mouvement, ce qui ne peut pas être dit en mots.

Je vais illustrer mon propos en vous parlant de Jules, patient toxicomane de 43 ans et suivi en traitement Méthadone dans le Centre d'Addictologie<sup>1</sup> où j'interviens en tant que psychologue clinicienne.

Il s'agit ici d'ouvrir une réflexion sur deux axes, comme voie d'accès thérapeutique dans la compréhension de la clinique du toxicomane : d'une part, là où pour le toxicomane, le passé est difficilement accessible, nommable, représentable, le corps donne des indices sur l'histoire infantile du patient. C'est en ce sens que le corps va devenir un interlocuteur privilégié pour entendre le monde interne du toxicomane. D'autre part, être attentif au corps, c'est s'approcher de la vie émotionnelle. Le psychologue est ici convoqué dans sa capacité d'attention, de présence vivante psychiquement et corporellement.

*Revenons à Jules.*

Jules en séance ne parle pas de lui, de son histoire. Il ne se raconte pas dans une temporalité linéaire, construite autour d'une histoire passée, histoire du bébé, de l'enfant, de l'adolescent qu'il a été. L'accès à un travail de représentation, de symbolisation secondaire ne peut ici se déployer directement.

Pourtant Jules se raconte, il se raconte oui, mais par l'intermédiaire d'une histoire éprouvée. Jules a un besoin désespéré de me faire vivre ce qu'il ressent de ce qu'il a lui-même vécu.

Pour Jules, c'est toujours le même scénario qui se répète. Il est en retard, apparaît brusquement et s'engouffre dans le bureau pour venir au bord du fauteuil, le dos raide, les jambes en perpétuel balancement, le visage crispé, froncé.

C'est la posture habituelle de Jules. Il ne me regarde pas, ne me serre pas la main et râle. Le pré-contact, se dire bonjour, se regarder, se serrer la main... n'existe pas pour lui.

Il vient pénétrer l'espace du bureau de consultation. Il me donne souvent l'impression de « forcer le passage » pour venir se coller aux parois de mon espace corporel, comme s'il cherchait à vivre corporellement quelque chose de la continuité, de la contenance, être une bouche collée à un sein pour supporter les expériences de discontinuité.

La situation transférentielle est ainsi marquée par une expression corporelle particulièrement signifiante : Jules est en quête d'un appui qu'il ne trouve pas. Il donne à voir par sa posture corporelle qu'il est ce bébé, cet enfant *au bord* — ici dans cette séance au bord du fauteuil —, prêt à chuter et où seuls les agrippements kinesthésiques sont une issue pour survivre. C'est bien tout le paysage interne de Jules qui se déploie ici dans la façon dont le corps se manifeste, se dit.

La posture corporelle de Jules me donne des indications précieuses sur la manière dont il a intégré, ou échoué à intégrer, un objet-support sur lequel s'adosser. À l'image du fauteuil, le support interne est fragile et Jules me dit combien je suis aussi ce fauteuil sans dossier.

<sup>1</sup> CSAPA Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Jules s'adresse à moi dans cette mise en scène du corps. Dans nos premières rencontres, Jules n'a pas les mots disponibles pour mettre en parole son histoire ou les mots n'ont pas valeur de représentations. Jules fait sentir son histoire, histoire infantile, par le monde corporel. Il me conduit au plus près de ses éprouvés infantiles. Le plus souvent, Jules me rend témoin de la contrainte de son corps ; un corps douloureux, il a mal au ventre ; un corps troué, il me montre ses abcès sur les bras, les jambes ; un corps épuisé, il ne dort pas ; un corps vide, il ne mange pas, vomit. Il est tout entier en prise avec ce corps. Jules m'adresse combien il est difficile pour lui de vivre avec lui-même, avec cette part infantile qui le tyrannise, le dévore, le terrorise. Il s'agit ici de voir, de sentir, d'être touché, d'entendre les plaintes de l'enfant, voire du bébé, qui a manqué. On pourrait dire que Jules est cette bouche avide qui cherche le sein, mais ne le trouve pas.

Le langage du corps devient « la porte d'entrée » d'un travail d'attention aux plaintes du corps, aux moindres gestes, aux manifestations corporelles les plus discrètes, en donnant sens à ses manifestations du corps, avec une implication au plus près de l'expérience du patient.

Jules me conduit au cours des séances à être au plus près de l'expérience corporelle et émotionnelle en parlant du corps, des douleurs au ventre dont il se plaint, de son sommeil... C'est nourrir Jules d'échanges pour l'aider progressivement à s'en nourrir et lui permettre d'intérioriser peu à peu un objet-support, sécurisant et stable.

*Parlons d'un temps de séance où mon attention va se porter plus particulièrement sur les mains de Jules.*

Jules a souvent ses mains emboîtées l'une sur l'autre, la main du dessous est cachée, elle a été accidentée et abîmée, les doigts sont crochetés, mais Jules n'en a jamais parlé. Pendant ce temps de séance, je remarque des micros mouvements d'une main sur l'autre comme de légers mouvements de caresses. Jules, dans ce jeu de mains, va peu à peu me donner à voir, puis à sentir, enfin à en penser quelque chose, une scène de consolation où la partie « maman » apaise, contient la partie « bébé » qui est dessous. Jules chercherait à maîtriser par cette expérience corporelle les blessures anciennes inscrites dans l'actuel du corps et il me semble que Jules vient m'adresser ce besoin de consolation, ce besoin d'être tenu. À cette séance, je vais m'approcher un peu plus de lui et je vais lui nommer ce qui peut être le jeu de ses mains, l'une enveloppant l'autre, vient signifier qu'une part de lui a besoin d'être enveloppée, contenue. Jules va acquiescer de la tête et dire qu'il a toujours besoin de couvrir cette main et il va pouvoir mettre quelques mots, expliquer l'histoire de cette main abîmée depuis l'âge où il a fait une overdose au cours d'une garde à vue. C'est un accident traumatique inscrit dans le corps par la paralysie de cette main.

En vous donnant cet exemple, je cherche à vous montrer combien il s'agit d'être dans le contact aux détails près. Cela suppose de mettre au travail une qualité de présence, une capacité d'attention à l'endroit du sensoriel, du sensible, du perceptif. C'est apprendre à écouter par l'observation.

*Accepter de se laisser sentir, se laisser percevoir ce que vit émotionnellement Jules dans l'actuel de la relation.*

C'est là où le psychologue est convoqué en tant qu'appareil psychique, mais aussi en tant que sujet d'un corps pris dans la rencontre avec l'autre.

Marion MILNER parle de « la concentration du corps » ou « attention corporelle »<sup>2</sup> en faisant un parallèle entre l'analyste et l'artiste peintre, tous deux mobilisés tout entier dans une attention corporelle à l'objet en train de peindre pour l'un, d'écouter pour l'autre.

En effet, pour elle, plus particulièrement auprès des patients *borderline*, l'analyste expérimente non pas seulement une « attention flottante », mais une « attention corporelle » au sens où l'attention « s'immerge dans une totale conscience corporelle interne » (*Ibid.*, p.290) sans chercher dit-elle à faire des interprétations.

Cette « concentration du corps », je l'entends dans ma pratique auprès des patients toxicomanes, comme une attention toute particulière portée au corps, à la vie émotionnelle.

La vie fantasmatique et l'élaboration de l'imaginaire ne sont pas d'emblée accessibles comme en témoigne Jules. Il est en ce sens nécessaire de me rendre disponible psychiquement, corporellement, émotionnellement là où en est le patient, ici Jules et de laisser résonner (raisonner) en moi ses zones infantiles, bébés, tout en restant distincte de lui.

Les aspects archaïques réclament une attention toute particulière, pour ensuite construire des liens de parole entre les expériences passées et les expériences actuelles, le fantasme et la réalité, le dedans et le dehors.

Jules sur plusieurs mois me rend témoin et m'interpelle sur ma capacité à porter cette part bébé en proie à un désespoir abyssal. Progressivement, reconnaître cet éprouvé, mettre des mots ouvre pour Jules la possibilité de se raconter pour la première fois. « Ma mère ne m'a jamais vu ». Il évoque le silence de sa mère au décès de son frère alors qu'il a quelques mois.

Le processus thérapeutique est en ce sens une tentative de rencontrer ici Jules dans ce qu'il éprouve et de l'aider à élaborer ce qu'il éprouve.

Pour conclure, je dirais que ce qui soigne c'est avant tout le contact émotionnel dans une attention au corps et à ses manifestations, avec les aspects infantiles dans l'ici et maintenant de la relation actuelle. En effet, si le passé est hors d'atteinte, c'est précisément parce qu'il est toujours là. Jules est ce bébé, cet enfant dans le présent actuel qui réclame consolation, réassurance. En ce sens, le soin psychique repose sur l'importance de l'ouverture à la rencontre dans le moment présent.

Laure FAVIER  
Psychologue clinicienne

<sup>2</sup> MILNER M., La folie refoulée des gens normaux, Ed. ères, Toulouse, 2008.



# Les consultations douleur : dispositifs articulatoires

Raphaël Minjard

Cette réflexion est issue de ma pratique de psychologue en consultation douleur. Je propose d'entendre les consultations douleur comme une articulation, un dispositif à géométrie variable, entre problématique de santé nationale et voix du sujet.

