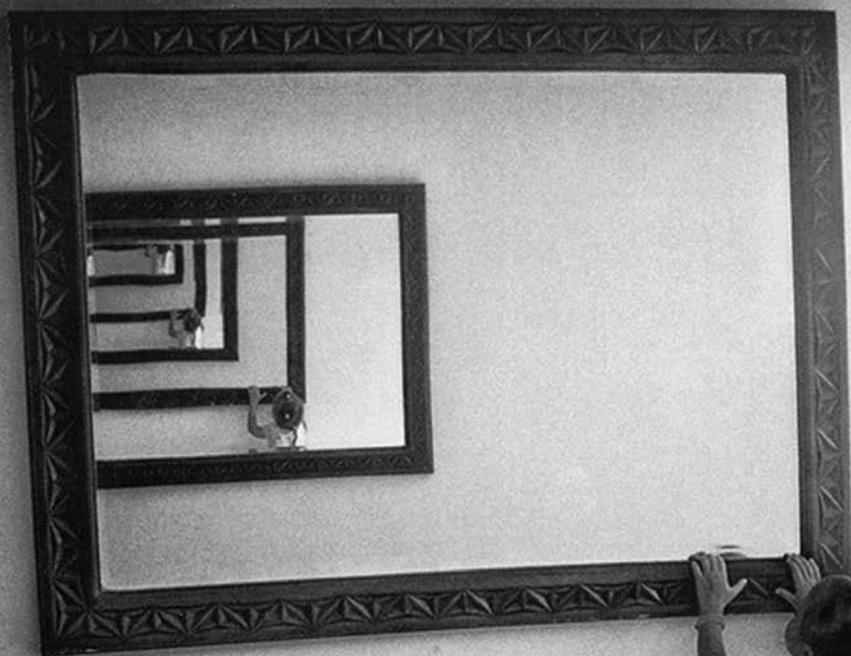


Canal PsY  
Hors-série n°8



**Espaces en exploration**  
Des frontières à la rencontre

## **Déjà parus dans la même collection**

Hors-série n°1 - 2005

*Groupe, filiation et situations extrêmes en Psychologie Clinique*

Hors-série n°2 - 2010

*Re-co-naissance. Être et devenir Psychologue*

Hors-série n°3 - 2011

*Re-co-naissance. Le psychologue et l'interprofessionnalité*

Hors-série n°4 - 2012

*Re-co-naissance. Trouvons-créons nos pratiques cliniques*

Hors-série n°5 - 2013

*Re-co-naissance. Corps engagés, corps langagiers*

Hors-série n°6 - 2014

*Re-co-naissance. L'essence du silence*

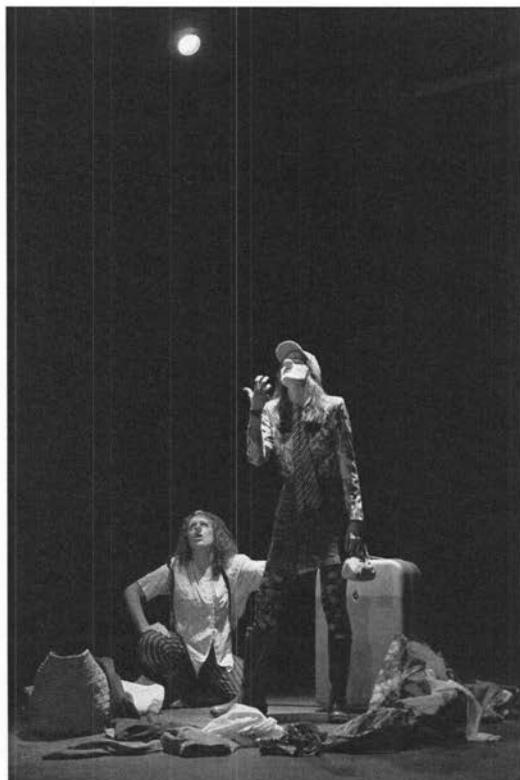
Hors-série n°7 - 2015

*Re-co-naissance. Figures de la temporalité*

# **Espaces en exploration**

## **Des frontières à la rencontre**

7<sup>ème</sup> Journée du Master 2 Professionnel Psychopathologie et Psychologie Clinique  
du 27 février 2015



## Introduction

**Albert CICCONE**

Je suis heureux de vous accueillir à cette 7<sup>ème</sup> Journée du Master Professionnel de Psychopathologie et Psychologie Clinique, sur le thème de l'espace.

Ces Journées sont maintenant traditionnelles dans la vie du Master Pro. Il s'agit d'un moment de rencontre, d'un espace de rencontre entre étudiants de différentes promotions, professionnels, universitaires. Ce sont les étudiants de la promotion de l'an dernier qui ont organisé la journée d'aujourd'hui. La parole est donnée essentiellement aux nouveaux-ex-étudiants et aux professionnels maîtres de stage, ce qui est plutôt rare dans les colloques universitaires.

Je remercie le Département de Psychologie Clinique, le Département Formation en Situation Professionnelle, qui soutiennent ces Journées, et puis Canal Psy, notre collaborateur fidèle, Marc-Antoine, Frédéric, grâce à qui sont publiés les Actes de chacune des Journées.

Ces Journées sont donc au service d'une solidarité dont on a bien besoin. L'an dernier, lors de la 6<sup>ème</sup> Journée, je vous tenais informés des tractations qui avaient lieu concernant les nouvelles nomenclatures de Master, et je vous disais qu'au moment où je vous en parlais on était vraisemblablement en train de se faire avoir. Eh bien oui, on s'est bien fait avoir. La mention qui nous concerne, comme vous le savez ou ne le savez peut-être pas, ne contient plus les termes de « psychologie clinique ». Ceux-ci ont été « transférés » si on peut dire dans un autre champ, connexe au nôtre, mais qui n'est pas le nôtre.

Il est difficile de résister, il est bien plus facile de se soumettre, on est dans un système qui fabrique de la servitude comme disent certains – et des personnes « autorisées », comme disait et en riait COLUCHE, nous ont fait savoir que les choses étaient « fossilisées », ce qui a pour objectif de faire taire les derniers désirs de résistance. Mais comme on ne se laisse néanmoins pas faire, on a récupéré le terme de « psychologie clinique » au niveau du *parcours* de formation. Le parcours qui correspondra à notre actuel Master Professionnel s'intitulera : « Psychopathologie et psychologie cliniques ». C'est pour l'instant notre proposition, encore faut-il qu'elle soit acceptée.

Mais même si elle est acceptée, ce n'est pas satisfaisant, il faudra encore nous battre pour faire changer les termes, car, comme vous le savez, les mots qu'on utilise sont importants. Ils ne sont jamais neutres.

Une autre façon de ne pas se soumettre consiste à profiter de ces débats actuels concernant les mentions, les masters, les maquettes, pour avancer sur un autre terrain, pour faire avancer d'autres idées, celle notamment d'un Doctorat Professionnel. Vous savez sans doute que c'est une question qui me tient particulièrement à cœur, je crois qu'il y a là une manière de revaloriser la psychologie en général, le statut de tous les psychologues, et la place et le travail des psychologues cliniciens en particulier. Aussi nous avons prévu une journée sur cette question, que nous co-organisons avec le SNP et le SIUEERPP. Elle aura lieu ici le 8 septembre, vous en serez informés.

Vous savez que les étudiants organisent aussi les « Conférences du M2Pro », conférences ouvertes à tous. L'an dernier ont été invités Roland GORI puis Olivier DOUVILLE. Cette année les étudiants – de la promotion actuelle – ont invité Daniel COUM (de Brest), sur les nouvelles formes de parentalité, le lundi 27 avril, et Jean-Pierre LEBRUN (de Belgique), sur les liens incestuels, le lundi 18 mai. Ces conférences ont lieu à l'amphi Cassin, de 19 h à 21 h. L'entrée est gratuite.

Revenons à notre Journée. Après des questions légitimes sur l'identité du psychologue clinicien (1<sup>ère</sup> Journée : « Être et devenir psychologue » ; 2<sup>ème</sup> Journée : « Le psychologue et l'interprofessionnalité » ; 3<sup>ème</sup> Journée : « Trouvons-créons nos pratiques cliniques »), après un questionnement sur la place du corps et de la parole (4<sup>ème</sup> Journée : « Corps engagés, corps langagiers » ; 5<sup>ème</sup> Journée : « L'essence du silence »), le thème de l'an dernier était le temps (« Figures de la temporalité »). Tout logiquement, celui de cette année est l'espace : « Espaces en exploration. Des frontières à la rencontre ».

Cela est logique, car temps et espace sont intimement liés : le temps est un espace en mouvement, un espace qui se déplace, selon la définition qu'en donne la physique.

Les contributions d'aujourd'hui vont explorer différents lieux, avec les particularités des lieux d'intervention du psychologue clinicien. Les réflexions porteront sur le cadre, l'espace des cadres et des dispositifs, sur les articulations, les correspondances entre espace psychique et espace concret. Elles concerneront la scène du soin, la scène du travail clinique.

Le sous-titre est « Frontière et rencontre » : deux termes extrêmement importants. C'est souvent le sous-titre qui est plus important que le titre. Le lieu du soin psychique est toujours la rencontre. Même si c'est un peu une illusion de penser qu'on puisse vraiment se rencontrer.

J'aime bien faire des parallèles entre la psychologie et la physique. Vous savez que la physique quantique nous apprend qu'il n'y a jamais de rencontre, il y a toujours un espace entre les éléments de la matière. Ce qui fait qu'on ne se touche jamais. Aucun objet ne peut en toucher un autre, cela, car un champ magnétique à la surface des électrons fait que le contact est impossible, le toucher est une illusion. Il y a toujours un espace, un vide entre deux corps, entre deux objets.

De même, vous le savez, l'espace est plein de vide. On sait que la nature, la matière est faite essentiellement de vide : 99,90 % de la matière est fait de vide. Par exemple, si on représente un atome à la taille d'un amphi, le noyau de l'atome aura la taille d'une tête d'épingle, et les électrons s'agiteront sur les murs de l'amphi. Entre, il n'y a que du vide. On peut d'ailleurs se demander pourquoi on ne passe pas à travers le plancher... Et pourtant le vide n'existe pas, pas plus en physique qu'en psychologie. On ne peut pas penser le vide, le non-espace, le néant. Dès qu'on pense le vide, on le remplit. En affirmant l'existence du néant, on le substantifie, et dès lors on extirpe le néant de son statut de néant.

Donc même si on ne se touche jamais vraiment, même si on ne se rencontre jamais totalement, c'est toujours dans le contact, par le contact, dans la rencontre que se déroule le soin. D'où l'importance d'explorer les frontières, les limites, et les points de contact, de rencontre. Et aussi les points de passage, de communication, de communion pourrait-on dire. L'un de mes doctorants, Christophe LÉVÊQUE, travaille par exemple sur ce qu'il appelle la « trans-scénalité », ce qui passe ou ce qui permet le passage d'une scène à une autre, d'un espace à un autre. Bref, je suis donc très impatient d'entendre les orateurs d'aujourd'hui.

Et je vais tout de suite passer la parole, pour une introduction à la notion d'espace, à David CHANDEZON, qui fait partie de notre équipe de tuteurs, au sein de notre Master Professionnel.

Je vous remercie et vous souhaite un bon espace de rencontre !

Albert CICCONE  
Directeur du Master Professionnel  
de Psychopathologie et Psychologie Clinique,  
Psychologue clinicien,  
Professeur de psychopathologie et psychologie clinique  
à l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2



**Bruand ou la chute du corps,  
*pour introduire la thématique de la journée...***

**Intervention**

**David CHANDEZON**

## David CHANDEZON

Tout d'abord, je tiens à féliciter les organisateurs pour leur capacité à se mettre en œuvre ensemble pour nous recevoir aujourd'hui. Puis, je tiens à les remercier de me laisser ce temps de parole et à Albert CICCONE de partager son espace – l'espace d'Albert CICCONE – je me sens un peu privilégié d'être avec lui et avec vous pour ce temps d'introduction puis à l'écoute des communications tout au long de cette journée.

Etre à vos côtés en tant que maître de stage, tuteur, enseignant, être en présence de l'autre, me rappelle le titre de mon mémoire de Master 1 que j'avais intitulé « être en présence de l'autre au moment du sevrage ». A l'époque, j'étais en stage au sein d'un service hospitalier qui organise des soins en addictologie que l'on appelle communément cures de désintoxication ou sevrage alcoolique. Les patients séjournent entre 3 et 5 jours pour être sevrés sur le plan physique. Sevrage physique donc psychologique aussi et, le plus souvent, un temps pendant lequel les patients sont seuls, face à eux-mêmes... être seul au moment du sevrage, moment propice à la régression, quitter une dépendance à un produit et se retrouver dans l'environnement hospitalier ou l'on dépend de l'autre soignant. A la manière d'un enfant seul avec son entourage, son environnement souvent, je pense à vous, étudiants, qui apprenez seuls en présence de vos maîtres de stage - et des professionnels - en présence de vos maîtres internes qu'ils soient professionnels, enseignant et dont certaines figures sont, j'en suis sûr, ici présentes avec nous...

J'ai beaucoup appris de ce stage en «addicto» et quinze ans après, comme je travaille toujours en addictologie, je suis toujours aussi attentif à ce moment de séparation que constitue le passage de la dépendance au sevrage. Image d'un passage qui, par associations d'idées, me fait penser à la position des étudiants de M2. Entre le travail accompagné, en présence de leur maître de stage et celui, seul, expérimentant leur place de psychologue (dont ils témoignent souvent en opposant cadre externe et cadre interne à travers leur cheminement ou sous la formule hasardeuse « mon contre-transfert m'a dit ») avant de pouvoir se sevrer (pas toujours et pas pour tous) de l'Université et devenir de futurs collègues, comme je me tiens devant vous, porté par mes anciens enseignants devenus collègues...

C'est l'image du temps qui passe, du sens de la vie en quelque sorte mais parfois cette filiation peut être bousculée, en désordre car porter l'autre et se sentir porté nécessite une conscience, une représentation de soi et de son environnement. Or, pour certains sujets, la construction de cette représentation de soi, de son espace, de son corps dans l'espace, de son identité, de ses limites est souvent en faillite. Pour les consommateurs d'héroïne par exemple, le moment du *shoot* peut-être conçu comme un moyen de tester sa propre pesée, son propre volume, son espace (enveloppe) physique et psychique.

Le moment de basculement qu'autorise le produit et que je vais essayer d'appréhender avec vous, pourrait être caractérisé comme une chute du corps.

La clinique en addictologie est une clinique du corps, de la sensation du corps qui bouge, qui plonge pour ainsi dire dans l'espace et qui cherche ce moment où il tient et celui d'après où il chute. Entre les deux, il y a ce moment de basculement. L'analyse, la tentative de décryptage de ce mouvement de bascule, de perte de contrôle, de se sentir tomber furent très présents dans la psychothérapie de Bruand. Je vais essayer de vous le retranscrire à travers cet exemple clinique.

#### *Bruand ou la chute du corps*

Bruand entre dans mon bureau et envahit immédiatement tout l'espace. Bruand est grand il mesure presque deux mètres, mais surtout il s'exprime de manière bruyante par de grands gestes brusques qu'il déploie pour accompagner son discours, surlignant ainsi l'impression de grandeur déjà ressenti. Je l'invite à entrer, prendre place dans les fauteuils placés autour d'une table, nous nous retrouvons assis face à face. Intérieurement, je me sens tout petit, non pas écrasé par sa taille ou son poids mais, de petite taille face à un géant d'une grande envergure. Je pense aux tableaux d'Ella et Pitr. La position assise nous met presque à la même hauteur et cela me rassure probablement, je suis calme, posé dans une neutralité corporelle. Bruand lui, gesticule, s'anime, et c'est tout son corps qui s'évertue à me raconter son histoire. La parole est claire, le discours bien construit, le vocabulaire choisi, le corps lui est agité, mal coordonné, il donne l'impression de partir dans tous les sens. Un bras se lève, des jambes se plient et se replient. J'observe cette communication corporelle, ce jeu, et me demande si cette tête contrôle bien ce corps ? Je remarque alors les nombreuses taches de peinture qui jonchent sa chemise et ses chaussures. Son apparence, ce qu'il montre à voir, est donc en accord avec son activité. C'est la première note d'accordage entre ce que je vois, ressens, perçois et ce qui est, car Bruand est peintre.

Bruand se rend au centre d'addictologie pour sa toxicomanie depuis quelques mois. Auparavant, il a été plusieurs fois hospitalisé en psychiatrie à la suite d'une décompensation sur un mode de phobie sociale, il avait alors 20 ans. Il était étudiant aux Beaux-Arts et supportait de moins en moins les moqueries de ces camarades à

son sujet, il se faisait régulièrement appeler « grande asperge ». Bruand dit qu'il ne sait pas se défendre face aux autres, sa mère le considère toujours comme un enfant sans défense « un enfant pur » comme elle lui dit. Bruand a eu une adolescence difficile, notamment par rapport à ce corps qui le met à part des autres, hors de la norme. C'est à cette période qu'il commence à être attiré vers des pratiques en marge, du côté du sensationnel. Il trouve ainsi dans le saut en parachute, dans la chute libre de quoi justement contre-investir cette mauvaise image de son corps, des sensations positives à l'extérieur pour lutter contre un mauvais ressenti interne, pourrait-on penser. Dans l'air, on ne ressent pas le poids (ni la taille) de son corps. Fort de cette découverte, de cette rencontre initiatique comme on le dit du toxicomane avec l'héroïne, Bruand cessera peu à peu d'aller à la fac pour se consacrer à une formation professionnelle, un monitorat de parachute. Mais, une nouvelle fois raillé par le groupe d'apprenants, Bruand décompensera en plein milieu de sa formation et sera hospitalisé en psychiatrie où il fera son premier séjour en pavillon fermé. Peu de temps après sa sortie, il commence à prendre de l'héroïne.

Je le rencontre donc après sa prise en charge par un médecin, il est sous traitement de substitution avec une dose de méthadone encore jamais prescrite dans notre service, il est une nouvelle fois hors norme.

Nos rencontres ont lieu dans un cadre de psychothérapie à sa demande. Il a déjà rencontré des psychologues et des psychiatres au cours de ses séjours en psychiatrie. Il en garde plusieurs souvenirs, notamment des phrases de médecin qu'il ressort mot à mot dans les entretiens, cherchant encore le sens de leurs dires, mais aussi, souvent, pour exprimer sa pensée en contradiction avec celle des professionnels. Peu à peu, l'art infiltre les séances et je m'aperçois que je peux m'appuyer sur les échanges que nous avons autour de la réalisation de ses toiles pour faire médiation autour de ses émotions, ses ressentis et son histoire. J'ai moi-même une certaine sensibilité à la peinture tout du moins en tant que spectateur car je ne suis pas peintre. Je me dis qu'il serait intéressant qu'il amène ces toiles en séance car nous en parlons déjà ensemble. Je me dis qu'on ne se rend pas vraiment compte du travail de la peinture comme cela, à distance. Je ne perçois pas les couleurs, l'épaisseur du trait, j'ai envie de rendre plus vivant son expression artistique et suis animé par mon désir, ma curiosité, mais j'ai aussi l'intuition que cela le valoriserait de me présenter ses toiles. Je lui en fais donc la proposition. Il accepte un peu surpris par une telle démarche. Le dispositif de psychothérapie est un peu changé par la présence des œuvres dans le bureau. Bruand peignant sur des grands formats, nous devons réaménager l'espace pour poser les toiles de manière à avoir un peu de recul pour les observer. Ce nouvel aménagement nous conduit à nous installer en côté à côté. La toile est posée sur un fauteuil ou à même le sol devant nous. Nous formons ainsi un triangle dans l'espace. Je noterai par la suite que ce dispositif figurera un point de départ dans la thérapie, c'est en effet au cours de cette séance que je déciderai de donner à Bruand des rendez-vous à des jours et horaires fixes comme une manière de traiter le fond autant que de la forme, de donner un repère fixe, un amarrage.

Pour cette première séance en présence d'une œuvre, Bruand m'apporte une toile représentant trois personnages. Il m'explique ainsi qu'il s'est inspiré d'une photo d'un cadre présent dans la chambre de sa mère représentant Jésus avant la résurrection. La main gauche soutient le cou de Jésus (c'est une photo souvenir de Florence peinte par Michel-Ange). Bruand s'inspire de plusieurs sources pour peindre, il voit une émission à la télévision ou l'entend à la radio, et par association d'idées et d'images produit une toile. La toile se lit comme un rêve, une condensation. Dans celle-ci, Bruand serait représenté en Jésus (un corps souffrant), sa mère en Marie (en tenue de bonne sœur) avec une seringue à la main. Elle chasse les bulles d'air avec ses doigts préparant ainsi l'injection. Interrogé sur les liens entre les personnages du tableau, Bruand me dira « c'est ma mère qui me drogue » sans réellement donner un sens à cette formule. J'associe pourtant ceci avec la première toile qu'il a réalisé. Il s'agissait d'un fœtus représenté dans le giron maternel une seringue à la main.

La peinture actuelle représente une chute de corps sans fin, sans fond, comme le fait remarquer Bruand : « j'ai vu une émission à la TV je m'étais dit que la vie était une chute sans fin ». Jésus-Bruand souffre, sa couleur or représente le feu, l'abrasion, il est d'ailleurs presque sans chair, on y voit un corps décharné, des os. Ce Jésus tombe de sa croix et son corps chute dans l'espace, dans le vide. Il est comme le corps du parachutiste qui vient de sauter de l'avion. Le corps de la mère lui fait face, stoïque droite, tenue devant lui. Elle prépare une injection, son visage n'a pas de point de regard, pas d'yeux et ne manifeste rien envers son fils. Cette toile m'amène à interroger Bruand sur la manière dont il s'injectait l'héroïne. Il narre le cérémonial qui est immuable : « je m'installe à mon bureau qui se trouve dans ma chambre et me saisis d'un stéribox (boîte avec du matériel stérile d'injection). Je me fais un garrot avec une ceinture ».

Je lui demande de préciser « de quelle ceinture s'agit-il ? »

C'est une ceinture qui appartenait à ma mère et que je lui ai volée. Il semble interpellé par ce qui semble faire sens à ce moment pour lui, il s'arrête, réfléchit puis reprend : « C'est comme si je voulais que ma mère étrangle mes veines, comme si c'était elle qui me droguait ». Etrange lien qui mettrait bruand et sa mère dans une relation de dépendance où celle qui a donné la vie donnerait aussi la mort, insufflerait non pas un souffle de vie, mais un souffle de mort.

