

**CANAL
PSY**

Les pratiques de soins

CANAL PSY - Bimestriel - N°82 - Février - Mars 2008 - 3,30 €



Marie-Claire CÉLÉRIER
Christine DURIF-BRUCKERT
Amandine GRIOT

Rubrique

**Interview de Patricia MERCADER sur son dernier ouvrage
écrit avec Annik HOUEL et Helga SOBOTA
*Psychosociologie du crime passionnel***

VALSE AVEC BACHIR

un film d'Ari Folman
(Israël) Cannes 2008

Plus de 20 ans après les massacres de Sabra et Chatila (Liban), reconnu comme un acte de génocide, Ari Folman, cinéaste israélien, est parti à la recherche de lui-même au travers d'un film choral, succession d'entretiens et de retrouvailles avec ses anciens compagnons de guerre, alternance de souvenirs parcellaires et de scènes oniriques suspendues dans le temps, voyage d'un homme en direction de son passé, à la recherche de souvenirs absents.

Pourquoi avoir construit ce documentaire sous la forme d'un film d'animation ? Une amorce d'explication est présente dans le film lorsque l'un des anciens frères d'armes du cinéaste le reçoit en Hollande dans un paysage blanc de neige, peut-être aussi blanc que son oubli des événements de son histoire. Ari lui demande alors s'il peut le dessiner, lui et son fils :

« Dessine autant que tu veux, aussi longtemps que tu ne filmes pas ».

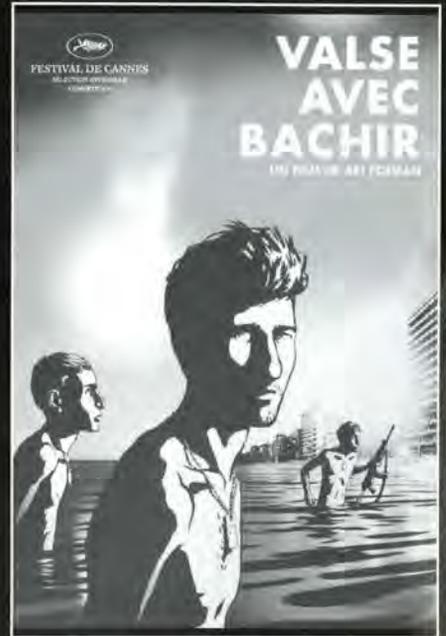
Et en effet... par son trait, à la fois dur et incertain, ses couleurs à dominance ambrée, son animation au rythme saccadé, le calme de certaines séquences accompagnées de silence, ce film d'animation permet d'aborder l'insoutenable absurdité de la guerre, la crudité de ses images et d'en approcher une représentation sensible. Non pas la représentation « vraie » de ce qui s'est exactement déroulé mais une représentation proche du vécu de ce soldat de tout juste 18 ans, propulsé dans un conflit qui le dépasse.

Ainsi Valse avec Bachir ne se situe pas dans une tentative d'explicitation, il ne s'attache pas à trouver un responsable aux traumatismes vécus par ses personnages, ni de les guérir tout à fait de leurs effets. Au contraire... il nous invite à renouer avec ce passé, un passé aussi monstrueux et terrorisant que la meute de chiens menaçante de la séquence d'ouverture :

Pour le personnage principal, il s'agit d'appivoiser cette étrangeté et de lui donner une place dans son histoire.

Pour nous, il nous évoque cette phrase de 1932 de Freud à l'adresse d'Einstein : « tout ce qui travaille au développement de la culture travaille aussi contre la guerre ». C'est ce choix fait par Ari Folman avec force et humilité qui nous a touché, troublé et que nous vous invitons à découvrir.

Frédéric GUINARD



abonnements

Redécouvrez les anciens Canal Psy.

Pour un abonnement d'un an, Canal Psy vous offre 5 numéros entre le n°1 et le numéro 60*.
Faites votre choix sur le site web de Canal Psy (cf adresse en dernière de couverture)

je m'abonne pour un an (5 numéros) à Canal Psy et bénéficie de l'offre de 5 anciens numéros gratuits.