« Et vous, comment vous feriez docteur ? »

Cette phrase qu'une patiente m'adresse lors d'une consultation douleur vient mettre en écho sa problématique et les contraintes vécues par les professionnels des consultations douleurs. Une homologie qui doit être prise en compte pour accompagner les patients douloureux chroniques.

Mme C. m'est adressée par le médecin algologue de la « consultation douleur » au sujet de migraines persistantes suite à l'opération d'un méningiome et d'une histoire de vie compliquée. Mme C. se présente à moi pour la première fois soignée et souriante. Un sourire qui semble figé et laisse l'impression que quelque chose est décalé. À peine assise face à moi, c'est d'un ton neutre et avec le sourire qu'elle dit : « vous savez, je sais pas ce que vous pouvez faire pour moi, je viens pour mes douleurs de la tête, et ça, ça vient de la plaque ».

- Une plaque ?

- Oui j'ai été opérée, dit-elle en mettant sa main sur son front. Il m'a mis une plaque pour boucher le trou. Et depuis je sais pas, j'ai mal. Avant j'étais pas comme ça, mais là je sais pas et puis je dis des bêtises, c'est gênant, hein docteur ? Ça ne se fait pas, mais ça sort comme ça ».

Elle a été opérée d'un méningiome olfactif frontal cinq ans auparavant. Ce méningiome avait été découvert lors d'un bilan qu'elle faisait pour des céphalées récurrentes.

Au cours de cette opération, une ouverture est réalisée dans le crâne pour extraire la tumeur. Puis le morceau d'os est remis. Cette patiente a ensuite rencontré des complications nécessitant des soins assez douloureux. Depuis cette opération, elle n'a plus ni goût, ni odorat, et se plaint de troubles de la mémoire, de manque du mot et de mot mis pour un autre. Ces troubles se sont accentués depuis une année et elle a toujours des céphalées qui interrogent le neurologue sur un éventuel kyste ou une autre tumeur...

La patiente de son côté a peur que la plaque lui « descende sur l'œil ».

Mme C. vit seule avec sa fille adolescente. Elle ne conduit plus, s'est séparée de son mari. Elle a quitté son travail, car elle ne supportait plus les pressions intenses de son employeur.

Elle s'occupe de sa mère atteinte d'une récurrence de lymphome. Mme C. dit de sa mère qu'elle l'envahit et qu'elle l'énerve, mais elle se sent incapable de lui dire non. Elle décrit leur relation comme « fusionnelle ».

« Les pressions », c'est ce qui l'inquiète le plus. Elle parle de ce qui pousse, de ce qui risque de sortir, de tout ce qu'elle contrôle et qu'elle cherche à contrôler pour tenir. Elle cherche à contrôler les mots qui sortent de sa bouche. Elle se sent honteuse comme une petite fille lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle a dit des choses qu'elle ne voulait pas.

Elle « s'accroche », dit-elle, car elle en a eu des idées : « Vous savez docteur avec tous ces médicaments des fois c'est facile, on en prend un peu plus et hop. Mais il y a ma fille et ma mère. Comment vous feriez vous ? Je peux pas les laisser comme ça. Mais c'est pas une vie, on peut pas prendre des cachets tout le temps. »

Ces maux de tête sont permanents, ils augmentent en position allongée. Pas de repos pour cette femme que je vis comme sous contrainte permanente, enserrée entre le dedans et le dehors en butée contre une plaque qui empêche que ça sorte, quelque chose de rigide qui risque un jour de lâcher. Le risque pour cette patiente est un mouvement impulsif, comme un gros mot, une effraction de l'intérieur, quelque chose qui lâcherait et l'effondrerait de l'intérieur.

Elle a bien rencontré un psychiatre, il y a quelques années lorsque les pressions de l'employeur étaient trop fortes. Elle avait un bon lien avec lui, mais pour l'instant elle ne souhaite pas le recontacter et puis, ajoute-t-elle, « je suis pas folle ».

Mme C. a besoin d'être accompagnée et pendant longtemps. Un accompagnement qui doit avoir lieu à différents niveaux : somatique, social et psychique. Un accompagnement qui laisse augurer de difficiles moments de vie à venir.

Sur le plan médical, il faut rouvrir pour effectuer un prélèvement de cette tumeur et examiner sa dangerosité.

Du côté psychologique nous pourrions travailler sur les questions d'attachement à l'objet maternel, sur ce qui pousse, ce qui vient se dire au travers de ce symptôme, ce « ça sort » ou « ça risque de sortir ». Ce qui viendrait dire et tenter de la séparer de sa mère. Elle propose un matériel très riche en lapsus, elle parle facilement même si elle présente une associativité plutôt par contiguïté de mots que par élaborations associatives.

Nous pourrions travailler les notions de honte et de perte narcissique, de défaut de pare-excitation, de l'impulsivité, des angoisses de mort et de morcellement...

Nous pourrions travailler sur la repousse axonale dans le cadre de la perte du goût et de l'odorat en considérant les hypothèses sur la plasticité cérébrale. C'est ce qu'elle a fait *a minima*. À la suite de notre première consultation elle a eu l'idée de construire des petits jeux autour du goût et semble avoir pu ainsi différencier le sucré du salé.

Nous pourrions travailler dans le cadre d'une reconversion pour lui permettre d'envisager la reprise d'un travail qui ne la mettrait pas en difficultés au regard de ses fragilités mnésiques et narcissiques.

Nous pourrions dire qu'il existe un syndrome post-commotionnel associé à l'émergence de processus de fonctionnement limite chez une femme fonctionnant jusque-là plutôt selon un pôle d'organisation névrotique à tendance obsessionnel.

Idéalement, il faudrait aussi proposer à cette patiente une séance hebdomadaire de psychothérapie d'orientation psychanalytique...

Nous pourrions, nous pourrions... mais que peuvent nous apporter la structuration et les contraintes des consultations douleur pour travailler avec de tels patients ? Ce qui nous ramène à la question de Mme C. : « Et vous, comment vous feriez docteur ? ». En quoi la recherche de réflexivité dans le vécu impossible de cette patiente vient, en écho à nos impossibles institutionnels, ouvrir sur la création de dispositifs singuliers de traitements pour les patients douloureux chroniques ?

Il est intéressant de remarquer comment les centres de consultation doivent se créer à la fois en rapport à la diversité des problématiques des patients accueillis et aux recommandations nationales de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)<sup>1</sup>.

Depuis 1998, la France a été pionnière dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur, avec notamment un engagement des pouvoirs publics qui s'est traduit par plusieurs « plans douleur » successifs. Ces plans sont évalués par la Société française de Santé Publique à la demande de la Direction Générale de la Santé, du Ministère délégué à la Santé, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Ces plans allant de 1998 à 2010 constituent le méta-cadre des consultations et centres antidouleur en France. Il est à noter qu'il n'existe plus de plan défini depuis 2010.

De 1998 à 2000, le premier plan concernait :

- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et réseaux de soins
- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- La prise en compte de la demande du patient et l'information du public.

Un deuxième plan a suivi de 2002 à 2005, poursuivant les objectifs du premier en visant notamment l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et de la souffrance en fin de vie.

Le troisième plan de 2006 à 2010 était centré sur l'amélioration de la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables (les enfants, les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et en fin de vie). Il visait également à l'amélioration de la formation des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients, avec une ouverture large sur les modalités de traitement médicamenteux et l'utilisation des méthodes non-pharmacologiques tout en cherchant à structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles.

Le quatrième plan est en attente depuis 2013, il devrait distinguer les douleurs aiguës, les douleurs chroniques et les douleurs liées aux soins.

Pour fonctionner, les consultations et centres antidouleurs doivent s'inscrire dans ces plans. Elles doivent également répondre aux principes de prise en charge de la douleur chronique définis par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) (dans une annexe de la circulaire du 19 mai 2011). Cette dernière énonce que la prise en charge des patients douloureux chroniques implique :

- d'élaborer un diagnostic
- une évaluation bio-psycho-sociale
- un traitement

La tâche primaire des consultations douleur est donc d'appréhender la douleur chronique selon un modèle bio-psycho-social, avec une prise en charge reposant d'abord sur une démarche évaluative, puis sur un traitement, souvent multimodal, dont l'objectif est réadaptatif. Ces démarches

<sup>1</sup> <http://www.sfetd-douleur.org/>

s'appuient sur une définition consensuelle et internationale de la douleur proposée par l'*International Association for the Study of Pain*<sup>2</sup> qui s'énonce ainsi : « La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion ».

L'organisation pluriprofessionnelle des consultations douleur repose sur un trinôme composé d'un médecin, d'un infirmier et d'un psychologue associé à un secrétariat jouant un rôle primordial dans l'accueil et le suivi des patients douloureux chroniques.

Ce trinôme travaille à évaluer au mieux chaque patient douloureux chronique selon le modèle bio-psycho-social et lui proposer un traitement personnalisé faisant appel autant aux approches pharmacologiques qu'aux approches non-pharmacologiques. En ce sens cette équipe est amenée à faire appel à d'autres professionnels susceptibles d'apporter une vision plus large et de nouvelles perspectives de soins pour le patient.