La thérapie amène Bruand à évoluer, il s'inquiète de ce qu'il ressent comme étant un changement identitaire. Il était presque un professionnel du saut en parachute, est devenu toxicomane et s'apprête à devenir artiste peintre. Il reste dans la marginalité, un peu à côté de la société, mais a du mal à faire le deuil de sa toxicomanie et de son identité de «toxico».

Bruand apporte ce jour un nouveau tableau. Il s'agit d'une peinture montrant un lavabo avec de l'eau qui coule, déborde. Il commente avant de fondre en larmes : « je suis une poubelle, un sac à foutre de l'art ». Comme nous nous mettons en côte à côte pour regarder le tableau il me dira « vous allez partir à Lyon à mi-temps et après à temps plein ». (Il s'agit du moment où je quittais mon temps plein sur l'hôpital

pour prendre un poste à mi-temps à l'Université, je l'en avais informé). Le tuyau d'évacuation du lavabo ne serait-il pas une manière de matérialiser l'angoisse que je ne l'évacue ? De nombreux éléments signifiants apparaissent dans le tableau : la stéribox, le bébé enchaîné, la couleur bleu de la Guadeloupe (représentant ses voyages pathologiques), le personnage, le « moi » avec les croix et les chiffres sur la tête en position fœtale. Ainsi petit à petit dans l'espace de la toile, sur scène, le vide s'organise. Le moi semble moins morcelé. Un nouvel élément apparaît il s'agit de l'eau (qui coule sans fin dans le tableau). Bruand m'informe qu'il se lave tous les treize jours en moyenne car il ne se sent pas, il attend alors que ça sente fort pour aller sous la douche.

Lorsque nous reviendrons sur cette toile un peu plus tard dans les séances, Bruand me fera part de son sentiment interne d'être sale d'avoir été sali. Ainsi deux scènes d'abus seront évoquées. Une première à l'âge de douze ans où il aurait été abusé par un jeune homme, fils des amis de la famille. A quatorze ans, il aurait lui-même abusé d'une jeune femme handicapée mentale dans son village. Dans ces deux souvenirs il ne se rappelle plus du visage de son agresseur ou de sa victime, « il y a comme un voile sur leur visage ». Suite à ces révélations, il va introduire un nouvel élément dans ses toiles, un ruban jaune sur lequel est inscrit « do not cross » s'inspirant du ruban en caoutchouc disposé sur les scènes de crimes des séries américaines.

Enfin, et je terminerai par cette toile, il s'agit d'un autoportrait qu'il a réalisé dans un grand format (la toile fait deux mètres sur cent trente cinq centimètres). Il s'agit de lui se représentant dans son atelier, un pinceau à la main. Cette toile est inspiré de DE STAEL, lui-même représenté dans son atelier en 1952. Il dit de cette oeuvre « comme il était très grand et que la toile est très grande cela donne vraiment une impression de «grandeur» ». Il poursuit, « j'hésite encore à la mettre en vitrine, mais honnêtement, j'en meure d'envie ». Dans cette toile on voit donc un personnage central. Il semble posé, stable. Le visage reste vide, rien n'est représenté. J'associe ce tableau avec les représentations célèbres de BRUANT réalisées par TOULOUSE-LAUTREC où le personnage prend toute la place dans le cadre, déborde presque.

La lecture que je souhaitais donner aujourd'hui de cette vignette est à plusieurs tiroirs, qui je l'espère pourront continuer d'être fouillés tout au long de la journée. D'abord celui de la rencontre clinique qui pour moi est une rencontre en corps à corps entre le thérapeute et le patient, « mon contre-transfert m'aurait dit » qu'il y avait un transfert corporel entre Bruand et moi. De sa grandeur, de son envahissement de l'espace de la thérapie vers le déplacement et l'aménagement d'un cadre, celui de la présence des toiles qui organise l'espace, canalise Bruand.

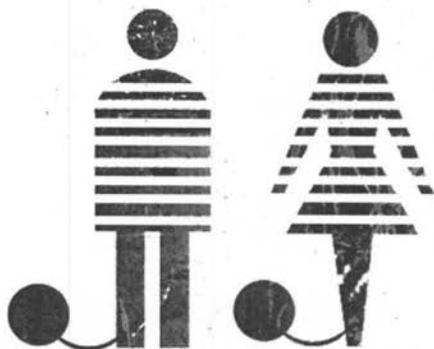
Ensuite, le tiroir de la souffrance psychique, celle de ne pas être compris, vu, réfléchi (ROUSSILLON) reconnu pour ce que l'on est par l'autre. Se sentir en décalage entre ce que je suis à l'intérieur et la façon dont l'autre nous perçoit, comment aider les patients à travailler sur cet écart souvent fécond ? Sur l'altérité, la rencontre avec l'autre ? Ne pourrait-on pas définir la psychothérapie comme une manière - et

j'emprunte cette dualité à HOUELLEBECQ - d'accompagner le patient entre la carte qui serait le commun et le partagé et le territoire la sphère de l'intime qui est à sillonner/rechercher ?

L'aménagement de l'espace, autrement dit de l'aire de jeu, entre le patient et le thérapeute, qui peut permettre au patient de se représenter comme Bruand sur la toile avec ses petits bouts d'histoire condensée et qui l'accompagnent de toile en toile cherchant ainsi à être représentés dans une forme de répétition.

En définitive, la chute du corps, le basculement dans l'espace, ne sont-ils pas comme des épreuves du sensoriel qui passent par la mise en mouvement à l'extérieur, faute de pouvoir se ressentir à l'intérieur ?

David CHANDEZON



**Les espaces en milieu carcéral :  
entre « formes frontières » et « spatialisation »**

**Intervention**

**Camille CHAMBRE et Herminie BRACQ-LECA**

**Camille CHAMBRE**

**Herminie BRACQ-LECA**

### **Introduction**

**Camille CHAMBRE** : Durant cette intervention, nous souhaitons ouvrir la réflexion sur le thème des espaces en prenant appui sur une pratique clinique dans un service médico-psychologique de région (SMPPR), un service de psychiatrie en milieu carcéral. Nous partirons d'une expérience de neuf mois pendant laquelle j'ai été accueillie en tant que psychologue stagiaire dans cette institution, auprès d'Herminie (je noterais d'abord une « espérance » de psychologue stagiaire !). Nous proposons de travailler autour de deux questions :

Partons de l'idée que l'espace peut s'entendre comme le cadre au sein duquel le psychologue clinicien est amené à exercer. La prison est un lieu de privation de liberté, où l'on ne peut aller et venir comme on veut, c'est un lieu d'enfermement qui n'est pas d'abord conçu pour le soin. Ainsi, quelles peuvent être les conditions de la rencontre clinique dans cet espace d'abord sécuritaire et parfois soignant ? De quelle manière le lieu peut-il influencer sur notre pratique et sur la population accueillie ? Comment utiliser ce cadre dans l'espace thérapeutique ?

De ce cadre particulier découle une violence protéiforme, parfois à la limite du partageable et du supportable. Comment fait-on l'expérience de la violence, induite certes par les conditions de détention, mais surtout rencontrée chez les patients, et leurs passages à l'acte, ainsi que dans l'aspect parfois médiatique et socio-politique des prises en charge ? Quels sont les effets de la violence sur l'espace institutionnel et sur l'espace interne du psychologue clinicien ?

Pour donner de la matière à notre propos, nous commencerons par présenter le SMPR, comme lieu de pratique et comme lieu de stage puis nous travaillerons à partir d'une expérience de suivi d'un jeune patient-détenu. Nous pourrions ainsi esquisser la transmission entre maître de stage et psychologue stagiaire notamment dans le déploiement d'une écoute « sensorielle ».

Je vais donc laisser la parole à Herminie qui va présenter le SMPR comme lieu de pratique.

## **Le SMPR, lieu de pratique, lieu de stage**

### *Un lieu de pratique*

**Herminie BRACQ-LECA** : L'institution dans laquelle j'interviens est un Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.), je suis membre d'une équipe psychiatrique, à temps plein, attachée à un centre hospitalier psychiatrique. Nous rencontrons des personnes dans un lieu de soin, marqué par le sceau de l'institution psychiatrique. Celui-ci a sans doute comme particularité d'accueillir toute demande de soin ; il n'est pas question de critères d'entrée ou d'évaluation protocolisée. Les missions du S.M.P.R. sont considérablement étendues vers des actions spécifiques (toxicomanie, alcoolisme, délinquance sexuelle...), vers le travail de liaison avec un Centre Médico-Psychologique extérieur, qui reçoit des patients, des familles et des intervenants d'autres disciplines. Parmi les cinq Unités Fonctionnelles du S.M.P.R., l'unité d'hospitalisation reste au coeur du dispositif de soin pendant le cursus pénal. Elle est aujourd'hui l'unité principale d'un pôle Santé Mentale des Détenus - Psychiatrie Légale, regroupant plusieurs unités, dont la récente Unité d'Hospitalisation pour Soins Aménagés (UHSA). Dans le cadre du Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.), il est fréquent d'accueillir en urgence un détenu qui s'est entaillé le bras, acte d'automutilation visant à abaisser un état de tension interne ou à avoir une action sur son environnement : changer de cellule, être transféré dans un autre établissement, avoir du tabac ou voir son psychiatre... Le corps est ainsi malmené et interrogé souvent sur le rôle dévolu aux sens quand de tels actes de violence sont devenus un banal moyen d'action. Les sens, sources potentielles de plaisir, sont détournés et deviennent sources de souffrance. Le soin vient ainsi comme une réponse en contradiction, en tentant de réinsuffler du plaisir à ressentir et à penser, l'un n'allant pas sans l'autre, cet enjeu va se retrouver à différents niveaux dans ce travail : le plaisir lié au corps, le plaisir licite, le plaisir partageable, le plaisir de penser.

Les sujets rencontrés impliquent nécessairement de chercher des cadres psychopathologiques actuels, au plus proche des souffrances qu'ils décrivent. La question de la limite est centrale : limite entre vie et mort, limite entre folie et normalité, limite entre transgression et licite. La première limite est celle entre vie et mort. La mort est donnée à un autre ou retournée contre soi. Elle est toujours en

question : le meurtrier peut-il à nouveau tuer ? Qui ou que peut-il tuer de lui ou de l'autre ? Nombre d'entre eux ont vécu des situations où ils ont risqué d'être tués physiquement et psychologiquement. Les cris rythment le quotidien et particulièrement le couloir d'hospitalisation du service médico-psychologique accueillant les détenus en état de crise. Les phrases répétées en boucle, les coups frappés sur les murs évoquent les bébés hurlant de désespoir ou mutiques décrits par René SPITZ dans ses travaux sur l'hospitalisme (1955).

Il est donc question aussi de survie corporelle et psychique. C'est également une clinique de la survivance et de la paradoxalité, et une clinique de l'effacement. Ces points seront illustrés par les situations cliniques présentées par Camille CHAMBRE.

### *Un lieu de stage*

**C.C :** Pour arriver au SMPR, il faut traverser une dizaine de portes. Pour chacune, on sonne à un interphone et on attend. Les portes s'ouvrent alors toutes seules, dirigées par un Autre dont l'œil omnipotent surplombe la prison. Les caméras sont partout. Parfois, les portes s'ouvrent avant même que l'on ait sonné, ce qui donne un sentiment de toute-puissance jouissif ou de persécution. Parfois, on attend, on sonne à nouveau, on attend, ce qui fait vivre alors une frustration intense. La topographie des lieux permet avant même d'arriver sur le lieu de stage proprement dit de faire de nombreuses expériences en miroir de la clinique des patients rencontrés... Enfin, on accède au SMPR par un escalier donnant sur une énième porte. C'est un lieu de soin, un lieu de vie, un lieu d'enfermement et un lieu sécuritaire. Cette pluralité donne l'impression d'un *tout* compact, d'un magma au sein duquel il est parfois difficile de se trouver puis de se retrouver.

Durant mes premiers mois de stage, je me sens flotter dans cette institution. J'ai l'impression d'être transparente, de ne pas savoir comment occuper mon temps. Je fais connaissance avec les membres de l'équipe, je participe aux réunions, mais je reçois peu de patients. Je ne sais quels espaces occuper, j'erre dans ce lieu clos, je tourne en rond. Je peux changer de bureau plusieurs fois par jour selon les besoins, mais je dois laisser mes affaires au secrétariat, ne disposant pas de casier (« il ne faut rien laisser traîner ici », m'a-t-on dit). Cela m'oblige à faire de nombreux allers-retours entre « mon espace du jour » et le secrétariat pour aller chercher des feuilles, mon agenda, un stylo parce que bien sûr, j'oublie souvent quelque chose.

J'ai l'impression de ne pouvoir rester en place, je me sens obligée de bouger. Par ailleurs, j'ai du mal à mettre de l'ordre dans mes idées ; des éprouvés et des pensées me traversent sans que je n'aie envie de les nommer. En filigrane, ces mouvements désordonnés et ce brouillard psychique semblent traduire chez moi une tentative d'accordage avec l'institution : comment entrer dans cette institution ? Ils sont également des indices sur « le climat institutionnel ». Mes premiers mois de stage sont ainsi marqués par une sorte de balancement entre une anesthésie psychique et une instabilité motrice, comme si ce que ma psyché ne pouvait penser à ce moment se traduisait par le corps. Comment alors s'autoriser à penser ?

Ce surinvestissement des espaces externes semble contre-investir une difficulté à me reposer sur mon espace, mon cadre interne. C'est comme si ce lieu venait faire trembler mes fondations intérieures, m'obligeant ainsi à replier mon appareil à penser.

Puis, je commence à rencontrer des patients. Pour chaque situation rencontrée, j'échange régulièrement avec Herminie, mais j'apprends aussi au fur et à mesure à la solliciter.

Pour pouvoir rencontrer les détenus, il faut inscrire au moins un jour à l'avance, les noms, les matricules et les horaires de rendez-vous sur un agenda à destination des surveillants. Pour joindre les patients, il faut leur écrire. On fait passer le courrier aux surveillants qui le transmettent avec parfois quelques petites difficultés d'acheminement du courrier...

Mes premières difficultés se profilent à l'horizon de journées passées à attendre des patients qui ne viennent pas, ou deux voire trois qui arrivent ensemble alors que j'ai fixé des heures précises. Je ne vois pas les heures passer, j'ai très souvent besoin de regarder ma montre pour me repérer, je perds la notion du temps. Par ailleurs, c'est « la guerre des bureaux » et il m'arrive de jongler entre des bureaux plus ou moins habités : ceux des psychologues, du chef de service, de la cadre, espaces que je vais habiter provisoirement le temps d'un entretien. Autres difficultés, les détenus peuvent être extraits de la prison pour des raisons judiciaires, être transférés ou parfois libérés sans que nous soyons prévenus. Nous ne sommes donc jamais sûrs de revoir un patient au prochain entretien.

Le soignant est ainsi tributaire du rythme imposé par l'organisation pénitentiaire.

Et puis, progressivement, cela évolue, quand même, je me sens plus stable, plus sécurisée alors que paradoxalement, c'est dans un moment de bascule, lors d'une scène de violence que je vais me rendre compte de ma place dans l'équipe.

Je reçois Monsieur M. seule dans un bureau. Il s'installe et très rapidement s'agite, se met à crier, hurle qu'il va faire du mal, à lui, aux autres. Il me regarde. En croisant son regard, je ressens de manière viscérale que quelque chose ne va pas, la tension monte, je n'arrive pas à la contenir. Ce face à face est bien trop excitant et semble rejouer une scène de violence, je me dis « il va me sauter dessus ». Je me lève et sors du bureau, en signifiant la fin de l'entretien à Monsieur M. Il sort et se calme instantanément. Mon réflexe sera de partager mes ressentis avec l'équipe, je parle de ma peur. Ma décision d'arrêter l'entretien semble être perçue par l'équipe comme un refus de « jouer les héros », d'accepter mes limites. Dans le même temps, en arrêtant l'entretien, je sauvegarde mon intégrité, mais aussi celle de l'institution. Après cet épisode, je me rends compte de l'importance du travail en équipe, d'une présence et d'une préoccupation des uns pour les autres toujours dans la recherche d'un équilibre transcendant les espaces. Cela signifie être dans un bureau, dans un espace fermé, avec un patient, et en même temps se sentir portée par l'ensemble de l'équipe, dans le soin.

### *Espaces transversaux, lieu d'échange et de transmission*

Reprenons les deux questions posées en introduction, celle à propos des conditions de pratique et celle de la violence.

On peut tout d'abord dire que la configuration spatiale de la prison impacte l'institution et ses occupants formant une architecture mentale groupale dont la dominante utopique peut à certains moments se rigidifier en une idéologie persécutante. La prison est bien un lieu *hors lieu* dans un temps *hors temps*, c'est un espace lointain avec des frontières très marquées entre le dedans et le dehors. Le quotidien est toujours rythmé de la même manière entre le lever, les heures de promenade ou les différentes activités. Dans le même temps, tout peut changer d'une minute à l'autre, les extractions pour les besoins de la procédure judiciaire, les visites ou les « parloirs avocat »... Cela constitue un sentiment de dépossession intense tout comme à l'entrée de la prison on dépose sa carte d'identité pour pouvoir entrer.

Un autre effet du lieu est l'emboîtement de deux cadres : celui du soin et celui du pénitentiaire. Il y a deux institutions en une avec des modes de fonctionnement et des tâches primaires différentes : soigner et surveiller. Les rapports entre les soignants et les surveillants sont complexes. La différence entre les deux « catégories » est revendiquée, mais avec parfois des mouvements d'empiètement de l'un vers l'autre dans un équilibre fragile.

L'omnipotence du contrôle et de la sécurité nous fait violence et le risque de passage à l'acte est omniprésent et latent. Au SMPR, notamment, la lourdeur des patients pris en charge est frappante : incuries, automutilations, passage à l'acte auto et hétéro-agressif... Face à cela, le besoin de maîtrise du risque vient parfois cliver les équipes. Par exemple, le port d'une API (Alarme Portative Individuelle) nous rappelle ce risque. On me demandera si j'en porte une, on me conseillera très fortement d'en porter une, on ne sait jamais. Plane l'idée que ceux qui n'en portent pas se positionnent comme étant au-dessus des autres, invulnérables. L'insécurité interne de certains professionnels incite à des positionnements rigides renforçant une idéologie répressive de l'enfermement, portée par les murs. À une autre époque, le port de l'API aurait été vécu comme une disqualification des compétences des surveillants à protéger les soignants...

La violence de l'enfermement et ses effets sur les soignants se font sentir dans cette enceinte froide et grise, où à l'absence de contact s'aiguise une autre forme de vécu de l'expérience, du côté sensoriel. La couleur des murs est effractante, les bruits, les odeurs sont exacerbés. Sur un autre registre, celui de la déprivation, les soignants semblent souvent à la recherche d'appui externe pour remobiliser cette dimension sensorielle, faisant appel aux éléments du dehors (plantes, groupe « cuisine ») pour réanimer le dedans.

Ainsi le positionnement du psychologue stagiaire s'esquisse dans une temporalité, mais surtout une spatialité particulière, transversale. Pour moi cela a été de renvoyer à l'équipe, parfois naïvement, ce qu'elle ne voyait plus ou moins, dans l'habitude à la violence, et donc interpeller, susciter du mouvement.

Dans ce contexte, arrêtons-nous plus précisément sur la situation d'un jeune patient que j'ai suivi pendant 6 mois sous la supervision d'Herminie.

### « Into the wild » de Monsieur C.

#### *Tentative d'accordage : payer trop de chauffage ou marcher sur la glace*

Il est décidé en équipe que je suivrai Monsieur C., 25 ans, dont la réputation de violence précède son arrivée en détention.

Les premiers entretiens se ressemblent et se répètent : Monsieur C. est très poli, il « présente bien ». Il explique qu'il souhaite rencontrer une psychologue pour parler, car il en a besoin. Très rapidement, il m'explique qu'il est « institutionnalisé », c'est un expert psychiatre qui a écrit cela et il est vraiment d'accord avec lui. Je lui demande ce que cela veut dire « institutionnalisé », il répond : « pouponnière, famille d'accueil, foyer et prison ». Son discours est assez automatique, « bien appris », il est de fait peu habité. Je l'interroge sur ces liens à l'extérieur, il répond : « ne rien demander à personne, c'est une philosophie de vie pour moi ». Il ne veut rien devoir à la société, c'est pour cela qu'il n'a pas de papiers d'identité, qu'il ne veut pas de carte de crédit et qu'il ne veut pas travailler à l'extérieur de la prison. « Comment faites-vous alors ? » « J'ai choisi la rue », dit-il. Il insiste : « je dis bien "choisi" parce que quand je dis ça les gens me disent "mais t'es fou" alors que je préfère ». Je conserve de ces premiers entretiens un souvenir brumeux, j'ai l'impression de me laisser « embarquer ». Monsieur C. parle encore et encore et je n'arrive pas à l'interrompre, « à en placer une ».

J'ai l'impression qu'il répète la même chose : son enfance en pouponnière, puis en famille d'accueil, puis en foyer, la vie en prison et la vie dans la rue. Il parle de toutes les demandes qu'il fait ici en prison pour travailler, pour faire des formations, pour avoir des parloirs, pour être seul en cellule. Il parle aussi de sa colère envers la société et me noie dans des explications de « pourquoi la nature humaine est mauvaise ». Il prend beaucoup appui sur des faits divers à la télévision. Il parle d'un propriétaire qui faisait payer à ses locataires le chauffage bien plus cher qu'ils ne le devraient ou d'un homme seul mort dans son appartement sans que personne ne s'en rende compte avant des mois.

Dans ce discours de surface, je perçois vaguement un petit grain de sable faisant grincer la mécanique. Mais à certains moments, je décroche, je ne l'écoute plus, j'ai envie d'être ailleurs. J'ai l'impression qu'il ne se passe rien pendant les entretiens et en même temps, je suis fatiguée. J'éprouve simultanément la sensation d'être anesthésiée et d'être bombardée. Je me dis : « c'est comme s'il essayait de m'endormir ». Endormir quelqu'un, c'est l'embrouiller, c'est « se faire avoir », mais le sommeil peut être mortel...

Avec Monsieur C., j'ai l'impression « de marcher sur de la glace », expression alliant toute la dureté et la fragilité d'un lien spéculaire à l'imminence d'une rupture. Je fais alors l'hypothèse que derrière cette overdose de paroles, se cache un vide incommensurable. Dans ces premiers entretiens, Monsieur C. fait état de situations

où l'autre a été décevant, défaillant, voire disqualifiant. Monsieur C. dit qu'il veut être seul et en même temps ne cesse de rapporter des scènes où des hommes seuls ont fini par mourir. Il dit qu'il n'a besoin de personne et en même temps, est obnubilé par la « Société ». Il dit ne rien demander, mais est sans cesse en demande de quelque chose. Il prône une liberté absolue, sans contrainte, et est en prison. Plus encore, sa présence très régulière aux entretiens m'interroge sur ce qu'il est en train de m'adresser et que je n'arrive pas à entendre.