Tarifs : normal 22,00 € réduit (étudiants, chômeurs)** 15,00 € numéros choisis _____

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code postal / Ville / Pays _____

Téléphone / e-mail _____

chèque libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon 2

* sauf numéros épuisés

** sur présentation d'un justificatif

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

Soigner

Marie-Claire CÉLÉRIER

p. 4

Relation de soins et récits privés de la maladie : la création d'une langue "provisoirement" commune

Christine DURIF-BRUCKERT

p. 7

De l'écoute clinique du discours du sujet hospitalisé en entretien psychologique à l'écoute du cadre hospitalier psychiatrique

Amandine GRIOT,

p. 10

Rubrique

Interview de Patricia MERCADER sur son dernier ouvrage écrit avec Annik HOUËL et Helga SOBOTA *Psychosociologie du crime passionnel*.

p. 13

Les pratiques de soins

À l'heure où les institutions de soin et leurs acteurs stimulent la confection et la prescription de « guides » énonçant les « bonnes » pratiques de soins, nous choisissons, au cours de ce numéro, d'en interroger les paradoxes, les malentendus et les potentialités au travers de trois textes, trois regards. Regards théorico-cliniques approchant à leur façon les spécificités de cette rencontre plurielle où soignants et patients, organismes et psychismes vont tenter de trouver des espaces de rencontre, qu'ils soient espace de parole, champ psychosomatique ou cadre institutionnel.

Marie-Claire CÉLÉRIER nous propose de parcourir la question du « soigner » là où le travail de psychothérapie psychanalytique rencontre la prise en charge de la maladie somatique en milieu hospitalier. Elle nous présente une pratique où l'accompagnement du malade va se situer au carrefour du psychologique et du biologique, aux prises avec des causalités entrecroisées entre le médecin, le malade et le psychanalyste.

De son côté, Christine DURIF-BRUCKERT attire notre attention sur les récits « profanes » que produisent les patients au sujet de leurs troubles somatiques et plus particulièrement sur ce langage « provisoirement » commun, en quête d'appropriation et d'écoute réciproque, qui va se co-construire lors des rencontres entre le patient, malade dans son corps, et de son médecin, disposant d'un savoir scientifique sur cette maladie.

Enfin, Amandine GRIOT s'intéresse à la question de l'hospitalisation et de la manière dont un patient va s'appuyer, se saisir du cadre institutionnel et des équipes soignantes afin d'y transférer des éléments de sa problématique psychique. Elle observe comment un travail d'écoute de ces mouvements peut permettre aux équipes d'accueillir et de transformer ce que le patient leur fait vivre de pénible et d'insensé.

En rubrique, nous retrouverons Patricia MERCADER qui nous a accordé un entretien au sujet de la sortie d'un livre, co-écrit avec Annik HOUËL et Helga SOBOTA, second volet de leur travail sur les crimes passionnels. Elle nous présente les particularités du traitement médiatique de ces faits-divers et leur contexte psychosocial, puis nous donne un aperçu des types de liens conjugaux et familiaux de ces hommes et de ces femmes qui passent à l'acte.

En vous souhaitant une bonne lecture...

Frédéric GUINARD



Parmi les différentes façons de soigner les corps malades, quelle est la place de la psychanalyse ? Les conflits latents entre médecins du corps et médecins de l'âme accentuent la dichotomie corps/psyché. Pourtant, le sujet malade est incarné dans son corps, et ses affects, conscients ou inconscients, se répercutent sur son état physique quelle que soit la cause de la maladie. Mais notre société refuse de plus en plus d'accepter la complexité de la nature humaine et d'entendre la dimension inconsciente de la vie psychique. D'ailleurs toutes les actions de prévention reposent sur un postulat du type "savoir, c'est vouloir, et vouloir, c'est pouvoir" : les connaissances nutritionnelles réduiront l'obésité, l'information des lycéens fera cesser la contamination par le VIH... Alors la médecine globale tant vantée n'est pas pour demain !

C'est une patiente qui m'a convaincue qu'il fallait soigner autrement qu'on ne me l'avait appris en médecine les malades atteints de maladies physiques. Elle était hospitalisée en chirurgie pour d'abondantes hémorragies dues à une recto-colite-hémorragique ; on avait pu surseoir à l'ablation du colon et du rectum et, si l'on m'avait appelée, c'était que, lorsqu'un chirurgien lui demandait quand avait commencé sa maladie, elle se mettait à pleurer en disant que c'était dix ans avant, lors de la naissance et de la mort de son unique enfant. Depuis, à cause de sa maladie, elle vivait cloîtrée chez elle comme une mortevivante. Elle ne vint me consulter que des mois plus tard. Au fil de la thérapie, je compris que, pour elle, le sang de l'hématome cérébral qui avait tué son fils, le sang issu de son utérus lors de l'accouchement et celui issu de son rectum malade était le même, comme dans une confusion complète entre ses organes internes et le corps du bébé qu'ils avaient contenu. Au fur et à mesure que nous démêlions les fils de sa vie et de ses fantasmes, ses sai-