Enfin ce trinôme doit être en contact étroit avec le médecin traitant et les médecins spécialisés selon les pathologies associées à la douleur (rhumatologue, neurologue, psychiatre ou interniste). Il est également à noter que la dimension du traitement inclut de fait une notion de temporalité qui, elle, ne fait pas l'objet de recommandations.

Alors, comment rencontrer et entendre la singularité de la souffrance de Mme C au milieu de tous ses plans, cadres et recommandations ?

Si la notion de douleur est transversale, transdisciplinaire et transnosographique les consultations douleur offrent un point de cristallisation. Le patient y dépose ses symptômes dans l'espoir de guérison. L'approche pluri-professionnelle diffracte le transfert et offre des possibilités de liaison ou de reliaison moins stigmatisantes pour le patient.

Un point tout de même reste à penser et se révèle au travers de la notion de temporalité. Mme C. ne nous dit pas quand un passage à l'acte peut arriver. Ce qu'elle fait vivre c'est un sentiment d'insécurité, d'instabilité, de grande fragilité.

Cette patiente mobilise sur la notion de cadre au travers de sa question : « Et vous, comment vous feriez docteur ? »

Nous sommes donc comme elle, coincés ! Ça coince... Entre le temps que le psychologue peut lui proposer et le temps que sa pathologie demande pour être traitée ou accompagnée. Le problème n'est pas uniquement d'adresser cette patiente à un(e) collègue installé(e) en ville qui aurait davantage de disponibilités. Il est nécessaire de penser ce qu'elle vient déposer au sein de la consultation, dans le dispositif pluriprofessionnel. Nous savons que le transfert précède la rencontre, que les patients investissent le thérapeute et l'ensemble de l'équipe de soins avant même de les avoir rencontrés. Autrement dit le lien se crée avant même que le patient soit en face de nous.

Il y a donc un effet paradoxal entre la demande du patient et ses attentes de guérison et la temporalité que peut proposer la structure en rapport avec les directives nationales. Ça coince donc entre la réalité des capacités d'accueil des structures et la réalité psychique des patients.

Mme C. en est l'exemple vivant.

La solution n'est sans doute pas de chercher à trouver de la place à tout prix pour accueillir tous les patients, mais bien de penser le paradoxe pour penser le lien avec le patient douloureux. Il ne s'agit pas non plus d'adresser cette patiente à un collègue extérieur sans jamais la revoir.

C'est en partant de nos contraintes que nous pourrions accompagner les patients. Ainsi pour Mme C., c'est en partageant sur les contraintes qui s'imposent à nous mutuellement que nous avons pu entrevoir une perspective de soin. « Et vous, qu'est-ce que vous feriez ? »

Pour cette patiente comme pour les soignants, la question est de pouvoir transformer la plaque en filtre, voire en filet. C'est ce dernier mot qui au cours des associations a transformé le vécu d'impasse en dispositif de travail. Avec elle la question n'est pas tellement de savoir comment stopper ses migraines que de lui permettre de se sentir accompagnée dans sa souffrance et de garder une écoute, un œil, sur son impulsivité et sur sa subjectivité.

Le dispositif douleur doit être pensé comme un dispositif à géométrie variable construit *avec* et *autour* du patient. Une géométrie variable dans une temporalité impossible. Pour aller au-delà de cette impasse il nous faut penser la structure hors les murs et le lien avec les collègues comme un maillage permettant au patient de travailler sur divers plans et dans diverses temporalités. C'est là que peut se créer des espaces de jeu dans lesquels quelque chose peut se remettre en jeu pour le patient. La question posée par Mme C trouverait donc dans le psychisme du thérapeute un écho disant : Ce que je ferais c'est de travailler le lien avec vous et un autre que moi qui sera là aussi, mais différemment de moi. Autrement dit, travailler avec Mme C c'est travailler avec la place que je fais en moi pour le travail d'un autre. C'est donc supporter la perte d'une position toute puissante poussant vers un « guérir à tout prix » pour rencontrer la part dépressive et mortifère du patient.

Notre travail de psychologue et de soignants dans ces consultations n'est donc pas de proposer l'impossible, mais de travailler avec nos impossibles pour accompagner les patients et découvrir avec eux des possibles encore impensés.

Raphaël MINJARD

Psychologue clinicien, PhD,

Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2,

Centre de Recherches en Psychopathologie et Psychologie Clinique (CRPPC);

Vice-président de la

Société Lyonnaise d'Étude de la Douleur (SLED);

Correspondant Régional Rhône Alpes Psychologue pour la Société Française d'Étude de la Douleur (SFETD)

<sup>2</sup> IASP : <http://www.iasp-pain.org/>

# Corps et réflexivité dans la clinique de la déficience

Olivier Maniez

## **P**our une approche métapsychologique de la cognition et de ses troubles

L'exercice en IMP, accueillant un public d'enfants déficients m'a amené à me confronter, depuis maintenant quelque temps, à des difficultés théoriques et pratiques. Ce cadre institutionnel, centré sur les apprentissages, m'a conduit à m'interroger sur les modes de pensée ou les modalités du penser de ces enfants en situation de déficience légère.

La première difficulté, et non des moindres, est de pouvoir nommer, formuler, bref problématiser ces questions à l'aide d'un modèle métapsychologique de ce qui achopperait dans l'organisation cognitive d'un sujet.

J'aimerais tout d'abord partir de certains constats, simples, issus de mon expérience :

Le premier constat est l'extrême difficulté à penser et évoquer les enjeux de la déficience autrement qu'en terme déficitaire. En effet, on ne voit que ce qui manque, ce qui ne fonctionne pas, ce à quoi l'enfant n'a pas accès, etc. Il me semble par ailleurs, que les cliniciens qui se sont penchés sur la problématique des enfants déficients, cherchent, au moins dans un premier mouvement, à débusquer tout ce qui peut se manifester sous forme déficitaire, mais relève *in fine* d'autres enjeux, c'est-à-dire on chercherait à réduire à la portion congrue la « problématique pure » de la déficience, mais de celle-ci, consubstantiellement, on ne peut rien en penser.

Le vide auquel cela nous confronte me semble activer certaines réactions pédagogiques, théoriques ou pratiques et parmi celles-ci, la plus évidente semble être le *contre-investissement* dans l'action. Je ne ferai pas la liste des rééducations plus ou moins élaborées et spécifiques que nous rencontrons dans ce contexte où les apprentissages se réalisent totalement clivés de leur source pulsionnelle et ne répondent à aucun besoin interne direct. Le résultat étant que ces enfants sont incapables de transposer ou d'appliquer leurs acquis sur un autre objet ou dans un autre contexte. Ils sont incapables de jouer avec ces « contenus » que l'on aurait du mal à qualifier d'idées.

Après quelque temps de pratique, j'ai pris conscience du fait que je me trouvais également pris dans le « bain »

institutionnel qui poursuit un but de normalisation/réparation, que je partageais implicitement en considérant que l'abord thérapeutique était plus pertinent que l'approche pédagogique dans cette perspective de réparation.

Concernant le clinicien, il me paraît que celui-ci compense souvent le manque de modèle opérant, mais surtout identifiable par des théories implicites, « non déclaratives », mais qui sous-tendent des tentatives de conceptualisation. Une de ces théories est que la déficience mentale serait une sorte de psychose de l'intellect. J'avais été très marqué par une remarque de ma référente de stage en DESS qui, à partir du nonaccès au sens métaphorique d'une adolescente (mis en évidence par un protocole de WISC) avait conclu qu'elle était psychotique, cette jeune ne manifestant cliniquement aucun signe qui puisse de manière évidente évoquer la psychose.

Mes efforts pour penser la situation de certains enfants butent souvent sur un biais identique que je n'ai perçu que très récemment : j'aborde systématiquement la psychopathologie cognitive par analogie ou transposition littérale du modèle métapsychologique.

Or si cette analogie fonctionnait, il y aurait une interdépendance totale par exemple entre permanence de l'objet libidinal et « cognitif » et entre fonction sémiotique et accès à la pensée dite « symbolique et métaphorique ». Ainsi, cette approche de la déficience est liée à une conception développementaliste génétique qui associe implicitement approche piagétienne et théorie en stades du développement psychoaffectif. Ce prisme de la pensée nous amène à envisager le handicap intellectuel en terme de fixation. Une autre manière d'exprimer cela serait de dire que l'on a tendance à homogénéiser les différents aspects de la personnalité de l'enfant, de ses compétences, de s'en construire une représentation congruente, logique et homogène.

Pourtant, la clinique montre de façon évidente et contrastée la grande polymorphie des profils des enfants, avec tout le spectre psychopathologique possible ; mais cette polymorphie s'exprime aussi dans le profil cognitif et les performances scolaires qui témoignent la plupart du temps d'effets surprenants (d'incapacité ou de réussite d'ailleurs). Tout comme les protocoles au WISC ne se ressemblent à mon sens que rarement.

Toutefois, de manière concomitante certains problèmes constatés et certains aspects de la déficience sont rencontrés de façon quasi-invariable : je pense aux troubles du schéma corporel, aux difficultés de repérage dans le temps et dans l'espace, aux stéréotypies ou à la pauvreté de l'imaginaire de ces enfants et l'impossible accès à la notion de semblable.