Dans mes contres-attitudes, il me semble que je porte quelque chose de cet objet interne décevant dont parle si souvent Monsieur C. J'ai le sentiment de ne pas tomber « juste » lorsque je propose une parole. Les mots que j'utilise n'adhèrent pas ou choquent. Les rares interventions que je fais ne trouvent que peu d'échos chez Monsieur C., cela ne « résonne pas ». Dans le dispositif, c'est moi qui suis dans une position d'attente envers Monsieur C. J'attends qu'il se « passe quelque chose ». J'ai un présupposé sur ce que doit être la rencontre clinique, une bonne psychologue stagiaire et un bon patient.

En parallèle, Monsieur C. parle souvent de son film « préféré » « Into the wild » (par Sean PENN, 2007). Il me conseille de le voir. À ce moment je n'ai pas vu ce film, mais celui-ci évoque pour moi la possibilité d'entrer « into the wild » de Monsieur C.

« Wild » signifie « sauvage » comme lorsque Monsieur C. parle « de comportement animal » à l'égard de sa violence, mais aussi « fou » comme lorsqu'il me fait part de ses expériences « folles », disqualifiantes. Cette formule peut aussi signifier « à l'état sauvage », ce qui renvoie à la possibilité pour Monsieur C. de se montrer « tel qu'il est » dans le dispositif. « Wild » veut dire également « hors de soi », ce qui peut s'entendre comme ma disposition à pouvoir aller vers Monsieur C et accepter ses parts « sauvages », « folles ».

#### *Dis-moi où tu habites, je te dirais qui tu es*

En parallèle de ces tentatives d'accordage, Monsieur C. décrit souvent ses lieux de vie, ses « squats ». Face à mes difficultés, Herminie me donne une idée : pourquoi ne pas proposer à Monsieur C. de dessiner ses différents lieux de vie ? Je l'invite à dessiner avec la consigne suivante : « dessinez un endroit où vous avez vécu, celui que vous voulez ». Il va dessiner sur plusieurs séances des plans et des cartes de ses différents squats. Il parle vite, nomme les différentes pièces, donne beaucoup de détails. Si vite que dans un deuxième temps, je lui propose de reprendre ensemble le dessin. Au départ, ce dessin est flou, mais lorsque dans un second temps je nomme les différentes parties constituant ces « squats », le dessin devient porteur d'une certaine matérialité. Certaines productions ainsi co-réalisées dessinent un intérieur au sein duquel Monsieur C. peut déposer différentes parties. Cet intérieur met l'accent sur les cloisons, les surfaces de délimitation et de séparation. D'autres productions se présentent sous forme de « cartes » insistant sur l'environnement externe, ce qui se trouve autour de ces squats. Le dessin est utilisé comme un « outil

relationnel » permettant des allers et venues entre Monsieur C. et moi-même. Il fait office de tiers offrant un espace un peu à lui, un peu à moi, mais ni à lui et ni à moi. Au bout de plusieurs séances, alors que je lui propose de dessiner, Monsieur C. me dit « pas besoin » et se met à « raconter » un nouveau lieu dans un mécanisme proche de la narration d'un rêve.

L'introduction du dessin semble produire un effet de décentration et instaure un nouveau rythme dans le dispositif. Il permet de juguler les échanges et d'assouplir les modalités relationnelles. Le contact avec l'autre semble moins menaçant. Le dessin permet l'esquisse d'un paysage intérieur partageable. C'est ainsi qu'un premier changement, un premier indice d'un travail psychique s'ouvre dans le dispositif de rencontre.

Ce décalage permet aussi le déploiement d'autres « facettes » de Monsieur C. Un versant moins « victime », plus « psychopathe » apparaît. Il commence à parler de ces conduites addictives, délictuelles et de sa violence.

#### *Satellisation de l'espace de rencontre*

Ce changement repérable dans les séances va de pair avec des « crises » dans les rapports que Monsieur C. entretient avec l'administration. Plus Monsieur C. se dévoile, au travers de ses mouvements de violence et de la description du fonctionnement familial, plus le suivi me paraît complexe.

Monsieur C. pose les termes d'un choix de vie impossible à faire à sa sortie : reprendre sa vie d'errance et de marginalité ou bien rejoindre sa copine dont il n'a plus de nouvelles. Le questionnement qui gravite autour de ce choix de vie met en tension deux extrêmes qui lui semblent inconciliables, sans compromis possible. Dans cette indécidabilité, Monsieur C. semble suspendu dans le vide, en apesanteur et cela tourne en rond.

En parallèle, un certain nombre de scènes, vues à la télé ou dans ses souvenirs, envahissent le dispositif. De ces supports visuels redondants semble s'extraire un vécu, une sensation, voire une idée tournant autour d'un homme, seul, qui meurt ou qui est en danger de mort et qui ne trouve pas de mains secourables. Ces scènes mortelles font écho à un homme seul dans un espace où il n'est pas possible de mesurer la distance qui le sépare de l'autre. Lorsque Monsieur C. parle, je vois un enfant, un bébé qui hurle, sans que l'écho de ses cris ne puisse rencontrer une surface. « La part bébé du soi », selon le terme cher à Albert CICCONE (2012), s'exprime chez Monsieur C. sur un mode agonistique.

Dans ces moments douloureux, je me demande jusqu'où je vais pouvoir le suivre et je sens la menace d'une rupture identificatoire. Je sollicite à nouveau Herminie à qui je dois l'idée d'utiliser le vocabulaire spatial pour m'aider à vivre et à penser ce qui se passe. De quelle planète vient Monsieur C. ? Et moi où suis-je dans son espace ? La gravitation est une interaction produisant une attraction réciproque

de corps. Dans ce rapport attractif, je deviens un satellite mis en orbite, gravitant autour de Monsieur C. et oscillant entre des mouvements « trop proches » (trop chauds), « trop lointains » (trop froids) venant réactiver des vécus de pesanteur et d'impesanteur que l'on pourrait mettre au travail du côté des signifiants formels (D. ANZIEU [1987]). Cette dynamique de « satellisation » permet d'instaurer un jeu sur l'espace. Nous pouvons penser aux phénomènes et aux objets transitionnels conceptualisés par D.W. WINNICOTT (1951) à partir de cette possibilité d'expérimenter un lien à l'objet dans une aire d'expérience proche et lointaine, à la fois dedans et dehors.

Tout ce travail de spatialisation et de satellisation nous servira aussi à mettre au travail les processus de séparation notamment en vue de la fin du suivi et de la sortie de prison de Monsieur C. En effet, durant les entretiens préfaçant « la fin », il y a une évocation croissante de la violence sous différentes formes. Violences des scènes visuelles, des « scénarios » d'abandon, de son histoire, violences agies et subies. Comment comprendre la manière dont celles-ci nous impliquent et nous impactent, Monsieur C. et moi ?

Le partage de ces expériences violentes permet le dépôt de parts plus sombres, moins reluisantes sans que cela ne me détruise ou ne me fasse m'effondrer. J'accompagne Monsieur C. dans ces retours du passé. Le travail fait en amont semble avoir permis à Monsieur C. de me tester, de mettre à l'épreuve ma capacité à résister. Se présenter comme il l'a fait au départ, de vouloir « m'endormir », était peut-être une manière de me protéger de sa violence interne, mais aussi de se protéger de la rencontre avec un objet qui pourrait à nouveau être défaillant.

La sensation de « marcher sur la glace » vient alors traduire la précarité de la relation dans un vocabulaire sensoriel. Marcher sur la glace renvoie à l'idée de rencontrer une surface dure, qui peut se briser à tout moment si on exerce un contact trop fort. La glace, c'est aussi le miroir, le prisme au travers duquel nous avons, Monsieur C. et moi, du mal à nous regarder. Nous commençons à trouver « un terrain d'entente » lorsque je reconnais ce besoin que Monsieur C. a « de m'endormir » et que j'accepte, un peu malgré moi, de le supporter. Lorsque j'entends que c'est important pour lui de se présenter devant moi dans une posture « institutionnalisée », presque de « victime » de la société, je peux ainsi entendre un préjudice et une demande de légitimation. C. JANIN (1985) précise bien que le noyau froid du traumatisme est produit par le non-respect des besoins de l'enfant or, en renonçant à mon désir « de savoir » et de maîtrise, je sauvegarde son narcissisme.

M'approcher des besoins de Monsieur C., c'est changer ma manière de l'écouter, me brancher sur les mêmes canaux de communication. Ce qui était interdit au verbe passe alors par les sensations. Dans le dispositif, on a pu repérer des mouvements trop « chauds » (le propriétaire qui faisait payer trop de chauffage) enchevêtrés dans des mouvements trop « froids » (un homme meurt tout seul dans son appartement et personne ne s'en rend compte). Toute l'excitation provoquée par la rencontre semble contrebalancée par une réfrigération des liens. Comment s'ajuster, s'accorder, sans

que cela ne soit trop menaçant pour l'un et pour l'autre ? Le dispositif tourne ainsi autour d'une préoccupation maternelle primaire au sens winnicottien. J'accepte que la rencontre permette d'aménager un espace partageable avec des frontières communes, bien loin des grands idéaux sur le soin...

Telles furent les conditions qui permirent d'entendre une demande dans sa complexité et dans les prémisses d'un lien ouvrant sur la différence. Monsieur C., empêtré dans ces vécus sans fin dont la prison venait border la crainte d'un effondrement, et moi-même, aux prises d'un questionnement autour du suivi, avons pu jouer à nous rencontrer puis à nous séparer sans catastrophe dans le « wild » de Monsieur C.

## Discussion et Conclusion

Ainsi, les changements survenus durant le suivi, changements dans le dispositif mais aussi dans mon positionnement, notamment impulsé par les échanges avec Herminie, ont conduit à écouter différemment ce que le patient pouvait amener en entretien. Ce changement d'écoute du côté du sensoriel, dans les retours que j'ai pu faire à Monsieur C. en engageant autant mon corps, ma gestuelle que ma parole, nous a permis à Monsieur C. et moi de se situer dans un espace commun, accessible à chacun avec des mouvements d'attraction et de répulsion tout en mettant au travail les processus de séparation (sortie de prison, fin du suivi). Nous avons évolué conjointement avec des points de rencontres et de ruptures. Monsieur C. m'avait donné sa carte, mais il fallait pour la déchiffrer que je trouve une boussole. Je n'avais pas de repères dans son monde.

Pour reprendre mes premières interrogations concernant le cadre de pratique, je conclurais que sa mouvance et sa mise à mal par les conditions de détention amènent le psychologue à se situer dans des « formes frontières » autour de la clinique. Quant aux formes de la violence, celles-ci tendent parfois à saturer l'espace du psychologue clinicien et de l'institution. C'est une clinique extrêmement touchante que l'on a parfois plus envie d'évacuer que de métaboliser. Les sujets rencontrés peuvent convoquer chez le clinicien « une violence en abyme » (C. BALIER, 2005), abyme pouvant creuser une distance, un fossé cassant l'illusion d'une possible rencontre. Comment alors recycler son espace ? Celui de l'institution ?

J'aimerais insister sur l'évolution de mon positionnement de psychologue-stagiaire. L'année de Master 2 Professionnel est celle où l'on peut faire l'expérience de comment se positionner en tant que psychologue clinicien dans un espace de pratique. Il s'agit peut-être aussi de pouvoir expérimenter comment être en lien avec son propre espace interne, accepter ou non d'aller vers l'espace de l'autre et de le faire venir dans le sien ou pas, faisant ainsi l'expérience des limites et des frontières. C'est l'année où l'on peut (on doit ?) s'autoriser, prendre des risques, trouver son « style » comme le dit G. DELEUZE (1977) en nous invitant à devenir un étranger dans notre propre langue. Pour cela, Herminie m'a donné des pistes, des directions tout en me laissant trouver-crée mon propre espace de pensée...

**H. B.-L** : Pour terminer, l'institution a besoin du regard des stagiaires. L'apport plus particulier de Camille se perçoit dans les traces laissées : les relais de patients, l'investissement par l'équipe qui continue à demander des nouvelles, qui espère te voir un jour dans leur équipe...

Il faut oser prendre le risque d'inventer ses modalités d'intervention, par exemple : les modalités sensorielles privilégiées de chacun ; la musique pour Camille.

Enfin, petite citation pour conclure :

« À tant vouloir connaître on ne connaît plus rien  
Ce qui me plaît chez toi c'est ce que j'imagine  
À la pointe d'un geste au secours de ma main  
À ta bouche inventée au-delà de l'indigne  
Dans ces rues de la nuit avec mes yeux masqués  
Quand tu ne reconnais de moi qu'un certain style  
Quand je fais de moi-même un autre imaginé »

Léo FERRÉ.

Camille CHAMBRE  
Herminie BRACQ-LECA

### **Bibliographie :**

ANZIEU D. et coll. (1987). *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 2003.

BALIER C. (2005). *La violence en abyme*, Paris, PUF.

CICCONE A. et coll. (2012). *La part bébé du soi, Approche clinique*, Paris, Dunod.

DELEUZE G., PARNET C. (1977). « Un prodigieux bégaiement, Sur le Style », in *Dialogues*, Flammarion.

JANIN C. (1985). « Le chaud et le froid : les logiques du traumatisme et leur gestion dans la cure psychanalytique », in *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF, pp.667-677.

WINNICOTT D. (1951) « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse* (1958) Paris, Payot, pp.169-186.





**Trouver, créer un cadre « sur mesure »,  
de l'individuel au groupal,  
de l'espace psychique à l'espace matériel,  
autour de l'accompagnement d'une famille endeuillée  
par la mort d'un enfant.**

**Intervention**

**Julien ANGUELOFF, Blandine CLEYET-MAREL**

## Julien ANGUELOFF

## Blandine CLEYET-MAREL

### Présentation de la situation

Blandine CLEYET-MAREL

Être psychologue, psychologue-stagiaire, en « terre somatique », et traverser le couloir du service des urgences pédiatriques pour se rendre dans le bureau « des psys », nécessite parfois une malléabilité d'écoute du trop-plein des situations traumatiques qui se sont empilées par couches successives auprès de chaque professionnel : auxiliaires puéricultrices, infirmières, cadres de santé, pédiatres...

J'associerai volontiers cette longue phrase au désir illusoire de parcourir ce couloir sans être dérangée, interpellée, mais il en est tout autre au sein de cet espace singulier de travail « des psys ».

En ce vendredi automnal, je m'engage donc dans ce fameux couloir, d'un pas assez rapide, sans doute gagnée par l'illusion de mes désirs les plus profonds, quand une pédiatre m'interpelle :

« Ah, vous êtes là ! »

« oui, c'est vendredi, je suis là toute l'après-midi »

Et toujours dans ce couloir, elle va déposer en moi ceci :

« Nous avons reçu hier soir, une maman avec sa fille de 5 ans, Marylène, souffrant de fortes douleurs abdominales, c'est une maman très anxieuse, elle s'imagine que toute la famille a contracté un virus. » Elle précise que le matin même, la plus jeune des filles, âgée de 2 ans, est décédée subitement au domicile en présence de Marylène et de son frère de 10 ans, Corentin. Les examens somatiques n'ont rien révélé et nous avons proposé à la mère d'être reçue par la psychologue du service, elle a été de suite d'accord, « elle attend ton appel ». La pédiatre pense qu'il faudrait recevoir toute la famille, car « le père et le fils de 16 ans sont arrivés juste après le décès de la petite ». Je lui réponds que je vais, de suite, en parler avec l'étudiant en psychologie et que, de toute façon, nous évoquerons cette situation lors de notre réunion d'équipe de pédopsychiatrie de liaison pour voir comment répondre au mieux à cette demande.

Je poursuis mon avancée dans ce couloir et je suis à nouveau sollicitée par différents membres du service autour de cette situation, chacun me laissant en dépôt les quelques fragments traumatiques vécus ou encore racontés par leurs collègues lors de moments de relève. À mon tour, j'évoque auprès de Julien qui m'attendait dans le « bureau des psys » le contenu de cette écoute de couloir autour de cette situation.

Une certaine inquiétude s'empare alors de moi en réalisant que notre prochaine réunion clinique ne sera que dans 10 jours, réveillant sans doute l'agacement que les temps cliniques soient envahis par des réunions dites « institutionnelles ». Moments que l'on pourrait qualifier de défensifs face à une clinique « en terre somatique » du traumatisme, sans compter que *trop d'institutionnel tue l'institutionnel*, mais ce n'est pas sous cet angle que nous avons choisi notre analyse.

Nous pouvons dès lors, autour de notre propos de ce jour où il est question de temporalité et d'espace au sein de la rencontre clinique, observer la notion d'emboîtement des dépôts successifs et des cadres, contenant ou non, qui sont de suite pensés en référence : le cadre « du bureau des psy » avec Julien, le cadre de la réunion clinique et ses manquements, sans oublier notre cadre interne. Devant cette situation traumatique, nous avons, Julien et moi-même, proposé de recevoir toute la famille dans un premier temps. Nous les contactons au téléphone. M., Mme, Marylène, Corentin et le fils aîné Rémi, acceptent d'être reçus en consultation le vendredi suivant.

Nous avons pu observer qu'habituellement nous ne répondons pas aussi rapidement à une telle demande. Une première analyse, sans doute, va du côté d'une réponse en écho au vécu maternel, d'une contamination morbide à l'égard de toute la famille. Ceci peut aussi être compris du côté de l'impact institutionnel qu'un tel traumatisme peut faire vivre auprès de professionnels garants de la santé des enfants dans leurs différents espaces de travail : les urgences pédiatriques et le service d'hospitalisation de pédiatrie. Nous savons combien la mort d'un enfant vient mettre à mal ces équipes où la question de l'échec, de la culpabilité se parle parfois, quand nous proposons des temps de reprise clinique.

Au sujet de cette situation traumatique évoquée dans un couloir, c'était comme s'il fallait au plus vite l'évacuer en dépôt auprès du psychologue.

Si d'ordinaire, nous travaillons, somaticien et psychologue, en articulant notre savoir à celui de l'autre, dans des collaborations cliniques, nous pouvons observer que pour cette situation-là, il s'est mis en place au sein des différents professionnels un clivage que nous pouvons nommer « clivage fonctionnel », au sens de G. BAYLE (1996).

Je rappelle brièvement cette conceptualisation autour des clivages fonctionnels, que d'autres auteurs ont repris pour lire leur clinique. Il s'agit du résultat d'une forme de refoulement associé à un contre-investissement narcissique sur un fond de débordement de la fonction synthétique du Moi. C'est-à-dire qu'ils répriment les affects en respectant les représentations, les figurations et les perceptions qui sont clivées, isolées, désinvesties, mais qui restent disponibles pour la conscience, sous forme objective non-affective.

Le clivage fonctionnel vise ainsi à rassurer narcissiquement les sujets, à les protéger de blessures et de traumatismes. Il est habituellement temporaire. Il sert à se tenir à distance tout investissement de choses connues, identifiées par le sujet, mais dont il ne *peut* pas entendre parler. Si nous connaissons bien ce processus, « en terre somatique », il nous faut garder en tête en tant que psychologue que ce clivage n'est que temporaire et qu'il nous incombe parfois de remettre l'affect au cœur de certaines situations. Ceci dans un temps d'après-coup, une fois que ces situations ont pu se déployer avec la famille et/ou le patient et le psychologue.

Nous vous proposons, à notre tour, de poursuivre notre cheminement autour des dépôts successifs et d'être le réceptacle bienveillant d'un récit traumatique chargé d'affect.

## **Premier entretien familial**

**Julien ANGUELOFF**

J'ai souvent lu ou entendu, tout au long de mon parcours de formation, que la première rencontre clinique avec un sujet ou un groupe condense en ce temps limité un grand nombre d'éléments cliniques significatifs de la problématique abordée. Souvent à son insu, le sujet ou le groupe dépose à la fois dans l'espace d'écoute qui lui est proposé, mais aussi chez le clinicien, les pièces du puzzle qui vont nécessiter une reconstruction et un assemblage dans la suite du travail clinique. Il est donc, à mon sens, nécessaire d'être attentif aux traces et aux signes qui se déploient durant la première rencontre et d'y revenir, dans l'après-coup. Cela permet, il me semble, d'éclairer rétroactivement ce qui se joue dans la suite du suivi. C'est donc au regard de ces considérations que nous avons choisi d'aborder le récit clinique de la famille R. par la première séance familiale, séance à la fin de laquelle nous proposerons un dispositif de suivi.

Je me souviens très bien de cette première séance : avec Blandine, nous attendons la famille dans le grand bureau du service. Ils ont du retard, quinze minutes environ pendant lesquelles nous avons tout le temps de placer bien en cercle les chaises qui accueilleront M. R., Mme R., Rémi, 16 ans, Corentin, 10 ans et Marylène, 5 ans. La famille arrive et passe la porte comme un tout, une seule unité, dont une tristesse profonde et massive se dégage et vient m'atteindre avec effroi. Je laisse d'ailleurs Blandine entamer l'échange, car, comme sidéré, je suis incapable de m'exprimer.

Les deux plus jeunes, Corentin et Marylène, dessinent sur le petit bureau pour enfant, tandis que leur mère commence à raconter l'instant, le moment où elle avait compris que quelque chose n'allait pas avec sa fille cadette, Charlène :

« Lorsque Marylène l'a trouvée et qu'elle m'a prévenue, j'ai laissé tout ce que je faisais et j'ai couru dans la chambre, en effet elle ne bougeait plus, et j'ai crié à Corentin de prendre le téléphone et d'appeler les pompiers pendant que je la serrais fort dans mes bras. »

Dans son récit, au moment où une larme coule sur sa joue, Corentin et Marylène s'approchent d'elle comme pour la consoler et lui tendent des dessins de cœurs au sein desquels apparaît le prénom de leur défunte petite sœur. Je suis profondément touché par cette scène et j'essaie de contenir tant bien que mal les pleurs qui menacent de m'envahir depuis le début de la séance et qui, à ce moment-là précisément, insistent plus que jamais. Je ne parviens toujours pas à intervenir verbalement tandis que Blandine, elle, me paraît naviguer avec une certaine aisance dans cet échange ponctué par les manifestations émotives de Mme R.

À cet endroit, il nous a d'ailleurs semblé pertinent d'ouvrir la question de nos places respectives au sein de cet espace de double écoute. En effet, nous pouvons observer durant cette séquence clinique que je suis immobilisé, sidéré par l'affect qui m'empêche d'intervenir, alors que Blandine quant à elle, navigue dans l'échange aisément. Quelque chose se joue ici, dans l'espace de l'inter-transfert. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce dispositif en double écoute a permis une « diffraction du transfert » nous conduisant à une écoute globale de la souffrance familiale. René KAËS conceptualise la notion de « diffraction » à partir de la clinique des groupes en 1976, il la définit comme une décomposition du Moi en une multiplicité d'objets, d'images, de Moi partiels, transférés dans l'environnement. Dans un article de 2004, il évoque l'idée selon laquelle : « Le processus de diffraction consiste dans la répartition des charges d'investissement sur plusieurs objets plus ou moins corrélés entre eux. » (2004, p.9)

En poursuivant notre analyse, ne s'agit-il pas ici d'une mise en scène, à deux, du clivage fonctionnel évoqué plus haut : l'un contient la dimension affective débordante tandis que l'autre peut entendre le discours plus librement. Ainsi, le dispositif en double écoute nous aurait permis d'éviter l'écueil d'un refuge défensif trop important risquant de scotomiser l'un ou l'autre des versants de l'échange.

### **B.C.-M.**

En post-séance, quand Julien me fait part de ses affects et de la sidération qu'il a éprouvée, que j'avais effectivement perçue pendant la séance, j'ai pu à mon tour évoquer combien paradoxalement ceci m'a aidé à garder une écoute contenante du groupe familial. Comme si, cette prise de conscience, *in vivo*, a permis à Julien de régresser au plus près des affects exprimés par chacun des membres de la famille.

FREUD avait bien saisi le mouvement régressant de l'Identité de pensée vers un investissement des perceptions et des sensations. Le jeu des clivages fonctionnels dans les entretiens en double écoute permet aussi cette régression pour une reprise de l'expérience traumatique.

### **J.A.**

L'entretien se poursuit, chaque membre de la famille complète le récit de Mme, tour à tour, en parlant du moment exact où chacun comprend qu'un drame a eu lieu. Les récits se déploient à un niveau intrasubjectif, mais ils sont cependant complémentaires, articulés, ce qui laisse apparaître la dimension intersubjective et transversale de ce traumatisme au sein de la famille.

Corentin nous explique après s'être frotté les yeux : « J'ai appelé les pompiers, j'ai dû leur donner notre adresse, j'ai attendu dehors, devant la maison en chaussettes et ils sont arrivés. Ils sont restés au moins une heure et nous on ne savait pas ce qu'il se passait. »

Puis Monsieur prend la parole à son tour : « Moi, j'étais au travail et mon chef m'a fait m'asseoir et m'a passé le téléphone. J'ai compris qu'il fallait vite que je rentre et qu'il y avait un problème avec Charlène. Je ne savais pas qu'elle allait mourir. Donc je suis parti en vitesse et je suis allé chercher Rémi. Je me suis trompé de route, je suis parti dans le sens inverse. Mais finalement je suis arrivé au Lycée et on est parti ensemble à la maison. On a attendu tous ensemble que les pompiers essayent de la réanimer. »

Puis enfin, Blandine propose à Rémi de s'exprimer : « Moi j'étais au lycée et j'ai été appelé chez le principal. Mon père est venu me chercher et on est arrivé à la maison. Tout le monde attendait dans le salon, les pompiers étaient dans la chambre avec Charlène. Ça a duré un moment... ensuite ils nous ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire. »

D'une part, on peut remarquer que pour évoquer le moment de l'annonce traumatique, chacun commence par préciser le lieu dans lequel il se trouve. (Corentin à la maison, M. R. au travail et Rémi au lycée.) Cela permet un ancrage de la scène traumatique dans la subjectivité, comme s'il fallait passer par l'espace matériel, sensoriel, pour mettre en récit quelque chose du trauma. D'autre part, on voit bien ici que l'espace individuel et l'espace groupal se dessinent peu à peu, qu'ils coexistent. Un peu à la manière de vases communicants, le singulier et le pluriel cohabitent, on entend l'un agir en arrière-fond du discours pendant que l'autre prend le devant de la scène et vice versa.

À la fin de cette séance, Mme R. nous explique que ça fait déjà quelque temps qu'elle pense à faire suivre Corentin par un psychologue, car elle le trouve trop agressif envers sa petite sœur Marylène. Aujourd'hui, avec ce drame, elle espère vraiment pouvoir le faire suivre, tout comme Marylène d'ailleurs. Nous apprenons que Rémi, le grand frère, a déjà un rendez-vous dans une autre structure et que les parents envisagent de se faire suivre en couple. Blandine propose alors d'organiser des suivis individuels pour Marylène et Corentin et de les ponctuer par des séances familiales, sur le service, à raison d'une fois par mois.

On voit bien que ce cadre « trouvé-crée » qui sera le nôtre durant les neuf mois de suivi est guidé par la demande manifeste de Mme R., à savoir faire suivre Corentin et Marylène ; mais aussi par une autre demande, plus implicite cette fois-ci : celle d'étayer Mme R. dans cette perte. Nous pouvons d'ailleurs émettre l'hypothèse que l'arrivée de Marylène aux urgences agit en ce sens : trouver un espace, un lieu pour prendre en charge la souffrance familiale et maternelle.

## **Création d'un cadre sur mesure quand il est question de traumatisme**

### **B.C.-M.**

Lors de la post-séance, je suis également étonnée d'avoir dans la rencontre organisée en acte le dispositif : des entretiens individuels pour Marylène et Corentin, ponctués par des rencontres de tout le groupe familial.

Ceci vient heurter la forme première de réponse faite à cette famille : réponse fondatrice porteuse d'un message adressé à l'ensemble du groupe familial. Et pourtant, ce sont les besoins psychiques de Mme R exprimant la nécessité de suivi individuel pour ses deux plus jeunes enfants qui vont me conduire à proposer un autre cadre, où transfert et réponse au transfert s'observent et se pensent au sein même de la séance. Ce cadre que nous pouvons qualifier de « sur mesure » est un aménagement du dispositif, un ajustement aux spécificités de la situation traumatique. C'est en fait une forme d'accordage au sens de Daniel STERN.

Ce décès brutal de cet enfant de deux ans est un choc violent, soudain, inattendu qui anéantit la capacité d'agir, de penser, ne permettant pas au Moi de se préparer à affronter l'événement où aucune anticipation, d'angoisse signal, n'a pu se mettre en place.

L'angoisse massive de cette mère lors de son arrivée aux urgences pour sa fille Marylène se manifeste par la crainte d'une contamination morbide pour toute la famille. Elle est, semble-t-il, la conséquence de l'impuissance, de l'incapacité à s'adapter à ce choc écrasant du décès de sa fille Charlène le matin même.

C'est au premier entretien familial quand chacun fait le récit de cet événement, que se déploient des stratégies de survie comme la sidération, qui en soi est déjà un processus psychique à l'œuvre. Ceci ne s'est plus observé lors des autres entretiens familiaux ou individuels, comme si la partie traumatisée de chacun avait subi un processus d'isolement où une partie du Moi est anesthésiée, en attente de liaison possible. C'est « rendre l'âme » au sens d'Albert CICCONE et d'Alain FERRANT (2008), quand chacun va survivre corporellement à la mort, se remettre en mouvement, rétablissant l'unité de personnalité avec des fragments clivés, anesthésiés.

### **De l'espace matériel à l'espace de « l'habitat interne »**

#### **J.A.**

Approchons-nous maintenant au plus près de la notion d'espace, essayons de comprendre ce qui s'est joué dans ce suivi entre espace physique, matériel et espace psychique, interne.

Il est important de rappeler que le décès de Charlène a entraîné une forme de désorganisation du groupe familial. Les rangs des sexes et des générations se sont trouvés bouleversés, chamboulés par l'irruption du Réel de la mort. À plusieurs reprises, nous avons repéré chez ces parents « désenfantés », inconsolables,

qu'une souffrance infantile a été générée par la perte, entraînant ainsi une forme de régression. Ils nous diront par exemple : « on ne sait plus comment s'y prendre avec les enfants », « on leur passe leurs caprices », « on n'arrive plus à poser de limites » comme si, en perdant un enfant, ils avaient perdu la légitimité de leur rôle parental pour le reste de la fratrie. Bien entendu, divers mécanismes seraient à repérer à cet endroit, mais cela nous éloignerait de notre propos. Ce qu'il nous semble important de retenir c'est que l'irruption brutale de la mort a mis à mal l'organisation du groupe, du corps familial.

### B.C-M.

À partir de là, nous observons petit à petit, au fil des séances individuelles et familiales, que chacun amène la question de la réorganisation spatiale du lieu de vie familiale.

Marylène, en séance individuelle, ne cesse de construire en Playmobil® des espaces pour chacun : père, mère, enfants. Ceci dans une configuration où chacun dort dans son lit, à des étages différents, comme superposés, agglutinés, indifférenciés. Seule la couveuse Playmobil® qui contenait ce bébé, différencié du reste de la famille, représente tantôt un lit, tantôt un cercueil. La fin de séance se ritualise autour d'un dessin de cœurs, de fleurs et d'oiseaux en plein vol représentant Charlène dans le ciel, que Marylène offre à sa mère. Elle met en scène les espaces de chacun, réel travail de symbolisation au sein de la séance. Ce travail semble être repris par le groupe familial comme quand M. et Mme R décident, dix jours après le drame, de refaire à neuf la chambre de Marylène qu'elle partageait auparavant avec Charlène.

### J.A.

Il s'agit de bien se souvenir qu'il y a dans le deuil une tension extrême entre la nécessité du changement et la tentation morbide à la fidélité du passé. Nous apprenons que Marylène n'investit pas sa nouvelle chambre et qu'elle dort avec ses parents, dans leur lit. C'est ensuite la chambre de Corentin qui sera refaite. Puis celle de Rémi, qui a laissé sa propre chambre à ses parents et qui dort quant à lui tantôt dans le salon, tantôt dans la nouvelle chambre de Corentin. Tout cela en attendant que son père termine les travaux au sous-sol. Un espace va lui être consacré. En échangeant avec Blandine, nous nous apercevons que nous n'y comprenons plus rien : qui dort avec qui ? Dans quel espace ? Probablement en écho au vécu de cette famille, nous sommes dans la confusion des places et dans un état de désorganisation interne. Cet état se matérialise d'ailleurs lors de la deuxième séance familiale, dans l'inter-transfert : à la fin de l'entretien, nous nous apercevons que nous nous sommes sentis très mal à l'aise, mal positionnés, animés par le fantasme de ne pas avoir de place. Nous avons communément ressenti la sensation d'être « coincés », de ne pas parvenir à nous mouvoir avec aisance ou à trouver une stabilité dans notre positionnement physique. Ce vécu contre-transférentiel fait écho

au réaménagement de l'habitat familial, que raconte la famille R. durant l'entretien. Mais alors, comment entendre cette réattribution des espaces au sein de la famille ? S'agit-il d'un processus aux potentialités symbolisantes, visant à inscrire la perte et le traumatisme dans l'histoire familiale et dans l'espace psychique des sujets du groupe ou bien *a contrario* est-ce un mécanisme d'annulation de la perte et/ou de l'expérience traumatique ?

À cet endroit, le concept d'« habitat interne » d'Alberto EIGUER peut nous apporter un éclairage. Cette conceptualisation a pour point de départ l'idée selon laquelle nous projetons sur l'habitat la représentation que nous avons de notre propre corps. L'auteur souligne le fait que notre vision du corps est « configurée par notre vécu psychique ». En séance individuelle, Corentin me montrera des photos de sa chambre. Ce qui retient mon attention, c'est que les photos sont focalisées sur des objets épars, aucune d'entre elles ne me permet de visionner la chambre dans sa globalité. Corentin s'amuse alors à lister verbalement les objets qui manquent sur les photos et qui se trouvent pourtant dans sa chambre. Parmi ceux-ci, un cadre contenant une photographie de Charlène.

EIGUER précise que le groupe familial est un « ensemble composé d'individus, de somas séparés, [et qu'il] est constamment hanté par l'angoisse de démembrement, c'est-à-dire la peur que chaque individu ne retire une partie de sa contribution à l'imaginaire collectif. [Pour EIGUER, ce pourrait être] une des raisons qui conduisent à la construction d'un lieu géographique réel investi et aimé. On demande à la maison qu'elle soit agréable, construite avec des matériaux solides, qu'elle représente le projet familial : stable et durable, rassemblée sur elle-même, donc séparée et étanche, susceptible de transmettre un legs psychique et patrimonial. » (2009, p. 20) Cette réflexion nous conduit à penser que la représentation du corps groupal de la famille R. a subi des modifications à la suite de l'amputation de l'un de ses membres. On peut alors émettre l'idée selon laquelle la réfection de la maison familiale métaphorise le remaniement des représentations du corps groupal.

Comme l'expriment différents auteurs, l'investissement de l'espace n'est pas réductible qu'à la dynamique de la métaphore espace interne – espace externe. Franck MATHIEU, dans sa thèse, exprime l'idée selon laquelle il contient aussi la notion d'« appropriation d'espace, de territoires, d'habitats, ou de mises en scène de la conflictualité psychique ». Néanmoins, pour la famille R, l'investissement de ce nouvel habitat ne se passe pas au rythme des travaux. Marylène dort avec ses parents, Rémi avec Corentin et le lieu du drame reste ainsi vide, désinvesti, bien qu'il ait été le premier à être rénové. Cela confirme l'idée selon laquelle le temps psychique nécessaire à l'élaboration de la perte et même, en amont, à l'absorption du choc traumatique est un temps incompressible. Seuls le déni et le clivage permettraient de faire l'économie de ce temps de souffrance nécessaire en incorporant magiquement et fantasmatiquement l'objet perdu, ce qui ne semble pas être le cas ici, au moment de nos rencontres. Quelles sont donc, pour cette famille, les modalités de réaction au traumatisme et à la perte ? Comment se manifestent-elles durant le suivi et dans notre dispositif ?

## Fantasmes de culpabilités

### B.C.-M.

Lors du troisième entretien familial, alors que Marylène construit avec des Playmobil® une famille et ses 4 enfants, dont un bébé qu'elle nomme « un bébé cercueil », le père raconte avec beaucoup d'émotion la perte et la mort d'un bébé chat qui appartenait à la défunte.

M. R. : « on ne voulait pas le garder ce chat, mais personne n'en voulait, alors au décès de Charlène, on la appelé le "bébé chat de Charlène". Vous vous rendez compte, lui aussi il est mort, exactement trois mois jour pour jour après le décès, mais qu'est-ce qu'on a fait pour cela ? »

Pendant ce récit, Mme R. s'effondre en larmes puis elle va prendre la parole :

Mme R. : « je vais devoir reprendre le travail, car avec le décès de Charlène mon congé parental s'arrête, mais je me sens incapable de cela, je n'ai plus d'énergie, et j'aurai trop peur pour mes enfants, je vais trop culpabiliser... »

Après les entretiens individuels de Corentin et de Marylène, en salle d'attente le plus souvent, nous entendons ces parents se demander comment ils auraient pu faire pour éviter ce drame, tentant de mettre en place différents scénarios, tout en psychodramatisant parfois ce qui s'est passé. Ceci est à la fois une manière de maîtriser et de contrôler ce qui échappe au Moi.

Le vécu de perte pour ses parents « désenfantés », perdant leur identité de parents, envahis par un fort sentiment de culpabilité, va permettre d'une part de devenir acteur là où ils subissent passivement ce traumatisme et va rendre possible un mouvement d'appropriation d'une histoire qui s'impose à chacun, parents et enfants.

### J.A.

Ce mouvement d'appropriation se repère en entretien individuel avec Corentin, lorsqu'il dessine un monstre qu'il nomme « Le Diablotor ». En dessinant, il dit que ce monstre « détruit tout, tout ce qui est bien ! » Comme métaphore de sa pulsionnalité, la question de la destructivité et de la culpabilité sont mises en scènes dans ce dessin. Dans l'entretien familial qui suit, Corentin dessine un nouveau Diablotor qu'il s'attache à tuer bruyamment, avec beaucoup d'excitation. Il imite des bruitages de bombes, d'explosion et de cris humains. Il est très excité, le volume de sa voix gêne la discussion, c'est très désagréable, mais l'échange se poursuit malgré tout et Corentin se calme peu à peu. Ce processus signant une tentative d'appropriation de sa pulsionnalité, *via* les éprouvés de culpabilité, se répétera au cours d'autres séances individuelles.

**B.C.-M.**

Les dires du père autour de la mort du bébé chat nous font eux aussi saisir ce qui semble se déployer, au cours des séances familiales, mais aussi dans les interstices, comme formes conscientes de culpabilités. C'est ce qu'Albert CICCONE appelle les « fantasmes de culpabilité ».

Cette appropriation de l'événement traumatique se fait par la dramatisation, un travail de culpabilité, processus nécessaire pour accéder à une véritable position dépressive, de dépassement. Elle se présente comme la seule issue à l'expérience du manque.

Entendre, tolérer, recevoir et accompagner les effets de ce traumatisme nécessite certaines conditions dans notre écoute au sein des différents cadres proposés. Cette posture d'accueil de la culpabilité que nous adoptons en tant que psychologues diffère de celle des soignants qui auraient tendance à la minimiser ou l'annuler, laissant ces sujets écrasés par l'extrême solitude qu'induit l'absence de l'autre et qui pourrait conduire vers des impasses mélancoliques.

Ces efforts de subjectivation de chaque membre du groupe familial permettent d'échapper à la désintégration traumatique, pour qu'un travail de deuil puisse petit à petit s'engager.

**L'impossible dernière séance familiale****J.A.**

Enfin, conclure le suivi n'a pas été une tâche facile, car cela amène inévitablement la question de la séparation. Lors du dernier entretien individuel, au moment de la séparation, Corentin récupère les dessins faits en séance, puis nous nous dirigeons vers la salle d'attente. Pour nous y rendre, nous passons devant le bureau où Blandine recevait Marylène. La porte est ouverte, Mme R. essaie de convaincre sa fille de sortir du bureau. Accrochée à la jambe de Blandine, elle s'y refuse. Corentin entre et regarde les constructions Playmobil® de sa sœur, ce qui permet à Marylène de se calmer petit à petit. Comme lorsqu'ils entrent dans le bureau au premier entretien familial, nous avons l'impression commune, avec Blandine, qu'un tout indifférencié passe la porte, mais pour sortir cette fois-ci. Sonnés et soulagés, nous avons besoin d'un moment de silence pour nous reprendre de cette séparation éprouvante. Silence durant lequel je trouve, sous une chaise, l'un des dessins de Corentin : Un volcan en éruption brûle les arbres de la forêt environnante.

## B.C.-M.

Après cette scène de séparation, nous avons une dernière séance familiale prévue pour se dire au revoir. Comme pour le premier entretien familial, nous nous retrouvons à les attendre 20 minutes lorsque le téléphone sonne, la secrétaire me passe Mme R. :

« Nous sommes coincés en bas de la côte qui mène à l'hôpital, car notre voiture a un problème de freins. On va pouvoir venir. Il n'y a pas de problèmes pour monter, mais alors pour redescendre... »

Je réponds qu'il est trop dangereux de venir. L'hôpital étant perché en haut d'une montagne, il leur faudra redescendre et sans freins est trop risqué. Étant inquiète, je leur dis que nous reportons le rendez-vous. Deux semaines après, nous attendons trois quarts d'heure dans le bureau, en vain. Personne ne se présente et personne n'appelle. Nous avons su après-coup qu'un message a été laissé à la secrétaire qui ne nous l'a pas transmis : la fête de l'école les empêche de venir.

Dans l'après-coup, notre difficulté d'écrire cette conclusion rentre contre-transférentiellement en résonance avec cette impossible séparation de la famille R. C'est à nouveau le groupe familial qui nous conduit, dans cette mise en scène de l'impossible séparation, à repenser aujourd'hui notre dispositif de départ. La temporalité du cadre proposé n'était finalement peut-être pas accordée à la temporalité psychique nécessaire à l'amorçage du processus de deuil. En effet, ce suivi en « terre somatique » est resté à un niveau d'appropriation du trauma et nous comprenons à ce jour combien il était prématuré de clore ce travail qui n'était alors pas tout à fait terminé.

Finalement, mettre un terme à ce suivi ne signifierait-il pas pour cette famille se séparer encore trop violemment de l'objet manquant ? Ne pas se séparer serait alors un moyen de garder en soi les liens encore très présents avec la défunte. D'autre part, le dispositif qui s'est organisé ne relève-t-il pas d'un modèle familial qui se jouerait tantôt sur un espace groupal, tantôt sur un espace individuel ?

À votre tour, vous avez été le réceptacle de cette clinique traumatique. C'est un nouvel espace qui s'ouvre pour nous, un espace vers d'autres vécus, ressentis qui vous ont sans doute traversé à l'écoute de cette communication. Nous vous remercions pour nous avoir permis de relater ces rencontres, ouvrant à cet espace d'élaboration.

Blandine CLEYET-MAREL  
Julien ANGUELOFF

## Bibliographie

BAYLE G. (1996). « Les clivages », in *Revue Française de Psychanalyse*, tome LX, spécial congrès, pp.1419-1446.

CICCONE A. (1999). *La Transmission psychique inconsciente : identification projective et fantasme de transmission*, Paris, Dunod.

CICCONE A., FERRANT A. (2008). *Honte, Culpabilité et Traumatisme*, Paris, Dunod.

EIGUER A. (2009). *L'inconscient dans la maison*, Paris, Dunod.

FERENCZI S. (1934). « Réflexions sur le traumatisme », in *Psychanalyse 4*, Paris, Payot, 1996.

KAËS R. (2004). « Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes », in *Filigiane*, volume 13, numéro 2, pp.5-15.

MATHIEU F. (2011). *L'errance psychique des sujets SDF. Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction*, Thèse de doctorat de Psychologie, sous la direction de Bernard DUEZ, présentée et soutenue publiquement le 4 novembre 2011.

STERN D. (1998). *La naissance d'une mère*, Paris, Odile Jacob.



THE ELECTRIC BOOTS.

**L'Autre comme terre d'accueil :**  
**Pérégrinations psychodramatiques**

**Intervention**

**Anthony BOUCHET, Francis DUMONT**

**Anthony BOUCHET**

**Francis DUMONT**

### **Introduction**

Anthony BOUCHET

Lorsqu'avec mes camarades de Master 2 nous avons choisi le thème général des espaces, j'ai tout de suite pensé au stage que j'effectuais avec Francis et surtout au psychodrame individuel auquel je participais. En effet dans ce dispositif de multiples espaces physiques et psychiques sont mis en jeu tant pour le patient reçu que pour les thérapeutes. Nous n'avons pas le loisir de discuter ici de l'ensemble de ces espaces. Nous nous concentrerons donc sur les suivis de deux adolescentes, des chemins et détours que nous avons empruntés avec elles en quête d'une terre d'accueil.