À l'approche confusionnelle entre plan cognitif et plan psychodynamique s'oppose une approche clivante de ces deux plans. Ici, la déficience serait pensée comme un « à côté » ou un « en moins » de la structure d'un sujet donné. Cette approche pose également question ; je pense notamment ici à la notion de névrose et d'inhibition névrotique parfois employée et qui n'est pas sans poser problèmes dans un contexte de déficience.

Pour résumer, on peut dire que l'on ne trouve pas deux enfants identiques tout en étant confronté à des caractéristiques ou des traits récurrents ou typiques. On peut dire également que ce qui frappe après coup est l'extrême dissociation possible entre développement psychoaffectif et développement cognitif, sans parler de l'aspect polymorphe dans chacun de ces registres.

Disposons-nous d'outils métapsychologiques *ad hoc* pour pouvoir penser cette articulation entre « développements » cognitif et psychoaffectif qui se présentent comme dissociée, mais non sans liens. À ma connaissance les approches d'auteurs comme B. GOLSE, M. BERGER, G. HAAG ou B. GIBELLO qui abordent ces questions sous l'angle des fondations pré-œdipiennes du penser restent encore marginales. Il me semble que nous sommes encore peu habitués à concevoir qu'un sujet donné peut se trouver dans un mode de fonctionnement très archaïque par certains aspects, sans présenter de troubles psychotiques de l'ordre de la déréalisation ; la notion d'enveloppe psychique étant l'un des rares outils qui permet d'envisager cette possibilité (ce qui explique probablement son succès auprès des cliniciens qui œuvrent dans le champ en question).

### **Essai de problématisation**

Le problème que j'essaie de poser me paraît donc tourner autour des différents statuts de la représentation ou des représentations mentales que l'on peut « entendre » comme une notion ou un concept pont entre la dimension pulsionnelle et la dimension cognitive du psychisme.

#### *Plan des registres de processus secondaires :*

Généralement, l'accès au jeu symbolique, au jeu de « faire semblant » fonctionne pour les cliniciens comme une sorte de *divided line* entre un fonctionnement symbolique et un état pré-symbolique du psychisme. Or, si ce repérage est certes fondamental, il me semble impropre à pouvoir discriminer les nuances de la clinique qui (im) pose la question de l'existence de différents registres de secondarité ou de types hétéromorphes de secondarité qui correspondraient à des registres ou des degrés différents d'abstraction. Cette problématique correspond à tout un champ de pensée clinique qui me paraît être ouvert par les

travaux de René ROUSSILLON sur la symbolisation primaire et qui peut se trouver à être formulé ainsi en étant transféré dans le champ de la déficience.

*Approche en termes d'organisation de la personnalité : tenter d'approcher la déficience en signe « positif » (par opposition avec le négatif au sens photographique) :*

À mon sens, une des caractéristiques de la déficience réside dans le fait que c'est l'« adhésivité mentale » qui est au premier plan. Tout se passe comme s'il y avait un écrasement de l'identité de pensée par l'identité de perception (ce registre étant peut-être dialectisable avec les processus d'accommodation et d'assimilation de l'approche Piagétienne). Je repense là, par exemple, aux descriptions de planches que je recueille souvent au TAT et qui consistent en une mise en tableau et une description sèche où la réponse de l'enfant semble perdre toute originalité dans ce collage descriptif « insensé ». Mais je repense aussi à l'inconsistance et la labilité de la pensée, sans tonus interne, qui peuvent mettre en échec toutes tentatives d'échange. Avec deux repérages cliniques frappants sur le plan du langage ; le nonaccès à la notion de contradiction, d'opposition logique et à la notion de semblable qui se trouve assimilée à la notion d'identique.

Depuis le début de ma pratique, je me demande régulièrement si le fonctionnement avec lequel je suis en présence relève d'un effet de non-organisation, de non-intégration de non-élaboration, ou bien si ce phénomène serait le résultat d'un processus défensif actif.

Dans le fil de mes constats introductifs et pour se rapprocher de la clinique, j'avancerai la proposition suivante : le sujet n'est pas simplement fixé à un stade archaïque de son développement, il a développé, à partir de ses impasses, de ses impossibilités sensorielles ou mentales un mode spécifique d'organisation de la personnalité, où la logique de l'après-coup intervient, avec des reprises secondarisées ou non, sur certaines lignes de développement, avec de nombreuses combinaisons possibles. Dans cette approche, l'organisation du sujet peut être abordée comme une contre-structuration défensive face à des éléments traumatiques non intégrés du psychisme menaçant de faire retour et dans lesquelles les logiques paradoxales des souffrances narcissiques-identitaires sont à l'œuvre. La structuration du sujet serait à envisager en ce cas en terme de défenses permanentes.

En effet, il me semble que ces enfants cherchent, dans une option auto-plastique, à traiter, faire co-exister ou composer avec le principe de réalité, le lien à l'objet et la représentation de soi avec un outillage rudimentaire.

### **Une clinique de la pensée adhésive : Arielle**

Arielle a aujourd'hui onze ans, mais paraît bien plus jeune à cause de son retard staturo-pondéral, de son apparence chétive, mais aussi de son élocution qui reste malaisée avec une construction immature et qui laisse deviner une maîtrise imparfaite de la cavité buccale : elle semble manger ses mots, ce qui paraît être dû à un effet d'hypotonie linguale.

Arielle a présenté un important retard de langage. À son arrivée à l'IME, lorsqu'elle avait alors sept ans elle mangeait encore une nourriture mixée.

À la dernière passation du WISC IV, elle présente un niveau « limite » entre « déficience moyenne » et « légère » (ICV : non quotable ; IRP: 45, IMT: 64, IVT : 50). Le subtest *Similitudes* déstabilise totalement Arielle qui semble être confrontée brutalement à la menace d'un vide idéatoire. Elle se réfugie dans des auto-agrippements, des demandes de contact maternant ou des digressions ininterrompues. Ce bilan révèle de façon criante que la présence prothétique et l'interaction avec un adulte sont indispensables à initier dans un travail de "co-pensée", pourrait-on dire.

Pourtant, il est intéressant de noter que les professionnels autour d'elle lui attribuent tous « un potentiel », essayant de dire ainsi que cette jeune peut se montrer pertinente dans l'échange et la relation présentant même une certaine *métis* relationnelle.

Arielle peine à tisser des liens objectaux, à être en relation avec ses pairs, elle s'isole fréquemment, tend à s'associer soit avec des enfants très démunis sur le plan de la pensée soit à entretenir une relation de type *nursing* avec des filles maternantes.

J'ai pu observer Arielle au sein d'un groupe à médiation qui avait pour objet de construire des cabanes. Arielle y adopte de façon compulsive une même attitude. Tout d'abord, elle ne peut s'engager dans l'activité aussi bien motrice que mentale sans le co-étayage actif d'un adulte. Ensuite une fois l'abri constitué (bien souvent précaire et menacé d'effondrement), Arielle cherche systématiquement à se réfugier dans l'abri des autres qu'elle demande à partager ou bien échanger. En fait, cette attitude me paraît non seulement dénoter l'incapacité d'Arielle à supporter la solitude, mais surtout, ceci se déroule comme si Arielle perdait le lien avec l'objet créé une fois l'action terminée, l'objet, ici concret, n'étant identifié pour le Moi d'Arielle que dans la mesure où elle exerce une action motrice sur celui-ci.

Au sein du groupe, les moments où l'on s'adresse directement à Arielle pour solliciter ce qu'elle pense provoquent fréquemment des réactions d'évitement. Elle pose par exemple souvent des questions, mais se montre quasi-invariablement indisponible à la réponse qui lui est formulée. De façon tout aussi typique le face-à-face ou la situation d'entretien conjoint mère-enfant provoque la réaction suivante : Arielle commence par interposer ses mains devant ses yeux comme pour faire barrage à toute possibilité d'échange de regard ou d'interpénétration du regard, toute insistance suscite une fuite motrice dans un mouvement phobique.

Plus généralement, toute sollicitation à la créativité personnelle (parole, dessin, jeu, etc.) déclenche soit une réaction d'agrippement à la production de l'autre ou bien le recours à des formes connues, plaquées et répétitives (cf. dessin du bonhomme, noms de personnages...). À la maison, sa mère remarque qu'Arielle demande continuellement de nouveaux jouets, mais ne joue jamais avec, une fois ceux-ci obtenus. Elle dit s'ennuyer et manifeste toujours son envie d'être ailleurs, de faire une autre activité. Bref, l'ici et maintenant n'est presque jamais

marqué du sceau du plaisir et au-delà de la faiblesse des acquis c'est davantage son rapport à la connaissance qui m'apparaît prototypique.

Arielle présente une conduite stéréotypée, qui se produit fréquemment à l'occasion d'ébauches d'échanges verbaux qu'Arielle ne manque jamais d'initier dans les espaces-temps interstitiels, mais ces « échanges » n'ont pour but que de capter l'attention de l'objet et une fois celle-ci obtenue, elle ne peut en faire quelque chose. Dans ces moments de frustration, d'excitation ou d'anticipation de la séparation, Arielle se crispe entièrement en levant la tête et agrippant ses mains l'une contre l'autre dans un mouvement hypertonique global. C'est ce que je désigne sous le terme d'auto-agrippement. En dehors de ces moments, Arielle présente une hypotonie globale très importante.