Le cadre (Francis DUMONT) :

De la fin du 12<sup>ème</sup> siècle jusqu'au début du 16<sup>ème</sup>, « espace » était usité pour parler d'un espace de temps, un laps. D'où la difficulté à séparer les deux concepts (difficulté qui s'est trouvée renouvelée avec la quatrième dimension, l'espace-temps, introduite par la théorie de la relativité au début du 20<sup>ème</sup> siècle).

À partir du 14<sup>ème</sup>, est apparue une nouvelle acception du terme d'espace, comme un lieu plus ou moins bien délimité où pouvait se tenir quelqu'un. Ce qui va nous intéresser au plus haut point quand nous parlerons de Manon, une jeune patiente qui joue à cache-cache, à se dissimuler, au sens propre comme au figuré.

Tout comme il y a eu un célèbre livre pour enfants (et adultes), « Où est Charlie ? », nous avons passé un certain temps à nous poser la question « Où est Manon ? », où réside-t-elle en tant que sujet ? En effet, elle a un art consommé de la dissimulation.

Ce qui n'est pas sans évoquer ce passage de la Genèse (3 : 8-10) où Dieu interroge Adam : « Où es-tu ? », après qu'il ait mangé le fruit de l'arbre défendu, et qu'il soit travaillé par une certaine culpabilité. Question surprenante quand même : Dieu étant omniscient, il sait où se situe Adam. Ce qui ne l'empêche pas de lui poser la question : « Où es-tu ? » C'est-à-dire : Où penses-tu résider ? En quel espace ?

La jeune fille dont je parlerais après, Manon, ne répondra pas à cette question, elle l'esquive en permanence. Mais avant d'aller plus loin, un petit détour pour vous présenter le psychodrame.

Je parlerai là de psychodrame analytique, où l'enfant (ou l'adolescent) est seul avec un meneur de jeu et plusieurs co-thérapeutes. Pour être encore plus restrictif, je dirai le psychodrame analytique tel que nous le pratiquons. Il peut en effet y avoir différentes variantes.

Celui-ci se déroule en trois temps :

- D'abord l'enfant raconte une histoire, avec un commencement, un déroulement et une fin, puis il distribue les rôles aux différents co-thérapeutes, sans oublier de s'en attribuer un. Le patient peut choisir – en toute bonne inconscience – avec qui il va faire alliance, contre qui il va devoir batailler... L'expérience montre que les patients se trompent rarement, et qu'ils sont tout à fait « affûtés » pour choisir les uns et les autres, saisissant très finement, et pratiquement à coup sûr, les tendances inconscientes de chacun, la position subjective de chacun. Le patient s'adresse au meneur de jeu, mais aussi aux co-thérapeutes. Ceux-ci peuvent poser des questions, demander des précisions leur permettant de jouer leur personnage dans l'histoire racontée par le patient.

- Ensuite c'est le temps du jeu. Dans ce jeu, chacun joue à sa façon le rôle qui lui a été attribué. Je ne donne jamais de consigne de jeu. Chaque co-thérapeute y va de son propre inconscient, avec ce qu'il est donc, ce qu'il a entendu de l'histoire racontée par le patient, et ce qu'il sait de la problématique de ce patient. C'est le temps d'occuper l'espace. Se déplacer dans l'espace. Mettre en jeu l'image du corps. (Tant celles des co-thérapeutes que du patient)

- Le troisième temps est consacré à se dire quelques mots sur la scène qui a été jouée, l'intérêt qu'elle a suscité chez le patient, ce qui a pu le surprendre... C'est aussi un temps d'interprétation.

- Je rajouterai un quatrième temps, temps d'élaboration que l'on prend entre nous pour parler, une fois le patient parti, de cette même scène, et nous livrer à nos propres associations d'idées. Ça peut partir dans tous les sens, ça met chacun en jeu, il est parfois difficile de saisir le lien entre ce qui est avancé par l'un d'entre nous et le jeu, mais ce temps d'« élaboration » est souvent d'une grande richesse. C'est aussi là que l'on peut saisir, seul ou en groupe – c'est-à-dire qu'on n'est pas obligé de le partager – où, en quel point, en quel lieu nous avons été touchés, quand c'est le cas, par tel ou tel moment du jeu, telle ou telle scène.

À ce repérage dans le temps se surajoute un repérage dans l'espace, à l'intérieur même de la salle de psychodrame, qui est divisé en un espace de parole, où il y a des chaises, où se tiennent les temps 1, 3 et 4, et l'espace de jeu. Cet espace

d'expression, de jeu est vide. Mais quand les patients utilisent cet espace, ils l'organisent, le subdivisent, le structurent. Ce qui était pure topologie des lieux est alors infiltrée par l'espace psychique du patient. On est là dans une clinique de la limite, de la frontière.

En effet, quand on parle d'espace, on parle implicitement de limites. Sauf à envisager des espaces illimités, à perte de vue, c'est-à-dire dont la seule limite est celle du regard.

Venons-en à quelque chose de plus subtil, la question des espaces intérieurs. Dans le « décor » du psychodrame, il n'y a pas que les lieux, mais il y a aussi les personnes. À la situation traditionnelle, un patient, un thérapeute, se substitue une autre répartition : un patient, un meneur de jeu, plusieurs co-thérapeutes. Ce qui introduit immédiatement une complexité supplémentaire.

À la relation patient-thérapeute s'ajoutent :

La relation du patient vis-à-vis de chacun des co-thérapeutes – et réciproquement.  
La relation de chacun des co-thérapeutes au meneur de jeu – et réciproquement.

La dynamique transférentielle en donc modifiée, et il faut en tenir compte.

*Narimane*

Anthony BOUCHET

Dans son poème titré : Les argonautes, Georges SÉFÉRIS a cette phrase : « Une âme si elle veut se reconnaître, c'est dans une âme qu'elle doit se regarder. ». Cette phrase m'a accompagné durant une partie de ma formation. Si bien sûr il ne s'agit pas pour nous de parler d'âme, mais plutôt de psyché, elle m'a toujours beaucoup parlé, rappelé que nous sommes humains, sensibles, que c'est ce qui fait la spécificité de notre travail et également notre principal outil. Cela me semble d'autant plus vrai depuis que j'ai participé à ce psychodrame psychanalytique individuel. Francis présentera tout à l'heure comment le langage peut représenter une terre d'accueil pour Manon, l'une des adolescentes que nous avons reçue au psychodrame. Pour ma part je vais tenter de parler du dispositif lui-même, de ce que j'ai pu percevoir des espaces psychiques qui y sont mis en jeu. En effet, en cette période où le soin doit être quantifié, chaque acte évalué, j'ai vraiment apprécié de pouvoir intégrer ce dispositif si particulier dans lequel le patient travaille... avec six thérapeutes !

Pour appréhender une partie de ces jeux d'espaces, je vais néanmoins m'appuyer sur le psychodrame de Narimane, jeune fille de 10 ans qui vient consulter au CMP pour des difficultés d'apprentissage. Le psychodrame de cette jeune fille

est très différent de celui de Manon, mais cela nous montre l'étendue des indications possibles pour ce dispositif. Pour Narimane, chaque séance de psychodrame est un morceau d'une histoire plus globale. Chaque scène débute peu ou juste après la fin de la scène jouée la semaine précédente. Chaque co-thérapeute a un rôle prédéfini qu'elle n'intervertit jamais bien que la règle le lui permette. Ainsi, Narimane joue une jeune fille de 6 ans, Fiona, l'un des co-thérapeutes, sa petite sœur de 3 ans « Fifi », les quatre autres étant leurs parents et grands-parents. Pour ma part, je jouerai invariablement le père des deux filles.

Ainsi Narimane nous a tous intégrés dans une odyssee psychodramatique dont chaque séance n'était qu'une étape dans le voyage. Elle nous a permis de monter dans son bateau nous entraînant dans les dédales de sa psyché sans que l'on sache où ce voyage nous mènerait, tels les argonautes dont George SÉFÉRIS a fait un poème. On peut en effet rapprocher le rôle des co-thérapeutes de celui des argonautes qui accompagnent Jason dans sa quête de la toison d'or. Nous sommes avec le patient, pour lui prêter main-forte dans son aventure. Dans la mythologie Jason se sert de ses camarades de voyage en fonction de leurs capacités, selon les talents qu'il leur reconnaît. Dans le psychodrame il en va de même. L'adolescent, à partir de ce qu'il a perçu dans la situation transférentielle, de chacun des co-thérapeute de son attitude, de son expression corporelle, va lui attribuer un ou des rôles pour l'accompagner dans le jeu. En définitive, il me semble que l'on peut donner le même sens à la quête de Jason et à celle de Narimane : un voyage dans un au-delà mystérieux dont ils doivent revenir transformés.

Lors de ma 1<sup>ère</sup> séance, nous sommes trois nouveaux thérapeutes pour Narimane, néanmoins elle n'a aucun mal à raconter une histoire ni même à nous distribuer nos rôles. Elle choisit de jouer une scène familiale dans laquelle, les deux filles Fiona et Fifi, leurs parents et grands-parents passent un week-end en forêt. Alors que tout le monde semble heureux d'être sur place, que le campement et le repas s'organisent, les deux enfants s'éloignent volontairement de leur famille au-delà des limites permises. S'ensuit une longue recherche des deux enfants qui reviennent finalement plus tard tout sourire. Alors qu'elles se font gronder par leur mère, j'incarne un père plutôt rassuré de les avoir retrouvées. Contre toute attente ce sont les fillettes qui s'énervent contre leur famille qu'elles jugent trop restrictive.

Pendant plusieurs semaines nous avons joué des scènes assez similaires, dans différentes situations Fifi et Fiona trouvaient le moyen de s'enfuir, de partir à l'aventure, parfois même à l'étranger. Des deux enfants c'est Fifi, la plus petite jouée, par notre collègue, qui était la plus agressive, en colère contre sa famille. Elle était la pousse au crime d'une Fiona suiveuse, mais qui y trouvait de plus en plus de plaisir.

Progressivement les espaces physiques de l'espace dédié au jeu se sont précisés. Ainsi est apparu une maison familiale dans laquelle tout le monde habitait dans une ambiance parfois électrique. Puis une école dans laquelle les filles font les quatre cents coups, elles ne travaillent pas toujours bien, volent ou cassent des affaires. Fiona commence à prendre plus d'initiative et ment ouvertement, accuse parfois sa petite sœur. Puis apparaît la maison des grands-parents. Il y aura enfin

le lieu de travail des parents. Une fois créés et désignés dans la pièce par Narimane durant le temps de parole, ces espaces sont restés les mêmes tout au long du psychodrame. D'un espace unique et indifférencié d'abord sans limites : une forêt, la campagne, nous avons ensuite joué dans une maison dont semblent être progressivement sortis les néo-espaces créés, qui viennent délimiter notamment les différentes générations.

Début janvier, le thérapeute qui jouait Fifi a quitté le dispositif sans avoir eu le temps d'en informer Narimane. Cela n'a pas semblé la déranger beaucoup dans le temps de parole, même si elle semblait un peu plus excitée. Elle a distribué les mêmes rôles à chacun des autres participants et intégré cette absence au scénario de son long voyage psychodramatique. Si Narimane n'a pas semblé trop ébranlée par ce départ, cela a néanmoins changé des choses pour Fiona. La dynamique du jeu a alors évolué. Le départ définitif de Fifi dans un autre pays va entraîner une plus grande colère, effronterie et plus grande confrontation de Fiona aux adultes et particulièrement à son père. Celle-ci n'ayant plus personne pour l'encourager à transgresser les règles, elle a alors commencé à faire des bêtises, provoquer ses parents, en son nom propre. Elle s'est mise à tendre des pièges, faire de mauvaises farces, le tout dans une grande excitation, sans culpabilité évidente, avouant parfois à contrecœur sa responsabilité. Durant cette période les grands-parents sont plutôt compatissants et compréhensifs avec la fillette alors que les parents deviennent plus unis qu'au début et le père un peu plus autoritaire.

Durant les dernières semaines de mon stage, les confrontations s'orientent exclusivement contre le père. Fiona se met alors à lui voler ses effets, clé, portefeuille, téléphone, tout y passe. Elle les casse ou les cache dans sa propre chambre. Le père doit alors les chercher dans une petite boîte cachée dans sa chambre pendant que sa fille dort et les lui vole à son tour... ! Je fais ici un petit aparté pour rappeler que ces interdictions, confiscations ou encore la colère du père devant une bêtise de sa fille sont énoncées par Narimane durant le temps de création du récit.

Les confrontations deviennent donc plus franches, le père tente de la punir, mais apparaît surtout désespéré, incapable de comprendre ce qui peut pousser sa fille à être aussi exécration. Je joue un père dans une position assez dépressive, incapable d'exploser face à cette fille tyrannique qui tente de le faire partir de chez lui. Lors de la dernière séance où je suis présent suite à une énième provocation, le père est dépité, au bord des larmes, Fiona vient discuter avec lui, provocatrice, mais finalement se ravise un peu sur la fin et accepte une partie de ses torts et tous deux s'excusent.

J'ai fait le choix de faire un résumé de ces dix mois de psychodrame, insistant seulement sur certains moments pour que vous ayez une vision d'ensemble de notre rencontre avec Narimane. Pour moi aujourd'hui il ne s'agit pas de faire une analyse clinique de la thérapie de cette patiente même si j'aurai l'occasion de revenir sur ce que j'ai pu vivre durant ces dix mois. Il y a certaines choses que vous avez dû percevoir dans les éléments que j'ai évoqués et je vous laisserai faire vos propres hypothèses. Je vais pour ma part me concentrer sur le dispositif, sur deux éléments

qui m'y semblent essentiels : La création d'un espace transitionnel, d'un espace de Jeu et l'indispensable empathie dont doivent faire preuve les co-thérapeutes.

Le but du psychodrame est de permettre à un fonctionnement mental défaillant de retrouver ou de créer des figurations, là où le jeu psychique ne fonctionne plus. Naturellement quand on pense au psychodrame, on pense au jeu. Nous l'avons vu, le temps de jeu pour le patient et les co-thérapeutes est le plus important temporellement de la séance. Mais encore faut-il que nous ne soyons pas dans le « game », jeu structuré avec des règles limitantes, mais bien dans le « play », jeu libre acceptant une part de surprise, de surgissement propice à la symbolisation.

Or avant d'investir l'espace de jeu, il y a un temps de « récit ». Pour Narimane il était très investi, elle y semblait déjà dans son rôle et impatiente de le jouer. Sur les dernières semaines par exemple son personnage était en colère contre le mien, alors la jeune fille fuyait mon regard, mais souriait en annonçant les disputes à venir. Ce temps de récit pose les bases de l'espace intermédiaire qui pourra potentiellement être investi, qui va permettre le déploiement et le travail des différents psychés.

En effet, c'est à partir de ce discours que va pouvoir se créer un écart entre chacune des représentations que tous les membres du psychodrame vont se faire de la scène à jouer. S'il semble réfléchi et préparé, il est l'expression de sa psyché. De plus même si cela pourrait sembler contrôlé, on peut sentir dans son discours que certains éléments surgissent. Certains éléments de l'histoire semblent ainsi presque la surprendre ou je dirai plutôt que son audace de demander à jouer telle chose la surprend. Du côté des thérapeutes, chacun n'entend pas obligatoirement la même chose du discours du patient, ne prête pas la même attention à chaque élément. Ce temps, nous l'investissons également, nous commençons à imaginer le jeu, ce que va ressentir tel personnage, etc. Ainsi à la fin de ce temps, l'histoire, bien qu'émergeant de la psyché de Narimane, ne lui appartient plus tout à fait. Si elle n'appartient pas non plus aux co-thérapeutes chacun commence à s'y projeter. C'est parce qu'il existe un *autre* sensible, ici des *autres*, qui écoutent ce discours et se l'approprient qu'une aire de jeu commune à tous peut être créée.

Une fois cet espace transitionnel créé, il reste à l'investir et à jouer ensemble. Serge LEBOVICI, l'un des précurseurs du psychodrame en France écrivait en parlant du jeu de l'enfant : cette activité ludique se présente sous un double aspect : « elle est entièrement vécue et elle ne cesse d'être perçue par l'enfant comme fictive ». C'est le cas pour Narimane, elle est totalement son personnage, mais sait très bien que tout ça n'est qu'un jeu, son excitation grandissante durant son récit nous le montre bien.

Grâce à l'espace potentiel, développé dans le récit et corporellement investi par le jeu psychodramatique, il est alors, moins question d'un passé à découvrir, à reconstruire que d'un « advenir », d'un non advenu de soi, et d'un potentiel à accomplir. La dynamique du jeu psychodramatique, le jeu interactif des psychés au travail, aura pour but de s'approprier les parties restées inexplorées de la psyché. On peut penser que c'est ce qui se passe pour Narimane après le départ du co-

thérapeute qui jouait Fifi. Narimane a pu se laisser aller à jouer directement, à travers le prisme de Fiona, une colère qu'elle n'avait peut-être jamais pu s'approprier. Dans le psychodrame, c'est la possibilité de pouvoir mettre en scène des parties de sa psyché, dans un espace intermédiaire, qui aurait ainsi permis à Narimane de voir représenté ces éléments et de les reprendre à son compte.

Mais pour cela encore fallait-il qu'elle trouve une personne pour accueillir cette partie enfouie en elle, ce non advenu. Un co-thérapeute empathique qui a ressenti et accueilli cette colère et l'a mise en scène avec sa propre sensibilité la donnant probablement à voir différente de ce que pouvait en penser Narimane. LEBOVICI soulignait que « le rôle du contre-transfert est considérable dans la conduite du psychodrame ». En effet, le co-thérapeute n'est pas un simple comédien. Son activité psychique est également convoquée dans le psychodrame, tout comme son activité interprétante. « L'art du psychothérapeute [écrit LEBOVICI] se situe dans la création de véritables raccourcis dramatiques qui font la preuve de son intuition, et sont des plus féconds dans le déroulement des cures. » Dans le psychodrame c'est le meneur de jeu qui interprète les dires et le jeu du patient. Les co-thérapeutes, se servent de leur corps et de leurs répliques durant les scènes pour accompagner le patient dans son voyage interne. Ils sont mis en mouvement, par la pensée et les affects du patient. En s'identifiant à lui, de façon empathique, ils laissent surgir en eux des images, des mots, des répliques, qui vont donner sens au vécu du patient. La scène représentée et jouée, va donc mettre en mot, mettre en sens, ce qu'ils ont ressenti. L'empathie va permettre à la psyché du patient de se déployer sur scène, soutenue par l'activité psychique des co-thérapeutes. Ceux-ci interviennent comme des auxiliaires du fonctionnement mental du patient. Le patient, y trouve la possibilité de se « voir », de se représenter. Cette activité réflexive fait partie du travail de symbolisation, en introduisant un écart, un déplacement possible, au sein de l'activité représentative du moi. Pour cela, les thérapeutes doivent se laisser aller à une certaine liberté contre-transférentielle. Ainsi, les associations, mots, mouvements produits chez les thérapeutes doivent être entendus comme l'expression de la réalité psychique du patient dans une co-construction.

En définitive, le psychodrame va permettre d'attirer, déployer et utiliser le transfert mobilisé sur le meneur de jeu (mais également diffracté sur les co-thérapeutes) pour la symbolisation. Le jeu qui se déroule sur la scène, où plusieurs psychés travaillent ensemble, permet la réactualisation de ce qui a eu lieu ou qui n'a pas eu de lieu afin qu'ils puissent se mobiliser, se métaphoriser. Le dispositif permet au patient en quête de représentation et de symbolisation, d'avoir à sa disposition plusieurs personnes, plusieurs psychés dans lesquelles nichent des parties de lui-même. Ces différentes rencontres permettent la création d'un véritable espace de jeu, créatif et symboligène. Le patient, voit représenter son récit, mais avec un inéluctable écart, une distance, dû à l'expérience, la sensibilité, l'empathie de chaque thérapeute.

Pour conclure, je reviendrai rapidement sur ces quelques éléments de ce que j'ai pu vivre dans la relation transféro-contretransférentielle de ce psychodrame. Par exemple dans la première séance que j'ai décrite, Narimane n'avait donné que peu

d'indications sur les réactions des parents. Pour ma part, j'ai joué un père inquiet puis soulagé de retrouver ses deux filles saines et sauvées, sentiment qui me semblait alors le plus naturel pour mon personnage. Les non-dits du récit initial invitent justement les psychodramatistes à jouer ce qui leur vient. Je pense que Narimane a été surprise de la façon dont j'avais décidé de jouer le père de Fiona. Décidé n'est d'ailleurs pas le bon mot. J'ai joué ce qui m'est venu à ce moment face à cette jeune en particulier. Je n'ai pu faire qu'avec ce que j'étais à ce moment-là, avec l'écho que cette histoire avait trouvé en moi. Cette interprétation, au sens scénique tout autant que psychanalytique du terme a, me semble-t-il, pu avoir une influence sur l'orientation qu'a prise le psychodrame de Narimane. Par la suite, comme je l'ai évoqué, elle a pu s'approprier ses pulsions agressives qui se sont ouvertement orientées vers le père de l'histoire. Il s'agissait probablement d'un « non advenu » potentiel qui a pu se faire une place sur la scène psychodramatique. Néanmoins, j'ai toujours eu du mal à jouer un père très en colère contre sa fille. Parfois le père de Fiona a pu plus largement la gronder, mais il m'était très difficile de jouer quelque chose de plus proche d'une explosion de colère. Je ne sais toujours pas si cela était seulement dû à mes propres résistances où si j'avais seulement l'impression qu'il fallait que Narimane voie, à travers le jeu, une autorité paternelle résister à toutes ses provocations sans perdre le contrôle. La réalité est probablement un peu dans les deux hypothèses et dans aucune des deux à la fois, il faut parfois accepter ce qui surgit et espérer que cela trouvera un éclairage par la suite. C'est cela aussi la richesse du psychodrame, car l'aire transitionnelle si chère à Winnicott ne peut être investie et créatrice qu'à condition que les participants ne jouent pas à jouer.

*Manon*

Francis DUMONT

C'est une jeune adolescente de 13 ans et demi, qui a commencé le psychodrame en octobre 2010, avec un autre meneur de jeu, dont je prendrai la suite en octobre 2013 quand celui-ci partira à la retraite. Elle est en soin depuis l'âge de 2 ans, tant sur le versant rééducation (kiné puis orthophoniste depuis 9 ans) que pour ses difficultés psychiques (séquentiel-petits puis psychodrame) : diagnostic de dysharmonie évolutive à expression déficitaire.

Elle est née avec une trachéo-malacie (collapsus anormal de la paroi trachéale) et sera opérée à l'âge de 1 an et demi de nodules sur les cordes vocales et la trachée. Au psychodrame, les scénarios qu'elle propose sont assez répétitifs, mais évoluent quand même dans le temps : on a joué un long moment à se cacher, se retirer dans un coin, avec quelques scènes folles où tout le monde était caché et personne ne cherchait – angoisse. Les scénarios qu'elle propose actuellement se résument à deux choses : « On joue à attraper lui » ou « On joue avec lui », mais peuvent se déployer dans le jeu.

Elle s'exprime dans un souffle de voix, parfois inaudible, qui nous oblige à tendre l'oreille. Elle semble alors s'être effacée, telle la nymphe Écho, qui se réduit à un filet de voix, et qui ne peut prendre l'initiative d'un dire, mais uniquement reprendre ce qui vient d'être dit. Par son mode d'expression, son débit lent, sa voix qui menace toujours de s'éteindre, Manon nous convoque en un lieu particulier, à la lisière entre parole et silence, mais aussi entre la parole et la voix, quand ne se fait entendre que le murmure, ou le souffle. Et de fait, si elle parle, c'est toujours avec des trognons de phrases, même si au fil des séances c'est de moins en moins vrai. Le langage pour elle semble être davantage une « terre inhospitalière » qu'une « terre d'accueil ».

Elle nous convoque en un temps difficilement abordable, celui de l'« avant », puis des tous débuts de la vie aérienne, une zone, un espace que peu d'auteurs ont abordé. Un temps mythique aussi où « des sons anciens nous ont persécutés. Nous ne voyions pas encore. Nous ne respirions pas encore. Nous ne criions pas encore. Nous entendions. » (P. QUIGNARD) De même, entre ce qu'elle formule dans un souffle ou un murmure, ce que l'on entend à peine, ou mal, ou pas du tout, nous sommes assez fréquemment pris dans ce que FREUD a qualifié de « dimension sidérante de l'inintelligible, de l'incompréhensible, de l'énigmatique ».

Que dire du déroulement du psychodrame avec cette jeune adolescente ? Et comment s'y joue la question de l'espace ?

Pendant une longue période, Manon joue toujours avec une seule personne, toujours un homme, toujours le même homme, laissant ostensiblement les femmes « sur le banc de touche ». Elle joue de plus toujours la même chose : « on joue à attraper lui ». C'est du moins toujours le même énoncé, qui recouvre bien des réalités. Lors de la énième séance où elle propose « on joue à attraper lui », Manon repère sur mon polo une petite marque qu'elle prend pour un trou. Trou que le co-thérapeute choisi, Frédéric réintroduira dans le jeu : y tomber ou pas, se faire un trou au genou, y mettre un pansement. Ce qui amène Manon à un moment de différenciation des espaces dans la même séance : « toi, tu vas là, moi, je vais là ». (Je passe rapidement sur ce trait prélevé sur l'Autre... à la fois point de départ d'un phénomène identificatoire, mais aussi relance des processus associatifs).

Quand Frédéric parle de combler le trou, Manon me sollicite du regard, attendant que je marque la fin du jeu. À la séance suivante, dans le jeu, Frédéric se tord le pied dans un trou. Manon s'en occupe, avec attention, mais sans excès. Frédéric joue la blessure, Manon ne s'en préoccupe pas plus que ça. « On pourrait sauter », propose-t-elle (par-dessus le trou).

Elle reprendra cette histoire de trou à la séance suivant, y ajoutant que dans ce trou « ça brûle ». Et pour traverser la pièce, elle trouve un chemin le long du mur pour éviter le « ça brûle », allant même jusqu'à s'intercaler entre le trou et le mur de façon à ce que Frédéric puisse passer sans risque et sans crainte. Dans la même séance, en même temps que l'espace se structure apparaît la temporalité : « après, on touche ».

À la séance suivante, en plus de Frédéric, Manon propose à Anthony de jouer. Elle ré-initie le jeu de courir d'un mur à l'autre. Anthony met une petite barrière entre les deux, dont Manon ne tient aucun compte, faisant comme si la barrière n'était pas là.

Par la suite, c'est elle-même qui réintroduira au milieu de la pièce « l'obstacle » des séances précédentes, en passant le long du mur. Puis elle aide Frédéric à franchir l'obstacle. Ce jour-là, il y a une « ligne de feu », en fait une sorte de trait dessiné par terre par le soleil. Trait qu'elle utilise dans le jeu. Dans cette séance de nouveau l'espace se différencie, chacun ayant sa maison, qu'il peut ouvrir ou fermer. Cette différenciation des maisons restera stable, et reviendra pratiquement à chaque séance.

Une dernière séance : Frédéric s'enferme dans sa maison et dort. Manon entre dans la maison comme s'il n'y avait pas de mur, pas de porte. Après avoir constaté qu'il pleuvait dehors, à son tour elle s'enferme. Frédéric va jusque chez elle, frappe à la porte, et Manon lui répond tout naturellement : « entrez ». Après un moment, elle renvoie Frédéric chez lui, « dans ta maison... », et elle l'accompagne. Là encore, c'est elle qui a initialisé ce « chez toi, chez moi ».

De séance en séance, l'espace continuera à se différencier, avec l'apparition de voisines (et donc l'intégration des femmes dans le jeu), ayant chacune sa maison... le processus de différenciation de l'espace se poursuivra, s'affinera, lentement, mais de façon constante. Nous en mesurerons les effets dans ce que nous dit la famille, à savoir que dans son quotidien tout comme à l'école, Manon utilise de plus en plus le langage de façon différenciée, cherchant à construire des phrases entières. En effet, Manon faisait du langage un usage minimaliste.

On peut attraper cette question par un autre bout, celui du corps. Manon est plutôt pataude, maladroite et quand elle propose de « sauter », elle se contente de faire un pas un peu plus grand que les autres, mais que l'on ne peut pas qualifier de « grand pas ». Elle est incapable de décoller du sol, de s'élever. Si elle s'est assise par terre, il lui est difficile de se relever, et souvent elle s'appuie contre le mur pour le faire. Ce que nous dit Alain DIDIER-WEIL prend alors toute sa valeur : « On s'étonne généralement du poids que le corps acquiert avec la mort, alors qu'il faudrait plutôt s'étonner du contrepoids que le corps vivant reçoit du signifiant : le signifiant soustrait en effet le corps à la pesanteur en le faisant se redresser, s'envoler pour danser. Cette dialectique par laquelle le corps est un point d'articulation entre la pesanteur et l'apesanteur, entre la fixité et le mouvement, est une des coordonnées majeures de l'articulation du désir inconscient : que ce désir fléchisse et ce corps se met à fléchir sous son poids... »

Manon, qui est bien traversée par le signifiant, qui est entrée dans le langage autant que le langage s'est emparé d'elle, ne reçoit pas de ce signifiant le soutien qui fait qu'habituellement c'est le symbolique qui nous tient debout. Elle est toujours – bien que de moins en moins – dans une certaine sidération à laquelle n'a pas encore

complètement succédé la lumière. Néanmoins se fait jour la lumière du sens si l'on considère qu'auparavant il lui arrivait pendant les séances d'être complètement sidérée, ne pouvant plus articuler un son, n'ayant comme seul recours que de se tourner vers le meneur de jeu pour recueillir son soutien ou son assentiment. Ou encore, il lui était impossible de nommer les personnages ou de leur donner un âge. Si on la questionnait sur l'un ou l'autre de ces points, elle déviait sur tout autre chose. Aujourd'hui, devant la même question elle aspire entre ses lèvres et hausse les épaules, accusant réception du message, et signifiant son impossibilité d'y répondre.

Tout récemment, au cours d'un entretien, alors que sa mère me parlait avec insistance d'un adolescent auquel Manon a eu affaire en disant « cet adolescent », Manon, avec une belle constance reprenait à chaque fois « il s'appelle Joseph ». Question en cours donc, qui nous laisse penser que pour elle le langage n'est plus seulement une terre inhospitalière, mais se constitue progressivement comme terre d'accueil.

Ces quelques fragments de séance illustrent l'interpénétration de différents espaces : différents endroits de la pièce, mais aussi l'écho qui se joue entre le psychisme de Manon, et celui du ou des co-thérapeute(s). Ainsi certains co-thérapeutes ressentaient, de leur place, comme très lourd le fait de jouer seul avec Manon, alors que le principal intéressé n'était pas du tout dans cette dynamique. Par ailleurs, s'il n'est pas toujours facile de jouer seul avec Manon face au groupe des co-thérapeutes et du meneur de jeu, il n'est pas plus simple de ne jamais jouer, ce qui est le cas d'une des co-thérapeutes, à qui Manon donne cette place particulière de témoin muet, d'objet de délaisement, de rebut. Au niveau du groupe, nous avons parfois ressenti une certaine lourdeur, mais jamais de désintérêt ou d'ennui. Manon nous oblige à une clinique du détail très exigeante.

Elle nous confronte à une clinique de l'abîme, du vide, sur laquelle nous éclaire de façon très intéressante Nicolas BOUVIER, grand voyageur devant l'Éternel, qui a pu écrire le récit de ses voyages, et qui dit sur ce sujet de fort belles choses, notamment dans « L'usage du monde » : « Comme une eau, le monde vous traverse et pour un temps vous prête ses couleurs. Puis se retire, et vous replace devant ce vide qu'on porte en soi, devant cette espèce d'insuffisance centrale de l'âme qu'il faut bien apprendre à côtoyer, à combattre, et qui, paradoxalement, est peut-être notre moteur le plus sûr ». À condition de supporter ce « côtoiement »... En effet, peu de gens se promènent « sereinement » au bord du gouffre.

## **Conclusion**

Anthony BOUCHET

Il est temps pour nous de conclure. Avec Francis nous avons évoqué ce qu'est le psychodrame et quel accueil il peut offrir au patient. Il me semble important de pouvoir dire un mot de ce qu'il m'a apporté en tant que futur psychologue praticien et revenir ainsi à l'origine de ces journées de conférence.

Pour moi le psychodrame a été très formateur à bien des égards. Tout d'abord parce que j'ai travaillé avec six psychologues plus expérimentés qui m'ont nourri de leurs réflexions, de leurs analyses. Ensuite, il me semble que c'est Didier ANZIEU qui disait que tout futur analyste devrait au cours de sa formation passer par le psychodrame. Je le rejoins volontiers tant cette expérience oblige les thérapeutes à se saisir de la situation transféro-contretransférentielle. Si je n'ai jamais eu trop de difficultés à investir le temps de reprise, mes collègues me laissant une réelle place pour le faire, il n'a pas tout le temps été facile de me confronter si directement à la clinique. Lorsque l'on est co-thérapeute, il n'y a pas de temps de réflexion avant de formuler une réponse, le jeu ne le permet pas, pas plus que les réponses à l'emporte-pièce ! Il faut quelque part se mettre un peu à nu, accepter de livrer un peu de soi sur la scène, devant le patient et devant ses pairs, devant son maître de stage ! Il faut jouer, jouer réellement. Jouer avec ce que l'on est, se confronter à ses propres résistances, à son contre-transfert dans ce qu'il a parfois de plus direct et exposer aux yeux de tous. Si cet exercice n'est pas toujours facile il m'a permis de mesurer, de vivre, plus amplement l'importance du transfert, la façon dont il vient éclairer les problématiques des patients.

Je pense que cette expérience a durablement influencé la façon dont je perçois ma pratique. Il y a une seconde raison à cela et il me semble important de pouvoir l'évoquer aujourd'hui notamment pour les futurs praticiens qui sont présents. Participer à ce psychodrame m'a rappelé une chose qui me paraît essentielle, mais que j'avais peut-être un peu perdue de vue durant ma formation. Il s'agit de la notion du plaisir, plaisir de rencontrer l'autre, de l'accompagner, plaisir de faire ce métier !

Dans le psychodrame, comme dans d'autres dispositifs, il y a un vrai plaisir à jouer. Comme le patient, je me surprénais parfois à attendre avec impatience le temps de jeu, de voir comment il aller se dérouler, d'être surpris, d'être ému, mais aussi de pouvoir échanger avec les autres thérapeutes sur nos ressentis, notre compréhension de la séance.

WINNICOTT nous disait : « La psychothérapie s'effectue en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. » Alors, ne nous laissons pas trop atteindre par la morosité ambiante, défendons notre métier, restons créatifs et n'oublions pas de jouer, de prendre du plaisir dans ce que nous faisons. C'est peut-être ce que l'on peut faire de mieux pour nos patients !

Anthony BOUCHET  
Francis DUMONT



**D'un espace en manque de jeu,  
à un espace en recherche de sens :  
quand patients et soignants se retrouvent sur scène**

**Intervention**

**Mathilde BESSIN, Sophie TCHUKRIEL**

**Discussion**

**Marion ANDRÉ**

**Mathilde BESSIN**

**Sophie TCHUKRIEL**

*Sophie*

Infirmière en psychiatrie depuis 35 ans, praticienne chercheuse à l'origine de la recherche en soin infirmier sur « L'impact de l'informel dans l'exercice infirmier en psychiatrie adulte », j'exerce depuis quinze ans au CDJ (Centre De Jour), petite maison située dans la ville de Rillieux-la-Pape, antenne de l'hôpital du Vinatier. Nous accueillons principalement une population de patients psychotiques à partir de leur majorité. La structure est ouverte du lundi au vendredi.

Nos axes de soin s'appuient principalement sur la psychothérapie institutionnelle et les groupes à médiations thérapeutiques.

Deux précisions apparaissent nécessaires pour situer les modalités d'accueil d'une future professionnelle au CDJ, et dans le cas présent, il s'agit de Mathilde.

Tout d'abord, le contexte de travail au CDJ en 2014 présentait de grandes difficultés.

D'une part nous souffrions d'une absence chronique de présence médicale.

D'autre part, l'application de la loi HPST<sup>1</sup> avec le projet de restructuration par la mise en pôle des services instaurait un sentiment d'insécurité, car il pouvait impliquer un changement d'affectation soignante.

---

1 La loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) a été élaboré à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges, des débats issus notamment de la commission LARCHER, des échanges des états généraux de l'organisation des soins (EGOS) et des conclusions des rapports RITTER et FLAJOLET. La loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement. Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009.

Bien que le risque de voir éclater l'équipe restait potentiellement minime, vu l'intérêt stratégique institutionnel à garder une équipe homogène, cohérente, capable de maintenir ce lieu malgré des défaillances d'étayage clinique ; nous étions dans l'interrogation puisque rien n'était acté.

Ensuite quelques mots sur la présentation de Mathilde par le psychologue du service.

En septembre, à la reprise des groupes thérapeutiques, celui-ci nous demande si nous étions prêts à accueillir une étudiante en psychologie dans le groupe théâtre du vendredi ; vendredi qui serait son unique jour de stage.

Bien sur nous répondons favorablement, mais n'abordons pas la posture de Mathilde dans le groupe théâtre. Omission volontaire de son maître de stage ? Pas de temps pour penser quand l'institution demande toujours plus avec toujours moins ? Toujours est-il que la seule information fiable était que Mathilde nous suivrait jusque-là représentation en juin.

### *Mathilde*

J'ai donc rencontré Sophie, l'année dernière, lors de mon stage de fin de formation. Je suis présente au CDJ tous les vendredis de 9 h à 17 h au contact permanent des patients et des soignants. Le matin, je participe avec trois infirmières et sept patients à un groupe théâtre, le midi je mange avec l'équipe et l'après-midi soit je coanime avec le psychologue et une infirmière un groupe Photolangage soit je reste aux côtés des patients dans leur quotidien.

Ma première rencontre avec Sophie et l'institution qui m'a accueilli pendant 9 mois ne s'est pas déroulée facilement. Bien que tous les soignants avaient la même préoccupation, le même objectif, qu'est le soin au patient, nous venions de deux disciplines différentes, deux approches du soin différentes, deux positionnements et langages différents. Comment alors s'entendre, comment s'accorder ?

Les premiers temps, j'ai peur de me faire « gober » par cette équipe, j'ai l'angoisse de perdre mon identité professionnelle en construction. De plus, le transfert psychotique et psychotisant de certains patients « de moins en moins stabilisés », le cruel manque d'étayage institutionnel et l'inquiétante étrangeté de la restructuration provoque l'incompréhension, des attitudes défensives comme entre autres le clivage. Alors, il nous est compliqué de s'entendre, s'accorder.

Mais, tous les vendredis matins, nous nous retrouvons au groupe théâtre, sur scène, ensemble en jeu. Ce dernier se déroule hors du centre de jour, dans une salle de spectacle de la ville. Il est animé par William, un comédien de l'association « la fille du pêcheur ».

Ainsi sur scène, nous nous retrouvons, soignants, soignés, à jouer ensemble. Nous ne savons pas ce que nous jouons, mais nous jouons et nous y prenons plaisir. Une « relation », un lien prend forme à travers le jeu. Dans cet autre espace, nous partageons une expérience commune.

J'ai demandé à Sophie si elle voulait parler avec moi de notre expérience partagée de travail. Aujourd'hui nous voilà sur une scène, une autre. Sophie n'est pas une psychologue clinicienne, elle n'est pas ma maîtresse de stage, mais elle a été pour moi une maîtresse-compagnonne et qui m'a transmis énormément de ses connaissances, de son expérience. C'est toute la différence entre pluri- et interprofessionalité : ne pas considérer les différentes professions de soin comme des spécialisations hermétiques les unes par rapport aux autres, mais dans une nécessaire complémentarité.

Un mot m'est revenu, celui de « re-co-naissance », ce mot qui traverse tous les colloques depuis maintenant six ans. « Naissance » parce que naissance d'une pratique, d'une identité clinique. « Co-naissance » parce qu'elle se fait à plusieurs. Et c'est ce « co » qui aujourd'hui me touche particulièrement et dont j'ai envie de parler ici, notamment par la forme que prend cette intervention.

Il me semble que nous tentons de mettre du sens, ce sur quoi il y a un an, la moindre pensée faisait violence et était inacceptable, car peut-être trop prématurée. À ce jour, tout un travail se termine, un travail de symbolisation, de mise en forme, mise en scène, mise en sens.

Ainsi j'ai proposé à Sophie d'essayer de penser ce groupe théâtre moins dans l'optique de voir en quoi il est « thérapeutique » pour les patients, mais plus en quoi ce groupe vient offrir aussi un espace potentiel pour la relation soignants/soignés et soignants/soignants.

Nous avons vu le contexte d'insécurité dans lequel exerçait l'équipe et en quoi, pour que le CDJ puisse continuer à réaliser sa tâche primaire, la scène psychique doit être mise hors jeu. Patricia ΑΠΙΓΚΙ, ayant fait l'expérience sur de nombreuses années d'une compagnie de théâtre avec des patients et des soignants, nous dit : « Quand un lieu de soin ne donne à la parole aucun lieu pour se dire (...), il faut construire un espace potentiel. » Nous pouvons alors nous poser la question en quoi la scène de théâtre, extérieur au CDJ, vient être une scène où peut se jouer ce qui manque de jeu au sein même de l'institution ? En quoi, « introduire du jeu [par le groupe théâtre], c'est inciter le groupe dans son ensemble – équipe soignante et patients – à acquérir un certain degré de liberté par rapport à l'Institution ? »

### **Que ce (re) joue-t-il alors sur cette autre scène ?**

*Sophie*

Vers 9 h 45, après le premier temps autour du café, nous nous préparons à partir avec le groupe des patients pour rejoindre la salle « Le tapis volant » qui se trouve à l'extérieur du CDJ. Par tous les temps, nous marchons dix minutes jusqu'à cette salle de répétition

Le metteur en scène, William, nous accueille. C'est lui qui encadre le groupe qui réunit sept patients, trois infirmières et Mathilde. Les soignants sont au même titre que les patients, sur scène. Nous répétons dans l'objectif de créer un spectacle. Nous travaillons à partir d'improvisations. La thématique petit à petit se trouve : le cirque ! C'est ainsi que naît l'histoire d'habitants tristes qui ne rêvent plus.

*Mathilde*

Ainsi commençait la pièce :

**Narrateur** : *Il était une fois, un pays pas plus grand qu'un petit confetti. Les habitants de ce pays vivaient sous un ciel gris ou en tout cas c'est comme cela qu'ils le voyaient. La nuit, les habitants de ce pays plus petit qu'un confetti dormaient et le jour, ils somnolaient. Ils somnolaient en marchant, en travaillant, en mangeant aussi. Dans ce pays pas plus grand qu'un petit confetti, les gens ne souriaient plus... il faut dire qu'ils n'avaient plus de souvenirs pour les faire sourire. Ils ne rêvaient plus non plus... « Pas le temps » disaient-ils. Il faut dire que ce pays, pas plus grand qu'un petit confetti, avait peur de s'envoler dans le vent... alors les habitants s'accrochaient comme ils le pouvaient à des choses qui leur semblaient suffisamment lourdes pour résister à la tempête. Leur président, un petit bonhomme tout rond qui marchait avec des chaussures en plomb, avait interdit tout ce qui était, à son goût, trop léger et qui risquait de mettre le pays en danger. Ainsi, fut interdit le rêve, le rire, la poésie et tout ce qui, jadis, faisait que les habitants pouvaient marcher « le nez dans les étoiles ».*

*Sophie*

Cette narration fait écho à l'atmosphère dans lequel soignants et patients évoluent au CDJ. En effet, nous étions dans un contexte où la mise en sens clinique manquait d'assise et d'étayage. Le rôle paternel de l'institution, trop en mouvance n'assumait plus son rôle de cadre. En manque de repères institutionnels, l'équipe constituée de cinq infirmiers dont trois relativement jeunes dans la profession, demandait aux deux piliers que nous étions, mon collègue et moi-même, un effort constant de portage et de mise en sens de notre travail au quotidien à l'encontre de nos collègues

Nous étions loin de pointer le nez dans les étoiles, notre tendance était plutôt à maintenir la « tête dans le guidon ». Il nous importait coûte que coûte de « survivre », de porter. Dans ces moments-là, la psychose nous contamine et pour nous en préserver nous mettons en œuvre une dynamique protocolaire, opératoire qui de fait éloigne de la rêverie.

*Mathilde*

**Narrateur** : *Mais un jour une habitante découvre trésor et le garde en secret. Elle ouvre une boîte magique et le montre aux autres habitants : c'est un cirque ! Petit à petit, le sourire revient sur les visages. Tous deviennent des clowns, ainsi réapparaît le rire dans le pays pas plus grand qu'un petit confetti.*

### *Sophie*

Cette trame théâtrale, avec le temps du recul nous donne à penser que le CDJ transpose ses difficultés institutionnelles dans le pays pas plus grand qu'un confetti, dirigé par un président aux chaussures de plomb et que le groupe théâtre, lui, s'assimile au cirque, un espace où le rire, le jeu, le plaisir reprennent sens. Ainsi en jeu, sur le plateau, c'est comme si la relation soignants/soignés prenait forme à travers les personnages et se mettait en scène par les improvisations...