Au cours de la première année de sa vie, Arielle est décrite par sa mère comme une enfant que l'on n'entendait pas, ne réclamant jamais de nourriture, bref ne se faisant ni entendre ni remarquer, voire se laissant oublier. Dans l'après-coup, à l'occasion de regards jetés sur les photos, sa mère se demande comment elle n'a pas pu voir les signes de détresse chez sa fille au cours des premiers mois. (La photo en question se situe lors d'un séjour de vacances : Arielle et sa mère sont dans une piscine et la mère décrit sa fille avec un visage crispé qui fixe le ciel). Plusieurs éléments de ce type laissent à penser que, pendant quelques mois, cette mère s'est située dans un discret fonctionnement de sidération mélancolique (certains évoqueraient probablement un fonctionnement opératoire et une dépression essentielle) dans lequel la rupture identificatoire avec Arielle était totale.

Des problèmes au niveau de la vessie sont décelés à onze mois et nécessitent une hospitalisation de deux mois au cours de laquelle c'est le père d'Arielle qui, ne travaillant pas à cette époque, assure une présence continue auprès de sa fille. Aujourd'hui, Arielle utilise comme doudou les mêmes carrés de draps utilisés à l'hôpital qui servaient à changer son berceau. Arielle a ensuite subi une vésicostomie qui a pour conséquence des sondages plusieurs fois par jour pour vider sa vessie, car ses sensations de vidange ne fonctionnent pas (elle ressent avoir évacué sa poche bien que ce ne soit pas le cas) bien qu'elle puisse encore uriner par les voies naturelles. Jusqu'à son arrivée à l'IME c'est la mère d'Arielle qui la sondait environ toutes les trois heures. À son entrée dans l'établissement une intervention des infirmières est négociée et c'est à partir de ce moment-là que les sondages deviennent un enjeu majeur de conflits entre Arielle et sa mère, dans un (en)jeu d'emprises croisées qui associe opposition et collage passionnel dans le lien mère-fille. La mère d'Arielle a pu par exemple me contacter dans un moment de panique et de crise où Arielle en venait à ne plus vouloir regarder « son trou » par lequel elle se faisait sonder.

Au quotidien, tout se passe comme si l'objet maternel se situait dans une présence flottante, c'est-à-dire qu'Arielle peut à chaque instant demander si c'est sa mère qui est au téléphone, ou si elle sera là à la sortie de séance, prête à rejaillir à chaque instant de sa vie.

## Pensées à partir de la clinique

J'ai opté pour cette description très parcellaire d'Arielle, car elle me paraît illustrer un fait clinique fondamental dans les configurations de la déficience mentale qui ne s'inscrivent pas dans un registre psychotique : c'est la question de l'adhésivité à la psyché de l'autre (généralement l'adulte tuteur) et à l'identité de perception. Ici, Arielle peut incorporer des contenus d'apprentissage au même titre que d'autres enfants moins déficients, mais il lui est totalement impossible d'initier un mouvement psychique créatif en dehors de la présence active d'une psyché tutrice ou co-extensive.

Je propose de partir du principe suivant : toutes les informations qui sont présentées à l'enfant, celui-ci doit les (re)créer et il va le faire dans le niveau ou le registre de symbolisation auquel il a accès. Essayons d'explorer l'idée selon laquelle il est possible de repérer différents registres de secondarités liés au mode d'organisation pulsionnel du sujet et, j'ajouterais, de ses affects. On s'approche ici de l'incontournable question de la transitionnalité et de son établissement. Arielle se trouve en présence d'objets qui sont trouvés mais comme dans l'impossibilité d'être créés. Je crois que c'est une manière possible d'évoquer le trouble grave de la signification chez le sujet déficient.

L'expérience princeps d'une transitionnalité interactionnelle reste à intérioriser chez Arielle. Dans cette absence traumatique de l'expérience du miroir maternel « homosensuel en double », quelque chose de l'espace interne « affectant » ne peut s'instaurer. C'est ici que le collage pathologique à la relation d'inclusion réciproque pourrait trouver sa fonction défensive quant aux expériences non-transformables. Ce fonctionnement adhésif, bidimensionnel est donc formulable en termes d'image du corps qui conjugue rapport à soi et rapport à l'autre comme les deux versants d'une même pièce. J'entends par là qu'en incorporant cette relation vide, Arielle n'intériorise pas uniquement un « affect » dépressif brut, mais intériorise un certain type de « rapport » à l'objet intimement lié à ses possibilités de se penser, ou ici plutôt de se percevoir et de percevoir le monde externe. J'ajoute que me situe ici dans une perspective bien plus paradigmatique qu'étiologique.

L'interposition des mains, « en œillères », dénote l'absence de fonction « sphincter » visuelle et me laisse à penser que l'interpénétration du regard est vécue ici comme menaçante à plusieurs titres. Pour une part, car elle introduit une distance, une différenciation brutale entre Arielle et l'autre qui menace de lui faire perdre le sentiment du contact avec l'objet et signe l'absence de processus hallucinatoires négatifs. Le recours à la présence flottante de l'objet maternel apparaît ainsi comme une lutte visant à contre-investir la possibilité de son effacement.

La défense motrice manifeste donc l'absence ou la faiblesse de l'écran psychique à même de pouvoir refléter sa propre activité et la fragilité de son image corporelle. Ce point interroge les relations complexes entre *espace imaginaire*, *image du corps* et *espace perceptif*. Arielle n'éviterait pas activement tout échange verbal ou toutes

sollicitations de sa pensée, dans l'interpénétration des regards croisés, par seule crainte d'un échec à comprendre ce que l'on attend d'elle, mais plus profondément, **ne pas comprendre** se constitue comme abîme relationnel, rupture du lien qui active les défenses face à une menace primordiale pesant sur son narcissisme, sur la représentation/perception basale d'un Soi unifié *a minima* corporellement.

Dans cette optique, j'avance la proposition selon laquelle les expériences de modification d'environnement, de confrontation à l'inconnu, les passages interstitiels déclinent un cas particulier des vécus d'inquiétante étrangeté chez ces enfants. En effet, les sujets déficients se caractérisent par leur impérieuse nécessité de repères suffisamment fixes, repères indispensables à leur sentiment de connivence, de contiguïté, de suffisante familiarité avec le monde. La faiblesse des projections du sujet en résonance avec un écran psychique qui n'est pas à même d'assurer sa fonction réflexive rend compte à mon sens de ce besoin de stabilité. Ici, se sentir au contact d'un « objet », d'un environnement connu et se sentir « soi-même » ne font qu'un. Au sentiment de rupture avec l'environnement correspond la crainte de rupture du contact avec soi, dans la confrontation de son incapacité à lier des événements successifs. Dans ce type de fonctionnement et pour ces enfants, apprendre constitue un acte répétitif et mécanique aux services des défenses par agrippement. Il s'agit là d'investir un effort de rétention mnésique afin de réifier son rapport au monde à défaut de pouvoir le signifier.

En conclusion, au travers de cette vignette clinique, je tenais à illustrer une certaine conception de la déficience intellectuelle. Une conception selon laquelle ces configurations cliniques d'organisation sur un versant déficitaire constituent davantage un « destin » possible d'évolution psychique, avec ses processus originaux, qu'une simple fixation dans le développement libidinal et cognitif. Le processus qui achoppe à s'organiser est celui de la réflexivité et de la représentation de soi qui ne relèvent pas d'un registre spécifiquement cognitif, mais convoque spécifiquement l'élaboration de l'image du corps et de l'affect qui me semble participer ici d'une même racine.

Tout cela laisse néanmoins encore hors-champ la dimension de l'après-coup et de la temporalité fondamentalement diachronique du psychisme, de ses réaménagements et de sa complexification topique et dynamique croissante. D'autant que celui-ci peut ne fonctionner que par secteurs et produire les tableaux cliniques dysharmoniques bien connus. Mais cela constitue un nouvel horizon.

Olivier MANIEZ  
Psychologue clinicien

# Comment aider les salariés travaillant en Open-Space à rester concentrés ?

Cyril COUFFE

**N**ous subissons tous au quotidien l'impact des perturbations sur notre concentration. Il en existe deux types : les *distractions* et les *interruptions*. En général, nous parvenons à lutter contre les distractions au prix d'un effort cognitif supplémentaire, que celles-ci proviennent de la sonnerie d'un téléphone à la bibliothèque, de la lumière du téléphone portable du voisin au cinéma ou des pleurs d'un enfant au cours d'une cérémonie de mariage à l'église. En revanche, il n'existe pas de remède miracle contre les interruptions. Si par exemple, alors que vous êtes en train de rédiger un document important et urgent, un collègue toque à votre porte pour vous poser quelques questions, vous devez interrompre le fil de votre pensée pour réagir, soit en lui répondant ou en lui demandant de repasser plus tard. Les distractions et les interruptions ont donc un point commun important : elles stoppent notre flux de concentration et perturbent temporairement notre attention.

## Open-space et TIC, un furieux mélange

Imaginez maintenant que vous êtes salarié(e) d'une grande entreprise. Votre lieu de travail, un *open-space*, est partagé entre 50 collègues travaillant chacun dans un box de 2m<sup>2</sup> avec une table, une chaise roulante et un ordinateur portable. La hauteur des cloisons entre les *box* a été abaissée pour faire passer davantage de lumière. En levant un peu la tête, vous pouvez donc voir les autres postes de travail. Imaginez maintenant le nombre énorme de perturbations qui peuvent survenir au cours d'une seule journée de travail. Un collègue qui se lève, une conversation téléphonique dans le *box* voisin, un autre collègue qui vient vous poser des questions urgentes sur un dossier commun, ces situations sont autant de moments qui altèrent la concentration au fur et à mesure de la journée, et donc le bien-être des salariés.

Des chercheurs de l'université de McGill à Montréal<sup>(1)</sup> se sont rendu compte, en compilant toutes les études d'observation faites en entreprise, que les salariés étaient interrompus plus de 7 fois par heures en moyenne, soit environ une cinquantaine de fois par jour ! De plus, d'autres chercheurs<sup>(2)</sup> ont montré que le temps passé à résoudre ces interruptions prenait en moyenne 28 % de la journée ! Ces chiffres ne tiennent même pas compte des distractions subies qui restent difficiles à quantifier.

De plus, les perturbations proviennent aujourd'hui de plus en plus des Technologies de l'Information et la Communication (TIC) comme les smartphones, les logiciels de *chat* ou encore les *emails*. Globalement, tous les appareils et logiciels utilisant des systèmes de notification, ces petites alertes visuelles et/ou sonores, sont des champs de mines pour notre concentration. Certains travaux au laboratoire d'Étude des Mécanismes Cognitifs (EMC) de l'Université Lyon 2 ont en effet montré un lien entre les

problèmes de concentration et la fréquence d'utilisation des TIC. En effet, ces appareils sont construits exclusivement autour du principe de notifications incontrôlées et donc de perturbations potentielles. Malheureusement, le récent succès des montres connectées montre bien combien nous sommes consentants du vol de notre concentration et de la fragmentation des temps de focalisation. De plus, ces technologies sont de plus en plus fréquemment employées dans les environnements de travail comme les *open-space*. Comment la psychologie cognitive permet d'expliquer que les distractions et les interruptions nous pénalisent tant ? En s'appuyant sur nos connaissances, quelles solutions peuvent améliorer le quotidien des salariés en *open-space* ? L'usage des TIC devrait-il être proscrit ?

## Les explications de la psychologie cognitive

Au sein du laboratoire EMC, nous développons un modèle cognitif en plusieurs étapes successives, appelé DE-TOUR, qui simule et explique la façon dont nous réagissons face à ces perturbations. Au quotidien, nous nous focalisons généralement sur une seule activité à la fois en concentrant toutes nos ressources mentales (aussi appelées ressources attentionnelles). Or, il a été montré depuis longtemps que nous avons assez peu de ressources, il ne faut donc pas les gaspiller. Nous ressentons aisément cette limite lorsque nous essayons de faire plusieurs choses à la fois ou bien que nous tentons de réaliser une activité complexe comme une division par calcul mental. Les distractions et les interruptions semblent justement épuiser rapidement ce stock de ressources à cause de leur impact sur notre activité cognitive et sont à l'origine d'erreurs et de frustrations.

La première étape du modèle que nous développons survient après l'apparition de la perturbation, qui provoque une alerte visuelle ou sonore, coupe le fil de pensée et dérobe ces ressources limitées. Suite à ça, nous nous sommes rendu compte que notre système cognitif doit décider en quelques dizaines de millisecondes si la perturbation vaut effectivement la peine d'être traitée. En effet, un piéton qui passe par la fenêtre n'aura pas la même priorité qu'un collègue qui vous apostrophe directement. Si la perturbation est jugée peu importante, les ressources attentionnelles seront réinvesties dans la tâche stoppée, nous qualifions alors cette situation de distraction. Si la perturbation nécessite d'être traitée, nous qualifions cette situation d'interruption. Dans le cas d'une interruption, notre modèle a pu mettre en avant des processus spécifiques mis en jeu, notamment la mémorisation de ce que vous étiez en train de faire avant et la réactivation de ces éléments une fois l'interruption terminée. Ces étapes sont en fait très fragiles et sont facilement altérées. De fait, une interruption est beaucoup plus gênante qu'une distraction,

elle peut générer de nombreuses perturbations lors du retour à la tâche stoppée comme se demander où nous en étions, refaire un élément plusieurs fois ou en oublier une étape. Ces erreurs peuvent avoir des conséquences dramatiques, comme dans le secteur médical où plusieurs erreurs de prescription ou de dosage de médicaments ont été relevées de la part du corps infirmier, sans arrêt sollicité et interrompu. Ce modèle DETOUR a donc pour objectif de mettre en lumière les étapes qui se déroulent successivement pour notre système cognitif après une interruption et les relier aux risques de générer des erreurs lors du retour à la tâche. Une fois toutes ces étapes certifiées, nous pourrions donc proposer des solutions innovantes pour les corps de métiers particulièrement touchés comme les salariés en open-space.

## Aller vers les solutions

Les TIC peuvent être utilisées de façon raisonnée, en limitant par exemple les notifications pouvant vous perturber. Aussi, certains systèmes capables de détecter le meilleur moment pour vous interrompre sont à l'étude, appelés « Attention Aware Systems<sup>(3)</sup> ». Pour se faire, ces logiciels utilisent plusieurs indicateurs attentionnels afin de déterminer si vous êtes concentrés sur une tâche. Par exemple, un système de suivi du regard vérifie l'endroit où vous êtes en train de regarder. Si vous êtes en train de fixer votre écran d'ordinateur, cela peut signifier que vous êtes concentré alors que si vous regardez ailleurs cela voudrait dire que vous n'êtes plus concentré sur votre tâche informatique. Le système peut décider de couper les notifications lorsque plusieurs indicateurs signalent un état de concentration. Il reporte alors ces notifications pour des moments de moindre concentration et s'adapte ainsi à l'état attentionnel de l'utilisateur, contrairement aux systèmes de notifications plus traditionnels qui sont aveugles à cet état. Le modèle DETOUR pourrait donc enrichir ces logiciels en ajoutant les étapes cognitives qui suivent l'arrivée d'une perturbation et permettrait de diminuer le nombre d'erreurs liées aux interruptions.

De nombreuses solutions web et logiciels existent déjà afin de vous aider à vous protéger de ces perturbations, même si leurs effets ne sont pas encore validés par des études scientifiques rigoureuses. En voici quelques exemples :

Le logiciel *Freedom*, qui coupera votre connexion au réseau pendant une période que vous choisirez. Vous pourrez enfin vous concentrer 30 min pour finir un dossier sans interruption !

Le logiciel *Antisocial*, qui bloque l'accès à certains sites communautaires comme *Facebook* ou *Twitter*, encore une fois pour une durée à définir. Vous pouvez même ajouter vos sites chronophages préférés. Finies les auto-interruptions !

Le logiciel *Ommwriter*, qui permet de faire du traitement de texte en s'isolant du monde. Rien n'est affiché à l'écran sauf une page blanche avec une musique relaxante en fond sonore tandis que les notifications sont coupées.

Le logiciel *Isolator*, qui une fois activé cache l'arrière-plan de l'écran pour réduire la distraction visuelle, ce qui est particulièrement bienvenu pour ceux qui travaillent sur un écran mac

Mais comment se protéger des interruptions engendrées par les collègues ? En effet, il n'est pas possible de les anticiper, car ce sont des événements spontanés. De plus, ceux-ci ne peuvent pas facilement savoir si vous êtes disponible pour leur répondre. Heureusement, des systèmes d'avertissement sont à l'étude, appelés « Availability-Sharing Systems », qui signaleront votre disponibilité aux autres sous la forme d'icônes visibles depuis l'extérieur de votre *box*. Par exemple, une lumière rouge pourra indiquer que vous n'êtes disponible à aucune question, une lumière orange indiquera que vous n'êtes disponible qu'aux questions urgentes, et une lumière verte indiquera que vous êtes disponible. Plus innovant encore, l'espace de travail tout entier peut s'adapter à l'état de disponibilité du salarié. Afin de réduire la distraction sonore, certains chercheurs<sup>(4)</sup> ont inventé un système de casque avec micro à porter constamment dans l'*open-space*. Celui-ci étouffe automatiquement les bruits en provenance de l'*open-space*. En revanche, si vous souhaitez avoir une conversation avec quelqu'un, il suffit de vous mettre face à face avec cette personne pour que le système vous connecte et transmette le son des micros pour chaque interlocuteur. Le système permet même d'incorporer plus de deux personnes et résout ainsi le problème du bruit constant dans les *open-space*.

En conclusion, les travaux menés aujourd'hui au laboratoire EMC nous montrent que certains environnements de travail ainsi qu'une utilisation non maîtrisée des TIC peuvent engendrer des problèmes de concentration. Au travers des perturbations qu'ils génèrent, les risques de provoquer des erreurs parfois dramatiques sont amplifiés. Nous avons développé un modèle, le DETOUR, qui simule l'effet d'une perturbation sur notre système cognitif. Celui-ci permettra d'apporter un éclairage sur les spécificités cognitives d'une perturbation sur notre attention et enrichira les différentes solutions déjà présentes.