### *Mathilde*

Au théâtre, nous sommes sur une scène, soignants comme soignés, au même « niveau », en jeu sur le même plateau. William s'adresse à nous (soignants) comme aux autres (soignés), ce qui est agréable et qui en même temps réveille en nous notre subjectivité, notre fantaisie. Mais très vite je me questionne sur ma place, qui suis-je ici ? Une soignante ? Une comédienne ? Une patiente ? À quel point puis-je m'engager dans le jeu ?

Je suis en colère. « Je ne suis pas d'accord. Je ne sais pas ce que je fais ici. D'un coup, c'est là et d'un coup c'est l'autre côté... » Cette phrase me plaît beaucoup, pourquoi pas la garder ?

Je confie aux infirmières mes questionnements quant à ma place et identité dans le groupe théâtre. Et très vite émerge, chez elles aussi, de nombreux questionnements quant à leur identité dans ce groupe, qui sont-elles (soignantes, comédiennes, patientes ?) et que peuvent-elles faire ? Elles ajoutent qu'elles en « souffrent », c'est « lourd sur leurs épaules ».

Ce sont des angoisses de confusion, d'indifférenciation qui viennent se rejouer.angoisses qui rappellent la peur à mon arrivée dans l'institution qu'on me prenne pour une nouvelle patiente.

Je me souviens alors de mon premier jour de stage au CDJ. J'ouvre la porte de l'institution, une sonnette retentie pour prévenir de mon entrée, comme les trois coups qui annoncent l'entrée des comédiens sur scène. On vient me saluer, je me présente. « À qui je viens de me présenter ? Est-ce une patiente à qui je viens de serrer la main, à une soignante ? » Je continue d'avancer... J'ai peur qu'on me prenne pour une nouvelle arrivante, je précise bien à chaque fois « je suis la psychologue stagiaire ». Tout le monde est habillé en « civil », pas de blouse. Certains sont dans la salle TV, d'autres en train de jouer aux cartes, de faire la cuisine, ou encore de jouer à la pétanque.

Il me faudra un temps pour différencier le personnel soignant des patients accueillis. Un peu plus tard, je remarque qu'une patiente ressemble étrangement à une soignante. Et de nombreuses fois au cours du stage et de manière involontaire, une autre soignante sera appelée par le prénom d'une patiente et non le sien.

Ainsi des angoisses de confusion, d'indifférenciation ou encore de perte d'identité émerge sur la scène de théâtre. À vivre au quotidien avec les patients,

que ce soit sur scène ou dans le CDJ, les limites s'estompent... comme les limites poreuses, la symbiose et l'indifférenciation que l'on retrouve dans les problématiques psychotiques.

En début d'année, William nous propose de faire une improvisation sur le thème de l'hypnotiseur. Nous devons arriver sur scène, choisir quelqu'un dans le public, l'hypnotiser et lui faire faire ce que l'on veut ! Arrive mon tour... « Je joue un hypnotiseur un peu pervers, tordu. Je regarde chacun dans les yeux. Sylvain, un des patients, se lève et vient sur le plateau. Je ne parle pas. Il ne comprend pas. Je joue avec ça. Je continue, j'essaie de l'hypnotiser, mais il ne bouge pas. Je pleure. Ça ne fonctionne pas... puis je lui dis "dors" et il dort ! Je suis surprise de le voir ainsi. "Réveille-toi !", j'ordonne. "Dors !" et il s'allonge par terre. "Réveille-toi !" et il se relève. "Dors !" il se rallonge... Alors qu'il est allongé, discrètement, je m'approche de lui. Je veux lui fouiller les poches pour lui voler l'argent. (Tout à coup je me rends compte que c'est Sylvain et qu'il est psychotique. Je ne peux pas faire ça !). Je lui prends donc sa chaussure, bien que sentant, "hors jeu", que ce n'est pas forcément une bonne chose... Je pars en courant dans les coulisses ».

L'hypnose, qui est par ailleurs une technique de soin, peut être perçue comme une forme d'emprise sur le patient. Une des lectures de cette scène serait l'emprise du soignant sur le patient. Un rapport de domination, de contrôle sur la vie et la mort du patient. Reprendre nos places respectives, reprendre le contrôle pour ne pas perdre notre identité. Une saynète qui marquerait « le privilège différenciateur » décrit par J.-P. PINEL. Ici nous sommes différents, nous ne sommes pas malades, vous êtes les soignés, nous les soignants.

*Sophie*

Pendant le groupe théâtre, alors que mon activité en CDJ était bien sûr axée sur le soin au patient, mais aussi sur la prise en soin de l'équipe, je pouvais me laisser porter par les directives du metteur en scène dans l'ambiance *sécurée* de la salle de spectacle où nous nous rendions régulièrement, empruntant chaque vendredi le même chemin.

Ainsi pour les patients et les soignants, repères temporo-spatiaux, scansion, répétitions, redonnaient de la contenance psychique au groupe et le mot « soin » reprenait tout son sens. Nous étions alors dans une dynamique d'écoute et de partage.

Cependant sur scène, la réalité institutionnelle s'est infiltrée et s'est rejouée avec force. Ainsi ce vendredi 14 février, William nous demande de tirer sur une corde imaginaire, et ce dans un espace qui me semblait trop petit. En jeu, je me suis mise à penser à la sécurité des patients (qu'ils ne tombent pas), que je n'entre pas dans le mur derrière moi, mais patatras... je suis tombée lourdement sur mon poignet. Envahie par la douleur j'ai dû rejoindre l'hôpital accompagnée d'une collègue. Résultat, j'avais trop tiré sur la corde, car le poids, je l'avais nié.

*In fine*, à l'insu de mon plein gré, c'est sur cette scène-là que j'ai mis en acte la souffrance qui continuait à exister au quotidien sur le CDJ.

J'étais tellement prise dans cette idée de portage que j'avais du mal à m'en extraire. Cet accident, de fait, a permis de m'extraire. Suite à cet accident, j'ai pu constater que tout ce que j'avais mis en œuvre ces derniers mois pour transmettre des valeurs soignantes, avait pu en mon absence être repris et que mon départ momentané n'avait pas entraîné un Tsunami. Au contraire chacun avait pu investir son rôle propre. Cet événement fut un biais par lequel l'équipe a pu s'autoriser des espaces de paroles, de réflexion sur ce qu'elle vivait au sein même de l'institution.

### *Mathilde*

Sophie qui sur scène tombe, se casse, et ne se relève pas ; dans mon fantasme, Sophie meurt. Alors que, citant P. ATTIGUI « [le] va-et-vient entre fiction et réalité apporte la preuve au patient, à l'intérieur du jeu, qu'il lui est possible, tout comme au thérapeute, de supporter l'angoisse, la folie et le désespoir », ici, à un moment, le jeu n'est pas, il est acte. Dans le jeu même, il manque de jeu. La réalité effracte la fiction et induit des angoisses de mort chez patient et soignant.

Au moment où Sophie cherchait un lieu de portage, est ce qu'il y aurait pas eu dans le groupe théâtre aussi un défaut de contenance, ce dernier ne pouvant pas supporter tout le « poids » que nous apportons ? Interrogeant le dispositif lui-même ?

Ou est-ce que ne pourrions-nous pas voir dans cette chute un recours à l'acte comme ultime mise en scène d'une souffrance soignante en manque de « jeu » et de « je » ? Comme le dit Sophie, c'est à partir de ce drame que de la parole a pu émerger, qu'un non-dit, un poids dénié a pu enfin prendre forme.

Plusieurs fois au cours de mon stage les soignants se plaignent des patients de moins en moins « stabilisés ». Les projections, vécus contre-transférentiels, les angoisses submergent de plus en plus l'institution. Ainsi, très vite le personnel infirmier aborde les angoisses de mort, les vécus mortifères, le chaos comme inhérent à la rencontre avec les patients accueillis au CDJ.

Ce drame acté sur cet autre espace qu'est cette scène de théâtre me fait alors poser d'autres questions : comment entrer dans le théâtre du soin sans être pris par le « jeu » de la psychose ? Comment garder son positionnement de soignant ? Peut-on « lâcher prise » au risque de se perdre dans la folie ? Comment retrouver de la créativité ? Comment garder un espace de jeu ?

Pour le spectacle, je dois jouer un clown qui essaye de faire rire un habitant de ce pays pas plus grand qu'un petit confetti. Et en jeu, je perds la notion du jeu, je n'arrive pas à jouer, je n'ai plus de plaisir à jouer, mais une culpabilité envers ce patient et une volonté de le faire jouer, de le soigner par le jeu m'envahit je suis dans ma « fonction de psychologue »... ma position de psychologue est ancrée dans un cadre rigide : je suis psychologue stagiaire et non pas ce clown ! On retrouve la colère de ma première improvisation... Le metteur en scène vient alors à mon aide

et m'encadre dans une volonté purement esthétique et de qualité de jeu. « Lâche prise Mathilde ! Fais-toi plaisir ! » Me dit-il. Nous travaillons et nous jouons ensemble.

En parallèle, j'avais proposé à l'équipe de mettre en place un temps de reprise après le groupe théâtre. Première période de stage où j'étais étonnée de cette absence de reprise clinique. Je me disais que ce temps se devait nécessaire et incontournable pour que tout groupe thérapeutique puisse fonctionner. Ce temps de reprise n'a pu avoir lieu qu'une seule fois, et même cette fois-là il fut interrompu par une feuille glissée sous la porte, où était inscrit dessus « A TABLE ! ».

Aujourd'hui je me dis « en quoi cette volonté de mettre en place ce temps de reprise vient dire à l'équipe "je ne suis pas comme vous ! Je suis psychologue !" » Je repense alors à l'improvisation de l'hypnotiseur. Peut-être était-ce là aussi un moyen de mettre en forme une volonté de me différencier de l'équipe infirmière... Sentant l'angoisse que mon identité professionnelle en construction se dissolve dans ce « groupement », s'éparpille et disparaisse, j'aurais posé un cadre rigide et « imposé » un savoir.

Je me souviens alors de la parole de Sophie : « Nous, on le fait dans l'informel ». Mais c'est justement de cet informel, de ces espaces entre autres interstitiels desquels je me défendais. Je devais faire un choix : entrer dans le monde institutionnel et m'impliquer personnellement. Finalement entrer dans le jeu, ou sortir, rester à l'écart, me protéger, mais en risquant alors de ne pas être « accepter » et de ne pouvoir travailler avec eux.

### Sophie

En effet, pour les soignantes du groupe théâtre, formaliser un temps de reprise avec Mathilde, future psychologue et de surcroît comédienne amateur, nous heurtait. Le fantasme qu'elle serait en position de venir décortiquer, analyser ce que nous avions joué en toute liberté, qu'elle pourrait porter un jugement de valeur, nous a conduits à une position de méfiance et de rejet.

Retrouver un temps formalisé après une séquence de plaisir à jouer ensemble nous apparaissait comme insupportable. Ici le protocolaire aurait tué toute prise d'initiative sur scène. Toutefois nous avons accepté un *débriefing* informel où ensemble, librement, sans préjugé nous arrivions à parler de la séquence théâtre. Ce temps incitait à clore la séquence sur des jugements de beauté et ainsi ne pas appréhender la séquence suivante. Cet espace devenait un temps de respiration psychique où chacun pouvait déposer ses ressentis et repartir en empathie avec lui-même, ses collègues et les patients.

À ce stade de notre présentation, je souhaiterais retenir votre attention sur une recherche en soin infirmier « L'impact de l'informel dans l'exercice infirmier en psychiatrie », que nous avons menée M. LANQUETIN, infirmier de secteur psychiatrique au CH de St Cyr au Mont d'Or, et moi-même. Dans cette recherche nous avons retenu le mot « informel ».

Cette notion n'est pas propre à la discipline psychiatrique, elle peut englober d'autres approches disciplinaires.

Le mot informel invite à un cheminement, à un passage, à une notion processuelle qui consiste à pouvoir repérer ce qui de l'informel peut construire ou pas du formel. Et nous avons bien à l'esprit que cette possibilité n'est pas une finalité. En effet un certain nombre de pratiques ne doivent leur efficacité qu'à l'indétermination de leur statut.

Ce terme informel peut venir qualifier des pratiques aux entrées larges, individuelle ou groupale, solitaires ou d'équipe, ponctuelle ou structurelle, établie ou fortuite.

Ce terme informel part du constat d'une discontinuité des tâches et des exercices. Il vient s'inscrire alors comme une **toile de fond** qui relie dans une continuité d'activité les discontinuités des séquences programmées. Il permet alors de tenir ensemble des catégories tenues pour opposables.

Cette recherche a pu donner lieu au repérage de 139 fonctions de cet informel. 46 fonctions en lien avec le patient (revalorisation, alimentation du narcissisme, portage, fonction phorique,...), 55 fonctions en lien avec le professionnel (préoccupation maternelle primaire, cultiver une parole en acte, prise d'initiative citée précédemment), 38 fonctions en lien avec l'équipe (jugement de beauté, respiration psychique, coopérer, travailler en collectif, prendre l'ambiance de l'équipe, historiser, lier, relier, échanger...). Chacune de ces fonctions est alimentée par des apports théoriques (psychothérapie institutionnelle, psychodynamique du travail et praxéologie) et plus de 1300 observations de terrains et autant de recueil de données à partir de 48 d'entretiens auprès d'infirmiers, de cadres de santé et de médecin psychiatre.

Ainsi l'exercice infirmier en psychiatrie trouve une assise sur des données probantes. À noter que ce travail permet d'identifier le rôle propre de l'infirmier en psychiatrie. Nous avons pu, aussi, constater que nombre de professionnels de santé, mais pas que, se retrouvaient au travers de ces fonctions qui échappent à toute programmation.

### *Mathilde*

Il me semble que ce mot « informel » que tu as défini dans ta recherche, tu me diras si je me trompe, ne se réduit pas à ce que nous, psychologue clinicien, appelons « interstices ». Il me semble que ce mot pourrait regrouper aussi l'espace intermédiaire, l'espace potentiel, ou encore l'espace transitionnel...

Tu dis aussi que cet informel « s'inscrit comme une toile de fond » qui permet de tenir ensemble ce qui semble opposable. Et je me dis que c'est, en partie, en entrant dans le jeu de cet informel avec toi et l'institution que nous avons réussi à « nous tenir ensemble ».

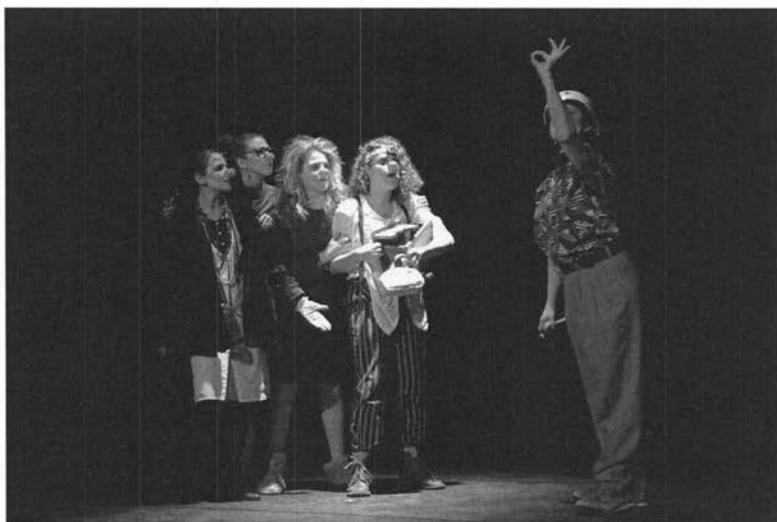
René ROUSSILLON, en parlant des espaces interstitiels, propose que la place du psychologue clinicien « doit prendre la forme d'une certaine implication personnelle, elle ne sera "professionnelle", c'est là son paradoxe, qu'à ne pas se formuler comme telle. » Respecter et supporter le paradoxe et l'ambiguïté. « Ce que [le clinicien]

est, importe peut être plus que ce qu'il sait. » Être authentique autant sur la scène institutionnelle avec les soignants que sur la scène de théâtre avec les patients, être là « pour de vrai ».

Anne BRUN évoquant le travail de Patricia ATTIGUI souligne la nécessité pour le clinicien de laisser se développer en lui et avec les autres (soignants et patients) une sorte de rêverie presque esthétique, espace transitionnel (WINNICOTT) vital, point d'appui d'une créativité analytique sans cesse à travailler, lieu d'une extraterritorialité essentielle et fondatrice pour ne pas se trouver englouti parfois dans les abysses de la psychose (...). » Cette rêverie presque esthétique, il me semble que nous l'avons mis en jeu dans cet « espace transitionnel » que serait l'espace de la scène de théâtre. Ce lieu en reprenant le terme d'Anne BRUN, « extraterritorial », extérieur au CDJ aurait permis de nous dégager de la psychose, de nous aider à (re)trouver-(re)créer une place, une identité dans ce groupe, en offrant un lieu suffisamment informel pour que puisse prendre forme ce qui ne pouvait se dire ou se vivre au sein de l'institution.

Merci de votre écoute et place à la discussion.

Mathilde BESSIN,  
Sophie TCHUKRIEL



## Discussion

Merci pour cette intervention très riche qui rend difficile la tâche de discuter. Vous nous avez fait traverser de multiples scènes, à la manière un kaléidoscope qui figurerait différentes facettes de la scène institutionnelle. La difficulté est le risque de vouloir tout attraper, au risque d'en perdre l'essentiel, c'est pourquoi je vais essayer d'éclairer plus particulièrement trois points que je souhaiterais vous voir développer, en fonction du temps qu'il nous restera et des questions de la salle...

Premièrement, je trouve que cette présentation nous sensibilise à la question de l'informel dans le soin : cet espace potentiel, qui laisse toute la place au paradoxe et à l'ambiguïté et qui permet à l'informe de se déployer, de trouver un espace pour se dire, comme vous le montrez très bien. Nous aurions bien sûr envie d'en savoir plus sur cette recherche, Sophie. Il me semble d'autant plus important de le souligner dans le contexte actuel qui tend plutôt à supprimer cet espace informel (protocolarisation, rentabilisation et interchangeabilité). Je souhaitais donc vous remercier de nous avoir redonné cet espace de pensée et de jeu, aujourd'hui.

Deuxièmement, il me semble que dans votre présentation vous nous invitez à adopter une analyse topique des espaces où se déploie la vie psychique. En effet, nous ne cessons pas de chercher des espaces, des scènes de re-présentation, à la recherche d'une mise en sens de nos vécus. Ce processus d'externalisation est essentiel dans la psychose en ce qu'il permet de mettre au-dehors, « hors Je », ce qui ne peut plus être contenu au-dedans. Et votre travail montre bien, à mon sens, l'importance de la scène du groupe, de l'institution, comme espace de représentation, de scénarisation voire de symbolisation des conflits internes.

Du coup, je pensais à ces scènes, ces espaces de symbolisation, que nous trouvons, nous, professionnels dans l'après-coup : dans la recherche ou dans ce colloque. Je me demande alors quelle fonction le public peut avoir, ici ou le jour de la représentation théâtrale ? Peut-être du côté de la « re-co-naissance » dont parlait Mathilde ? Et comment les expériences traversées se sont jouées et transformées dans votre trajet d'écriture de cette intervention ?

Enfin, j'ai été particulièrement sensible à la difficulté que vous soulignez d'accueillir la déliaison mortifère de la psychose dans un cadre institutionnel peu sécurisé. Le récit de la pièce métaphorise particulièrement bien le besoin de s'ancrer, avec des « chaussures de plomb », quand le cadre est aussi fragile qu'un confetti, face au risque de « s'envoler » et de « lâcher prise au risque de la folie », comme le disait Mathilde, et toutes vos remarques sur la question de perte d'identité. Du coup, il me semble que le groupe théâtre aurait permis de retrouver cette fonction cadre, suffisamment sécurisée, permettant de « lâcher prise » et de s'effondrer « pour de vrai ». Cette mise en acte me semble fondamentale en tant que potentiel de symbolisation : un cadre permettant de mettre en scène cet effondrement contre lequel on lutte. Je suis donc curieuse de savoir quel processus s'est enclenché après cet événement, dans les suites du groupe, mais aussi dans le Centre de Jour ?

Marion ANDRÉ

## Conclusion associative

Guillaume GILLET

En guise de conclusion, je vais vous proposer quelques réflexions et lancer quelques questions en lien avec ce qui a pu être dit durant cette journée, mais également ce qui m'est venu à la lecture du programme. Ceci constituera un chemin en forme de boucle qui nous conduira à une réflexion sur la pratique du psychologue clinicien et son implication à différents niveaux imbriqués les uns aux autres.

Avant cela, je souhaitais vous dire mon émotion de me trouver à faire cette intervention. Voici maintenant environ six ans, je faisais une brève allocution lors de la deuxième journée du Master 2 professionnel. Cela m'évoque bien des souvenirs autant que la prise de conscience de la fuite du temps.

Ma première interrogation concerne l'espace justement, les espaces qui sont aujourd'hui alloués au psychologue clinicien dans sa pratique. Bien que je ne dispose pas d'une longue expérience, j'ai pu constater à quel point la place du psychologue était malmenée. « Normal » me direz-vous, car la position de l'entre-deux n'est pas sans une bonne aptitude à l'équilibre au sein d'organismes de plus en plus soumis à des règles d'exigence d'objectivité et de rationalisation du travail, que dans mes souvenirs Albert CICCONE a pu rassembler sous l'expression « tyrannie de l'efficacité ». Or, ces espaces de pensée qui prennent parfois la forme de pratiques interstitielles semblent actuellement se réduire avec une étonnante rapidité, d'autant que ce qui fonde le modèle de la clinique, à savoir un respect de la singularité et de la temporalité de chacun, se heurte souvent aux impératifs institutionnels. Cette première remarque concerne donc les espaces-temps que nous devons sans cesse reconstruire et réinventer afin de pouvoir « sortir la tête du guidon » de la pratique clinique. Au-delà d'un bricolage individuel, je me demande de quelle manière il serait possible de créer et de soutenir des constructions qui pourraient servir de support à notre travail de « résistance ».

Ceci me fait ensuite associer à la question de l'espace qui est dédié au psychologue notamment dans le monde du travail. À la suite d'un temps de pause souvent bien mérité après la longue et fatigante année de Master 2 professionnel, les moins chanceux des jeunes diplômés, c'est-à-dire ceux qui n'ont pas encore trouvé un premier emploi, rarement en CDD et souvent éloigné de Lyon, les moins chanceux, doivent donc s'affairer à parcourir les offres d'emploi sur certains sites Internet. Nous pouvons également constater ici la place qui est faite au métier de psychologue, mais aussi au sein même des annonces qui sont publiées : nous y lisons fréquemment des propositions de poste qui demandent la plupart du temps un psychologue expérimenté pour un remplacement de congé maternité de quelques mois avec un statut rarement de cadre et souvent de technicien. Quant aux annonces demandant des débutants, nous les revoyons fréquemment refaire surface, ce qui est un signe d'une succession de psychologues sur le même poste et souvent d'une grande difficulté à pouvoir travailler dans des conditions de liberté minimum.

Ce commentaire sur l'espace dédié au psychologue dans l'institution me fait associer sur deux autres remarques. La première se rapporte à une petite anecdote donnée par Albert CICCONE au sujet d'un « bon de commande » fait en institution sur lequel figurait « désignation : thérapie », « quantité : 1 », et tout en bas un coup de tampon avec inscrit « livré le... ». Cela traduit les tentatives répétées d'affilier le métier de psychologue, métier dont la liberté fonde la pratique, à un univers simplement paramédical sous la tutelle des médecins ou des managers. Mon autre remarque concerne le développement des pratiques libérales chez les jeunes psychologues, pratique qui est parfois perçue comme un symptôme des difficultés rapportées précédemment et qui en dit long sur les impératifs qui poussent les jeunes diplômés à se risquer à du *free-lance* avec beaucoup moins de « filets de sécurité » et de garde-fou que dans un rassurant cadre institutionnel.

J'en viens donc à évoquer également ce qui est décrit comme des « attaques » contre la clinique et les modèles sous-jacents à notre pratique, qui se veut à la fois singulière et plurielle. En effet, au-delà du contexte institutionnel de la pratique individuelle de chacun d'entre nous, la question de l'espace, des territoires et de la place pour le psychologue et la pensée s'inscrit dans une perspective beaucoup plus globale. Nous n'avons pas toujours pu évaluer son ampleur, compte tenu de notre implication dans notre cursus de formation. En suivant l'actualité, mais également depuis ma position de représentant des doctorants, il est assez aisé de constater la fréquence de ces attaques. Cela me permet de mieux comprendre les logiques qui sont dégagées et mobilisées parfois de manière subtile dans de hautes sphères institutionnelles pour, non pas interdire purement et simplement l'approche clinique, mais empêcher celle-ci de faire entendre sa voix. Là encore, je me souviens d'une remarque d'Albert CICCONE qui soulignait à juste titre la différence entre empêcher de penser et interdire de penser, soulignant les subtiles accointances de l'environnement manifestement libéré et libéral dans lequel nous vivons avec les systèmes totalitaires.

Se pose maintenant la question de la représentativité de la profession au sein des instances de décisions. Ma modeste expérience me rappelle que le métier de psychologue souffre d'une forme de multi-partisme indiscipliné qui nous conduit parfois à une cacophonie. Sans emprunter tout à fait le vêtement de militant, je me demande comment la profession de psychologue puisse être aussi rarement impliquée dans des événements qui permettent de faire entendre notre approche et les modalités communes qui nous rassemblent malgré la grande diversité de nos sensibilités et de nos pratiques. Bien au-delà de postures partisans, peut-être pourrait-on se demander si les luttes intestines avec d'autres sous-disciplines ne nous ont pas détournées de notre objectif ? Alors, pourquoi ne pas proposer un positionnement transversal à toutes les disciplines de la psychologie pour transmettre un message à travers les médias, notamment les médias numériques qui constituent aujourd'hui de puissants outils de diffusion et d'information ? L'exploration de l'espace médiatique, bien que tâche périlleuse, pourrait être un moteur d'une appropriation de ces questions par les praticiens, notamment par les jeunes psychologues dont l'appropriation de ces questions d'actualité pourrait lancer un mouvement de revendication salutaire.

J'associe alors avec les mutations à l'oeuvre dans notre société post-moderne, au sein de laquelle l'identité des disciplines et celle de la psychologie ne sont pas épargnées, se trouvant modifiées et complexifiées. À l'ère de l'ouverture des frontières et de leur dématérialisation, mais aussi de la complexification des prises en charge, l'interdisciplinarité constitue un enjeu majeur pour le métier de psychologue qui doit alors partager des espaces potentiels avec d'autres professionnels, référés à d'autres modèles et d'autres disciplines. Cette question de l'altérité interne au sein de chaque discipline et de ce que cela suppose d'une dynamique dans les sciences humaines, rejoint la question de la renégociation de l'espace de la psychologie au sein du réseau de prise en charge. Ceci nous amène à réfléchir sur la manière de penser ces mutations et leurs effets sur la pratique contemporaine du psychologue clinicien et des outils nouveaux mis à sa disposition dans l'exercice de son travail et dans sa formation.

En effet, la question de l'utilisation de l'espace médiatique et des territoires virtuels nous conduit à aborder l'exploration des mondes numériques et leur utilisation comme une pratique émergente en réponse à plusieurs des points que j'ai évoqués plus haut. À notre époque de changements de pratique, de mode de vie, de paradigme et même de modèles de société, la clinique a plus que jamais besoin d'être réinventée. Ceci passe entre autre par la découverte de nouvelles pratiques, mais également par la prise en compte de la réalité quotidienne que Sigmund FREUD désignait comme la « souffrance du quotidien », c'est-à-dire d'une pratique qui tienne compte également des mutations à l'oeuvre actuellement dans notre société et des éléments qui ne sont pas uniquement liés au tréfonds de la réalité psychique des patients. C'est dans cet écart et ce juste milieu sans cesse réajusté que nous pourrions réinventer, ou plutôt trouver/créer, une pratique suffisamment accordée avec les évolutions et leurs

effets sur la vie des patients. Mais alors pourquoi cet élan et cet intérêt tardif des cliniciens pour le numérique alors que d'autres sous-disciplines de la psychologie y sont déjà beaucoup plus familières ? Si le métier de psychologue clinicien implique une pratique à partir de laquelle élaborer et transmettre, comment articuler l'écart entre ce que nous avons appris et ce qui fonde et légitime le discours que nous faisons des nouveaux phénomènes que nous observons et qui n'étaient pas connus jusque-là et donc non intégré à nos modèles ?

Alors que nous sommes formés à être de bons « débutants », alors que nous venons d'obtenir notre « permis de nous former par la pratique », nous pouvons interroger l'absence de ces éléments liés au numérique, au virtuel et aux pratiques contemporaines au sein de notre cursus de formation, pour nous inviter à un dialogue avec nos pairs, pères et maîtres formateurs. Dans les nombreuses institutions qu'il m'est donné de fréquenter et les échanges que j'ai pu avoir avec de nombreux collègues, il est intéressant de constater que la pratique quotidienne du psychologue le confronte régulièrement aux pratiques numériques, dans leur fonction de transmission d'information, de création et de jeu.

Durant cette période de crise de modèles, nous avons l'occasion de créer de nouvelles modalités de prise en charge et d'explorer de nouveaux espaces qui nous permettront de rencontrer les patients dans leur environnement. Car c'est bien cela qui fonde notre action : la rencontre, ces mystères, ces vicissitudes et ces nouvelles modalités en quête de formes.

Guillaume GILLET

## Espaces en exploration... Espaces en mutation ? ...

Magali RAVIT

Je souhaite tout d'abord remercier tous les intervenants qui ont collaboré au bon déroulement et à l'organisation de cette 7<sup>ème</sup> journée du Master 2 Professionnel « Psychopathologie et psychologie clinique ». La construction de cet espace d'échanges et de paroles partagées témoigne des liens féconds et indispensables entre les partenaires professionnels et l'université. Je souhaite remercier tous les maîtres de stage qui s'impliquent depuis de très nombreuses années et participent à la formation de nos jeunes psychologues. Je salue aussi chaleureusement le maillage intergénérationnel qui participe à ces journées où les jeunes diplômés ont le souci d'accueillir ceux qui sont encore en formation... Cet espace de *transformation* et de *transmission* articule la continuité qu'il importe de préserver et de maintenir dans le contexte culturel et social actuel où la complexité de l'individu et de la matière humaine a tendance à être atomisée, découpée et sériée pour lui appliquer des réponses immédiates sans doute pensées comme plus efficaces.

Dans le contexte actuel de normalisation et de contrôle social, les institutions et les structures de soins psychiatriques ont considérablement évolué vers une standardisation des protocoles et des procédures de soin. La « traçabilité », véritable casier psychiatrique, laisse parfois peu de place à une dynamique d'échanges et de rencontre autour de l'histoire du patient et de sa maladie. Il est souvent plus question de symptômes, de signes « cliniques » sortis du contexte de l'histoire du patient. La logique de quantification et d'évaluation qui ne permet pas d'intégrer l'ensemble de la personnalité du sujet ni de considérer l'histoire de l'individu, travaille à une découpe du comportement humain évidé de son sens. Les critères nosographiques (retenus par le DSM 5, par exemple) et le culte du chiffre sont des outils qui travaillent à exclure le sens sur lequel se fonde la pratique clinique. Le sens donné devient celui qui se fonde sur l'exercice d'une lecture immédiate. Le signe est donné à voir, sans ambiguïté...

Société en crise ou société en mutation ? Les frontières de la rencontre sont toujours à réinventer et à imaginer pour que puisse s'entendre le détail... Le détail qui est cette part à laquelle s'attache le psychologue pour lui donner un statut signifiant... Les clowns, qui nous ont proposés tout au long de cette journée d'inventer un espace intermédiaire, n'ont eu de cesse de formidablement bien mettre en scène ce qui se loge comme identité profonde dans le détail, toujours énigmatique... « Un pays plus petit qu'un confetti », nous répète mystérieusement l'un d'eux... Cette petitesse laisse entrevoir la part d'humilité du psychologue clinicien, mais c'est aussi cet espace en marge que représentent la folie et l'insolite de la pensée, ou encore cette aire d'illusion sans cesse à recréer où s'enracine toute pratique thérapeutique...

L'énigme côtoie ce qui est du trouble, du mouvement, de l'inquiétant... L'énigme est le ciment de la rencontre, elle est le fondement même de la scène humaine. Le psychologue est le garant institutionnel de ce que contient l'énigme comme part de création et de jeu dans un espace indécidable. Sans nul doute que sa place est d'accueillir la polysémie de l'inquiétante familiarité pour permettre à l'institution de travailler avec le doute, l'incertitude, c'est-à-dire avec ce qui ne se donne pas d'emblée comme qualifiable et identifiable en soi ; car recevoir et accueillir l'énigmatique c'est aussi assurer ce qui relève de la complexité qui est la logique de l'humain, comme le rappel Edgar MORIN.

C'est dans ces frontières incertaines que les quatre interventions de cette journée nous invitent à ressaisir différents espaces de nos pratiques : l'espace de la rencontre en milieu carcéral, l'espace familial, l'espace du psychodrame, l'espace de la médiation théâtrale.

Camille CHAMBRE et Herminie BRACQ-LECA nous ont présenté les enjeux de la pratique clinique en détention ; la logique carcérale n'est pas celle du soin et pour les praticiens et soignants travaillant dans ce lieu il importe, à plus d'un titre, de tricoter et de bricoler l'espace de la rencontre. Dans ce lieu qui interdit les espaces d'incertitude (en écho à une topologie qui surdétermine la discrimination dedans/dehors), la transitionnalité peut être frappée d'interdit. La place du psychologue stagiaire, du professionnel en (trans-)formation, ne va donc pas de soi puisqu'elle peut être assimilée à la part de risque lié au mouvement et/ou au changement dans une institution qui travaille au maintien de l'immuabilité. Qui plus est, si la relation réveille les fantasmes de complicité, les modalités transférentielles et contre-transférentielles sont parfois synonymes de désordre tant les mouvements identificatoires sollicités se superposent à ce qui est « sauvage », non-maîtrisable, interdit, prohibé... Sans nul doute que c'est autour des figures de la duplicité que se noue un espace de partage entre le stagiaire et le professionnel.

Julien ANGUELOFF et Blandine CLEYET-MAREL nous ont invités à penser les différentes formes d'emboîtement des espaces et des dispositifs (individuel/groupal), dans un service de pédiatrie, pour porter et accueillir une situation traumatique, la mort d'un enfant. Clinique du « dés-enfantement », comme ils le suggèrent avec justesse et humilité, en nous laissant entendre et percevoir combien le corps et toute la sensorialité du clinicien sont convoqués pour porter, border, tisser autour d'une

impossible séparation. André GREEN n'a cessé de souligner combien le clinicien est corporellement impliqué dans la rencontre, qui plus est lorsque les mots manquent ou peine à organiser les modalités relationnelles. C'est ici par « diffraction » (René KAËS) que les espaces vont être investis, pour que la perte irrémédiable de l'enfant puisse être déposée... Il y va ainsi d'une certaine « frustration » chez le psychologue, seul positionnement acceptable puisqu'ainsi se perçoit et s'entend contre-transférentiellement la part d'ombre imposée au dispositif. On mesure aussi dans l'articulation entre stagiaire et professionnel ce qui inévitablement est convoqué dans un ailleurs à construire...

Anthony BOUCHET et Francis DUMONT nous ont entraîné dans un voyage dans l'espace-temps organisé du psychodrame qu'ils revisitent à partir de la clinique de Manon. On voit là se dessiner les formes de la subjectivité qui se jouent dans une mise en abyme de l'espace : le jeu dans le jeu, le jeu du « trou », jouer à « attraper lui »... Se figure ainsi ce qui est de l'effacement et/ou de l'absence de représentation, en présence de l'autre, en présence du groupe. Mais ce sont aussi toutes les formes paradoxales de la pensée qui sont convoquées sur la scène du jeu, la scène mettant en lumière ce qui est de l'ordre de la fêlure, de la solitude et de la menace de disparition... Là encore se laissent entrevoir les échos de la subjectivité du patient à travers le prêt subjectif des cliniciens travaillant avec et autour du patient. Le psychodrame est aussi cet espace scénique qui permet de jouer avec l'environnement, premier espace que WINNICOTT soulignait au centre même de l'organisation subjective. Aussi, ce sont les accordages et les désajustements qui vont se traduire ici dans les appels, les trous, les figures d'une anticipation impossible et/ou impensable que produit le jeu...

Mathilde BESSIN et Sophie TCHUKRIEL, à la suite du jeu psychodramatique, ont abordé l'espace de la médiation théâtrale dans un centre de jour avec des patients psychotiques. C'est avec plaisir et autour de l'expérience de plaisir partagé que le dispositif interroge les zones de confusion nécessaire entre soignants et patients. Le jeu est aussi cet emprunt acceptable à l'autre accessible. Et c'est à la lecture d'Harold SEARLES qu'il importe d'accueillir les moments de confusion que ces patients font vivre puisqu'ils sont en demande et attente d'une « fusion réparatrice ».

Au terme de cette journée, les différentes propositions, riches et généreuses, nous ont fait revisiter les différents espaces de la pratique clinique : espace de l'abîme (celui de la souffrance vécue ou en panne de reconnaissance), espace en abîmes où s'emboîtent dans une grande complexité des niveaux d'organisation psychiques ayant chacun leur logique. Il nous a été donné d'entendre combien le travail clinique échappe aux espaces institués et le psychologue est bien celui qui va penser l'espace de la rencontre. On se souvient de la richesse des propositions de Paul FUSTIER qui dans son ouvrage (*Les corridors du quotidien*) pensait les espaces ambiguës comme ceux susceptibles de déployer les modalités de la rencontre. Le lieu et l'espace de travail du clinicien sont souvent des espaces incertains pour les institutions... On aurait trop (ou si peu !) à dire sur la crise du logement qui, dans

les institutions, invite souvent les psychologues à trouver-créer des lieux possibles pour recevoir et rencontrer les patients. Attaques ou maltraitance ? L'espace de la rencontre est toujours un espace de création, un espace qui garantit l'illusion. Il y va chaque fois d'un d cadrement nécessaire en peine de reconnaissance. Le psychologue est donc le professionnel en charge de porter les espaces d'incertitude qui sont aujourd'hui particulièrement mis à mal dans le paysage institutionnel et psychiatrique où la pensée dominante est organisée par un discours sécuritaire visant l'efficacité des méthodes. Les espaces d'intimité représentent plus que jamais un risque pour qui le pronostic s'offre comme une prescience avec son cort ge d'efficacité nécessaire. Le clinicien serait porteur de ce qu'Alain BERTHOZ appelle la « simplicité » : il est l'interprète de la complexité des processus du travail psychique ce qui lui demande de penser, d'imaginer et de créer au mieux ce qui de l'expérience humaine est parfois inénarrable.

Magali RAVIT

Psychologue clinicienne,

Professeure de psychopathologie et psychologie clinique  
  l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2

## **Intervenants**

Julien ANGUELOFF, Psychologue clinicien – promo 2014  
Mathilde BESSIN, Psychologue clinicienne – promo 2014  
Anthony BOUCHET, Psychologue clinicien – promo 2014  
Herminie BRACQ-LECA, Psychologue clinicienne au SMPR de Lyon-Corbas,  
Docteur en psychologie  
Camille CHAMBRE, Psychologue clinicienne – promo 2014  
David CHANDEZON, Psychologue clinicien  
Albert CICCONE, Psychologue clinicien, professeur de psychopathologie et  
psychologie clinique à l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2  
Blandine CLEYET-MAREL, Psychologue clinicienne au Centre hospitalier Lucien  
Hussel  
Francis DUMONT, Psychologue clinicien au Centre Hospitalier Lyon Sud  
Guillaume GILLET, Psychologue clinicien, Doctorant en psychopathologie et  
psychologie clinique à l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2  
Magali RAVIT, Psychologue clinicienne, Professeure de psychopathologie et  
psychologie clinique à l'Institut de Psychologie de l'Université Lyon 2  
Sophie TCHUKRIEL, Infirmière en psychiatrie et praticienne chercheure au  
Centre de jour de Rilleux, Centre hospitalier du Vinatier

## **Comité d'organisation**

Rama ABDELLAOUI, Désirée ADELL-GELIN, Chloé ALOMBERT, Marion ANDRÉ,  
Julien ANGUELOFF, Mathilde BESSIN, Valérie BOISSON-HEBERT, Fanny BOUCHERY,  
Anthony BOUCHET, Caroline BOURGEAT, Constanze CHAIZE-BALIG, Camille CHAMBRE,  
Maëva DELACÔTE, Marine DRUAUX, Marie GILLE, Aurélie GUITTARD, Emir LARA-DIAZ,  
Angélique LAURENT, Stéphanie LESCURE, Marine MARCONNET, Jean-Baptiste MIS,  
Charlotte NEEL, Isabelle PUTHOD, Pauline SALVETAT.

*Avec l'aide et le soutien d'Albert CICCONE*

## **Comité éditorial**

Rédacteur en chef : Frédéric GUINARD

Coordination auteurs et texte : Jean-Baptiste MIS

Mise en page et graphisme : Marc-Antoine BURIEZ

Crédits images : Couverture ©Mola KUCHER, pp.16, 30, 58 BURIEZ,  
pp.4, 70, 83 photos comité d'organisation, p.8 Metropolitan Museum of Art,  
p.44 Public Domain from the British Library's collections.

Relectures et corrections : Frédéric GUINARD et Sylvain PERBET

## Table des matières

Introduction	5
Bruand ou la chute du corps, pour introduire la thématique de la journée...	9
Les espaces en milieu carcéral : entre « formes frontières » et « spatialisation »	17
Trouver, créer un cadre « sur mesure », de l'individuel au groupal, de l'espace psychique à l'espace matériel, autour de l'accompagnement d'une famille endeuillée par la mort d'un enfant	31
L'Autre comme terre d'accueil : Pérégrinations psychodramatiques	45
D'un espace en manque de jeu, à un espace en recherche de sens : quand patients et soignants se retrouvent sur scène	59
Discussion	71
Conclusion associative	73
Espaces en exploration... Espaces en mutation ? ...	77



## Espaces en exploration : des frontières à la rencontre

*« Un endroit magnifique peut ne jamais provoquer une explosion de vie, tandis qu'une salle de fortune peut être un lieu de rencontre extraordinaire. ».*

*Peter BROOK, L'espace vide, 1977*

La 7<sup>ème</sup> journée organisée dans le cadre du Master 2 professionnel de psychopathologie et psychologie clinique s'inscrit dans la continuité de la réflexion engagée par la promotion précédente concernant les figures de la temporalité au sein de la rencontre clinique.

Pour être sujet de son histoire, l'homme s'inscrit dans une temporalité mais également dans un espace. Alors, la dimension singulière de « chaque un » serait à penser à travers un rythme, des silences, des contre-temps... mais aussi comme habitant d'un corps et d'une terre d'accueil. Si ces deux notions, temps et espace, s'associent naturellement, leur complexité est également comparable.

Déjà, chez FREUD, la représentation topique de l'appareil psychique donnait à l'espace psychique une « forme », à travers une organisation et une délimitation.

Les terres de la pratique clinique sont autant d'espaces en exploration. Que ce soit dans une institution, dans la rue, dans une famille, chaque cadre possède des frontières parfois mouvantes. L'espace, en convoquant l'espoir d'une rencontre, laisse place à un jeu potentiel à travers l'accueil co-construit avec un hôte. Les espaces physiques s'articulent avec les espaces psychiques et, dans ce mouvement, ils peuvent devenir espaces de subjectivation.

En écho, les situations présentées et les différentes formes que prendront les interventions de cette journée vont nous entraîner sur les terrains actuels de la rencontre clinique, à des places singulières. Comment concilier la notion de cadre thérapeutique avec celle de dispositif dans sa pratique ? Comment l'espace peut-il prendre la forme d'un dialogue entre le lieu de soin et l'habitat interne ? Dans quelle mesure le thérapeute et le patient peuvent-ils mettre à disposition leurs espaces psychiques ?

Sans oublier que se mobiliser en tant que psychologue clinicien c'est surtout (re)trouver-créer un espace « libre » au sein d'une société où les espaces de pensée sont de plus en plus attaqués. S'engager dans sa pratique revient à vivre et à faire vivre cette aire infinie de transformation proposée par D.W. WINNICOTT. Cette 7<sup>ème</sup> journée ouvrira des espaces pour que cheminent nos pensées.

---

Rama ABDELLAOUI, Désirée ADELL-GELIN, Chloé ALOMBERT, Marion ANDRÉ, Julien ANGUELOFF, Mathilde BESSIN, Valérie BOISSON-HEBERT, Fanny BOUCHERY, Anthony BOUCHET, Caroline BOURGEAT, Constanze CHAIZE-BALIG, Camille CHAMBRE, Maëva DELACÔTE, Marine DRUAUX, Marie GILLE, Aurélie GUITTARD, Emir LARA-DIAZ, Angélique LAURENT, Stéphanie LESCURE, Marine MARCONNET, Jean-Baptiste MIS, Charlotte NEEL, Isabelle PUTHOD, Pauline SALVETAT.



**Canal Psy**

**Hors-Série N°8**

**6,00 €**