Cyril COUFFE

Doctorant CIFRE et consultant

Laboratoire d'Étude des Mécanismes Cognitifs

Université Lyon 2

Greenworking - cabinet de conseil en innovation organisationnelle et bien-être au travail

Directeur de recherche : George A. MICHAEL

## Références

- (1) BIRON, A. D., LOISELLE, C. G. and LAVOIE-TREMBLAY, M. (2009), Work Interruptions and Their Contribution to Medication Administration Errors: An Evidence Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6: 70-86.
- (2) SPIRA, J., and FEINTUCH, J. (2005). The Cost of Not Paying Attention: How Interruptions Impact Knowledge Worker Productivity, *Basex*.
- (3) BAILEY, B. P. and KONSTAN, J. A. (2006). On the need for attention-aware systems: Measuring effects of interruption on task performance, error rate, and affective state. *Computers in Human Behavior*, 22(4): 685-708.
- (4) DANNINGER M., VERTEGAAL R., SIEWIOREK D. P., and MAMUJI A. (2005). Using social geometry to manage interruptions and co-worker attention in office environments, *Proceedings of Graphics Interface*, 211-218.

## Les Inconfiants, un ouvrage né d'une résidence à quatre mains au Vinatier

Textes et interviews par Jean-Emmanuel DENAVE

L'écrivain Tatiana ARFEL et le dessinateur et photographe Julien CORDIER étaient en résidence à l'Hôpital psychiatrique du Vinatier de mars à septembre 2014. Une période clef pour l'établissement dont les services de psychiatrie adulte déménageaient dans de nouveaux espaces de soin.

De cette résidence sont nés un livre illustré, *Les Inconfiants* (éditions Le Bec en l'air), et l'exposition « Entre-deux Vinatier » que l'on a pu découvrir à la Ferme du Vinatier jusqu'au 10 avril 2015.

**La Ferme du Vinatier en quelques mots :** Le service culturel du Centre Hospitalier Le Vinatier est une interface originale reliant l'hôpital à la cité, intégrée à la politique d'établissement dès sa création en 1997 et ouverte à tous les publics. Installée dans d'anciens bâtiments agricoles, la Ferme du Vinatier un espace public ouvert et protecteur dans l'hôpital, par la médiation de l'objet artistique et culturel afin de susciter rencontres, échanges et mixité entre usagers, professionnels hospitaliers et population.

### Entretien avec Tatiana Arfel

Tatiana ARFEL est née en 1979 à Paris et vit à Montpellier. Psychologue de formation et diplômée de lettres modernes, elle anime aujourd'hui des ateliers d'écriture, principalement auprès de publics en difficulté. Elle est également cofondatrice du collectif « Penser le travail » à Montpellier.

Ses trois romans, *L'Attente du soir* (2008), *Des clous* (2010) et *La Deuxième Vie d'Aurélien Moreau* (2013), tous parus chez José Corti, interrogent, par un travail sur la langue, la place de l'individu dans la société. Son premier roman a obtenu six prix littéraires (notamment le prix Emmanuel-Roblès, le prix Alain-Fournier et le prix du Premier Roman de Draveil).

**Pouvez-vous rappeler les conditions de votre résidence au Vinatier, préciser les raisons de votre investissement dans un tel projet ?**

**Tatiana ARFEL :** J'ai été contactée par Yann NICOL, de la Fête du Livre à Bron, qui m'a proposé une résidence de création : passer trois mois (qui furent fractionnés) au Vinatier, pour rendre compte des changements structurels de l'institution, à l'occasion du déménagement des services (essaimés dans des pavillons, les services de psychiatrie adulte ont été rassemblés dans un grand et nouveau bâtiment). Yann NICOL m'a demandé de choisir un complice, artiste visuel, et j'ai pensé à Julien CORDIER, dessinateur et photographe. Nous avons demandé à ce que cette résidence soit aussi une résidence de médiation, c'est-

à-dire que nous avons animé un grand nombre d'ateliers (d'écriture, de masques, ou les deux mêlés), pour rencontrer patients et soignants de façon plus authentique et engagée.

Je me suis investie dans ce projet par intérêt pour l'institution psychiatrique et pour un possible travail d'écriture sur l'intériorité, et, naturellement, en raison de ma confiance en La Fête du livre à Bron et de mon admiration pour la Ferme du Vinatier, dont j'avais beaucoup entendu parler, et qui mène un travail remarquable. Enfin, la possibilité de publication dans la très belle collection Collatéral était une motivation forte : laisser trace.

**Est-ce qu'il y a pour vous dans ce travail une continuité avec votre livre précédent *La Deuxième vie d'Aurélien Moreau*, ainsi qu'avec votre formation initiale de psychologue (en quoi cette formation vous a-t-elle éventuellement aidé) ?**

Il y a une continuité avec l'ensemble de mes romans qui travaillent la question de l'adaptation/conformité de chacun, ou pas, à notre monde, toujours d'un point de vue de narrateur interne (le « je »), soit, encore une fois, d'intériorité. La formation de psychologue est devenue relativement technique (statistiques, tests, neurobiologie) : si j'ai été aidée dans ce champ, c'est davantage grâce à ma propre psychanalyse, qui m'a permis d'explorer l'ensemble de mes « strates » intérieures. Par contre, naturellement, faire des études de psychologie clinique et écrire, relèvent du même intérêt pour l'intime, la psychologie étant une façon moderne de l'aborder, mais tout autant que la philosophie, la spiritualité, ou les arts en général.

**Comment, en tant qu'écrivain, aborde-t-on un lieu aussi vaste, hétérogène, en mutation (nouveaux bâtiments, évolution de la psychiatrie vers un « management gestionnaire », vers des prises en charge plus courtes), un lieu aussi chargé d'histoire(s), tel que le Vinatier ?**

D'abord en parcourant le lieu au hasard (c'est un très grand parc, avec de nombreux pavillons, bâtiments, un espace où se perdre), en se laissant imprégner le plus passivement possible. Puis, en animant donc ces ateliers, qui permettent à la fois d'aller dans les services et de prendre le temps de rencontrer chacun. La Ferme nous a également organisé de nombreux rendez-vous pour que nous puissions poser nos questions à satiété. À noter qu'on ne peut évacuer de ce lieu la question tant du chagrin que de l'enfermement, qui m'a conduite à me faire une coquille protectrice. Le travail d'écriture était aussi de travailler à l'amincissement de cette coquille afin d'être disponible et de porter voix. La question de l'histoire, présente au début dans mon écriture (après la lecture d'archives, de témoignages), a été finalement évacuée du texte final : il y avait déjà tant, trop, qui débordait à se dire sur le maintenant...

**Qu'est-ce qui vous a frappée, « attrapée », qu'est-ce qui a déclenché l'écriture de ces récits à la première personne ?**

Ce qui m'a frappée en premier lieu c'est la question des corps des patients, corps ralentis, souffrants, immobilisés par les médicaments ou la maladie - et l'écho sur mon corps à moi. Il a toujours été évident que j'écrirais à la première personne (c'est ce que je fais d'habitude), du dedans de chacun, comme un comédien entre dans un personnage, ou comme on capte une fréquence radio. Entrer dans ces corps, capter ces voix a été assez intense, je me suis ainsi retrouvée dans des états d'angoisse, voire de pertes de mémoire (pour un personnage très âgé), qui n'étaient pas miens. Il s'agissait ensuite, après avoir été canal, de retrouver mon corps mobile, et ma langue propre.

**Pourquoi ce titre... « Les Inconfiants » ?**

Le titre a été difficile à trouver. Il a été suggéré par Fabienne PAVIA, l'éditrice, d'après une expression de l'un des personnages de cette galerie de portraits. Ce choix m'a plu, pour sa proximité sonore avec « les inconscients » et parce qu'il englobe aussi bien patients, soignants, agents, dans cette période de transition à l'hôpital, assez troublée.

**À partir de quel « matériau », de quelles rencontres avez-vous rédigé ces différents récits ? Quelle est la part de réécriture, quels ont été vos choix formels...?**

Le matériau est l'animation d'ateliers (avec des adultes, enfants, personnes âgées) et les rencontres avec des patients, soignants, agents du parc, syndicats... Je n'ai jamais noté ou enregistré de propos en direct, mais laissé infuser l'ensemble, avant de construire mes personnages. Quelques points précis sont naturellement ressortis (comment on appelait les patients avant, par exemple, ou

encore l'inquiétude partagée face au changement), mais de façon secondaire, filtrée. Le choix formel est le même que d'habitude pour moi : recevoir, laisser descendre, écouter la voix qui remonte et m'en faire scribe.

**Comment s'est articulé votre travail d'écriture avec le travail de dessin et de photographie de Julien CORDIER ?**

Nous étions d'accord pour éviter dès le début un choix d'écriture comme première, suivie d'un dessin simplement illustratif. Nous avons donc travaillé chacun de notre côté, avec des sensibilités, des convictions, des expériences (ateliers, rencontres, promenades, conférences) semblables. Julien a terminé une première série de dessins avant même que je ne commence à écrire. J'ai pensé un temps à m'inspirer de ces dessins pour écrire les portraits (inversant cette question illustrative au profit de l'image première), mais les dessins étaient trop pleins, riches, complets pour que j'y ajoute quelque chose. Nous avons donc continué à travailler en parallèle, tout en suivant le travail de l'autre qui a forcément dû jouer. À la fin, chaque dessin a facilement trouvé place à côté d'un texte - ou bien l'inverse.

**Le livre apparaît comme une sorte de « chœur » à plusieurs voix, à plusieurs espaces et lieux... Les patients comme les soignants semblent tous en proie à la recherche d'une identité/subjectivité, ou au moins au remaniement de leur identité... Est-ce que ce problème crucial de l'identité pour la psychose a été pour vous un support pour l'écriture de votre livre ? Est-ce que le fait de « prêter » vos mots à la parole des autres participe à ce processus de recherche d'identité, de fil conducteur de la subjectivité ?**

Oui, certainement, même si pour ma part je formulerais plutôt cette identité en terme de langue. Notre langue mineure, comme l'écrit Gilles DELEUZE\*, qui permet de résister à la langue majeure (monde du travail, éléments de langage du politique, publicités), en veillant à rester un étranger dans sa propre langue. J'étudie cette identité à travers la langue de chaque personnage, en ce qu'elle dit de son corps et de sa structure psychique. En ce sens, la psychose est évidemment, en termes formels, plus spectaculaire, et spécifiquement la schizophrénie - le personnage de Paco. Cependant, cette question d'identité nous est commune à tous et je crois à l'idée que nous avons chacun traversé (Mélanie KLEIN...) l'ensemble des structures psychiques, psychose incluse, dont nous portons encore les couches en nous. Je ne considère pas exactement prêter mes mots à la parole des autres, mais (même si c'est une pensée magique de ma part) plutôt, offrir aux personnages, par mon corps et mes mains (qui tapent à l'ordinateur), une possibilité d'expression. Généralement, je ne sais pas d'avance ce qu'un personnage va dire, je cours derrière, il me surprend, et quand il meurt, alors que je ne l'avais pas prévu, c'est moi qui pleure...

\*ndlr : notamment dans Gilles DELEUZE et Félix GUATTARI, *Kafka, Pour une littérature mineure*, éditions de Minuit, 1975

## Le dernier roman de Tatiana ARFEL : *La Deuxième vie d'Aurélien Moreau*, José Corti, 2013

*Aurélien Moreau* est un « normopathe », soit un personnage tellement normal qu'il en devient pathologique, « monstrueusement » lisse et adapté aux règles sociales. S'accrochant à ces dernières, il se défend à la fois de ses propres troubles et désirs, et des crises et des remous du monde extérieur. « Oui, j'ai fait ce qu'il y avait à faire. Sans trop y penser et sans même le décider. J'ai accumulé papiers, diplômes, normalité, dates, échelons. En famille, j'ai vécu du mamelon. Accepté la bouillie, porté des couches puis pratiqué le pot. J'ai rampé puis marché, fréquentant l'école par devoir comme plus tard le bureau. [...] Autres lieux, autres papiers, j'ai été baptisé. J'ai trotté en robe blanche vers la confirmation et la communion solennelle. Je suis inscrit dans tous les registres jusqu'au mariage. Tant de l'église que de la mairie, à dire vrai, je n'attends plus que mon certificat de décès ». Cette vie blanche décrite par Tatiana ARFEL dans son troisième roman (*La Deuxième Vie d'Aurélien Moreau*), aux échos absurdes de *L'Étranger* de Camus, mais actualisés à notre époque (Aurélien est directeur adjoint d'une entreprise produisant des systèmes d'alarme, habite une résidence huppée ultra-sécurisée, etc.), va peu à peu basculer, prendre des couleurs, bifurquer vers une ligne de fuite. Ce sont les coups de semonce de « la crise », de délocalisations iniques, qui déchireront la cote de mailles d'*Aurélien Moreau*. À travers ce personnage, certes un peu caricatural, et avec son écriture forte, singulière et pleine d'humour, Tatiana ARFEL nous tend une sorte de miroir où, peu ou prou, chacun trouvera une facette de soi.

JED

### Entretien avec Julien Cordier

Julien CORDIER a grandi en Alsace. Diplômé des Arts décoratifs de Strasbourg, il vit à Marseille et travaille comme illustrateur pour l'édition (Milan, Actes Sud...) et la presse. Il est également l'auteur de films d'animation auto-produits. Formé au théâtre d'ombres et au théâtre de marionnettes, il joue *Polichinelle*, un spectacle de marionnettes d'origine napolitaine. Il s'occupe par ailleurs d'ateliers d'illustration et d'initiation à l'image animée avec des scolaires et d'autres publics.

#### Comment avez-vous abordé cette résidence au Vinatier ? Qu'est-ce qui a déclenché vos photographies et vos dessins ?

Avec Tatiana ARFEL, notre première approche a été d'aller à la rencontre des patients et des soignants par le biais d'ateliers de dessin et d'ateliers d'écriture. Nous avons réalisé des masques, un travail de taches sur papier similaire aux taches du test de Rorschach... Tatiana a demandé aux participants d'écrire des textes à partir de ces taches. Tout au long de notre résidence, nous avons été en dialogue Tatiana et moi, et ces discussions ont beaucoup nourri mon travail.

Au début, je prenais beaucoup de photographies des lieux sans savoir ce que j'allais dessiner, et, parallèlement, je faisais des dessins sans m'appuyer sur les textes de Tatiana. Alors que je ne l'avais jamais fait jusqu'à présent, j'ai fini par croiser dessins et photographies, avec l'idée de confronter le réel avec l'imaginaire.

#### La question de la présence des corps semble essentielle dans votre travail pour ce livre, et en même temps ces corps dessinés sont souvent fantastiques ou surréalistes, translucides comme des fantômes ou des anges gardiens... Il y a comme une tension entre la réalité concrète et l'irréel ? Est-ce une tension que vous avez ressentie au Vinatier ? Quels conflits avez-vous voulu exprimer ?

J'ai dessiné essentiellement des corps et j'ai photographié essentiellement des espaces, des « paysages ». J'ai ensuite fusionné dessins et paysages, afin de fondre ensemble le réel et l'imaginaire. L'hôpital est très grand, il comporte des espaces difficiles, parfois même

carcéraux, et je me demandais à travers mes dessins : qu'est-ce qu'il se passe dans l'esprit des gens, comment s'échappent-ils par la pensée ?

#### Certains de vos dessins sont assez sombres...

Oui, l'homme-cadenas par exemple, que j'ai dessiné au milieu d'une ancienne chambre d'apaisement dont l'ambiance m'a paru terrible avec, encore, des odeurs très fortes, ça transpirait le mal-être. J'ai remplacé les pieds du personnage par les pieds du lit vissés au sol, ce qui relève pour moi de l'ordre de l'immuable. Le personnage se transforme en mobilier d'hôpital.

Parfois les corps des personnages sont amputés comme j'ai pu l'observer chez certains patients qui avaient tenté de se suicider. D'autres corps sont morcelés, car j'ai appris avec Tatiana que cela constituait l'un des symptômes ressentis par certains patients...

Mais je n'ai pas voulu représenter seulement les aspects négatifs de l'hôpital, mais m'ouvrir à ses autres dimensions, mettre un peu d'humour aussi parfois dans certaines œuvres. J'ai ressenti au Vinatier tout un spectre d'émotions que j'ai essayé de rendre avec le plus de précisions possible.

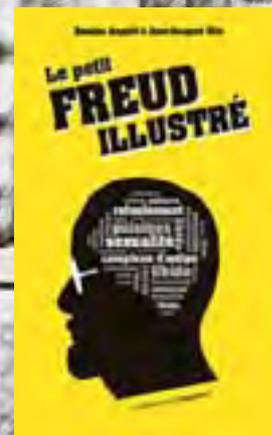
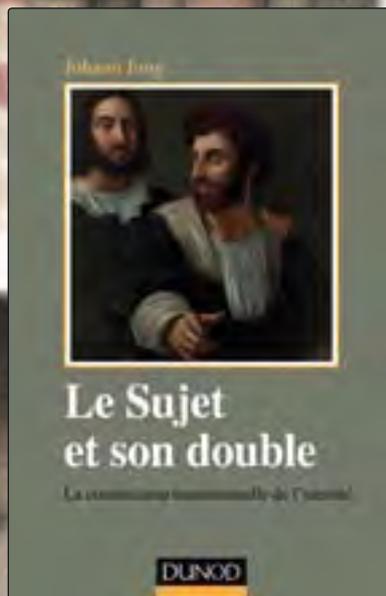
#### Vous êtes-vous documenté sur les représentations de la folie à travers l'histoire de l'art pour vous aider à travailler ?

Je suis, depuis longtemps, très admiratif du travail de Jérôme BOSCH et de GOYA. Pour nourrir mon travail au Vinatier, je me suis particulièrement penché sur la série des *Caprices* de Francisco de GOYA (recueil de 80 gravures réalisées entre 1797 et 1799). GOYA utilise certains codes, comme celui des représentations animalières pour exprimer certains traits humains, que j'ai pu réutiliser. J'ai regardé aussi la relecture des *Caprices* de GOYA par les artistes contemporains britanniques JAKE et Dinos CHAPMAN. Mon dessin-photographie *la Roue de fortune* est directement inspiré de *Subir y bajar* de GOYA : on y retrouve un bouc (faisant référence aux animaux présents dans les espaces verts du Vinatier et au dieu Pan), et aussi le passage des électrochocs à la chimie, les anciennes chaînes des aliénés...

Tatiana ARFEL & Julien CORDIER, *Les Inconfiants*, éditions Bec en l'air, 2015, 125 pages, 14,90 €



en kiosque



\*références