gnements cessèrent, sa maladie se stabilisa, elle sortit de chez elle, se mit à travailler, à revoir sa Normandie natale, à revivre en somme (voir "Lucienne", CÉLÉRIER, 1997). Elle n'était pas la première patiente que j'aidais à sortir des griffes de la maladie, mais son impossible deuil mêlant le sang et les larmes, son retrait de la vie à la mort de son enfant, m'ont convaincue qu'il nous fallait, les spécialistes du corps et moi, nous intéresser de plus près aux rapports du corps et de la psyché. Je me suis donc immergée dans un service de gastro-entérologie pour mieux comprendre leur méthode et tenter de leur faire comprendre la mienne. Sur ce dernier point, je n'ai pas vraiment réussi !

Le but du médecin est de réduire le symptôme, si possible en agissant sur sa cause, et la demande du malade est la même : redevenir « comme avant »

La médecine savante cherche à éliminer tout ce qui émane d'un fonctionnement psychique singulier pour réduire la maladie au dénominateur commun de ses manifestations objectives. Le but du médecin est de réduire le symptôme, si possible en agissant sur sa cause, et la demande du malade est la même : redevenir « comme avant » ; il y a collusion médecin-malade pour multiplier les examens et les thérapeutiques, jusqu'à ce qu'ils viennent à bout des symptômes. Dans un grand nombre de cas, « ça marche ». Il peut s'agir de maladies bénignes, aiguës, sensibles à un antibiotique par exemple ; ou de troubles fonctionnels, ceux que la nosographie psychanalytique rattachait aux névroses, surtout hystériques, troubles sur lesquels l'objet-médicament prescrit sera efficace, fût-il un placebo. Ailleurs il s'agit de troubles plus profonds, dits psychosomatiques, comme l'ulcère gastro-duodéal que l'on proposait aux soins du psy, jusqu'à ce que les antisécrétoires gastriques aient sur eux un effet plus spectaculaire et plus économique dans tous les sens du terme qu'un traitement psy-

chanalytique... même si sa survenue est encore liée aux contraintes de la vie professionnelle ou conjugale. Restent nombre de maladies que la médecine ne sait pas guérir à coup sûr et qui se multiplient du fait de l'allongement de la durée de vie. Les cancers dont il faut supporter la lourdeur des traitements et l'incertitude du pronostic ; les maladies chroniques, affections respiratoires et cardio-vasculaires aux complications multiples, les maladies rhumatismales et leurs douleurs impossibles à enrayer, pour ne citer que les plus fréquentes.

Les médecins sollicitent volontiers la collaboration des psychologues pour les libérer du poids de ces pathologies « incurables » que l'organisation de la Santé a abusivement regroupées en cancérologie, centres antidouleur, soins palliatifs... On a oublié que les soignants, pour supporter leur impuissance en

certain cas, ont besoin des gratifications narcissiques que leur offrent des succès thérapeutiques dans d'autres cas. Des manifestations dépressives ou anxieuses des malades jugées excessives sont souvent le facteur déclenchant la demande. Ce ne sont pourtant pas toujours ces malades qui en ont le plus besoin ; eux peuvent peut-être trouver dans leur entourage affectif proche quelqu'un pour les comprendre, les soutenir, les rassurer, les attirer vers la vie plutôt que l'image de mort ou d'invalidité que renvoie la maladie. Ceux qui en ont le plus besoin risquent d'être les autres, ceux que leur isolement affectif a habitués à « prendre sur eux », à ne pas montrer leur désarroi psychique ; ceux qu'une *pensée opératoire*, qui cherche une solution concrète à un problème concret, et une *alexithymie*, une méconnaissance des affects, ont habitués à un clivage, un déni qui permet d'ignorer la souffrance psychique.

Dans des pathologies plus bénignes, les médecins demandent aux psy de rendre les malades plus compliants aux traitements ; et ils sont aussi requis pour traiter la composante

hypocondriaque ; hypocondrie névrotique ou psychotique de ceux qu'on appelait « malades imaginaires » et dont les examens complémentaires ne montrent pas d'anomalies, ou composante hypocondriaque chez des malades atteints de lésions organiques, mais dont la symptomatologie est amplifiée du fait qu'elle sert aussi à résoudre un problème psychologique sous-jacent. Par exemple, des troubles qui reprennent au moment où la sortie de l'hôpital est décidée... parfois de façon intempestive. Le malade a peut-être peur de sortir seul chez lui sans soutien sécurisant, ou au contraire de se retrouver aux prises avec les soucis professionnels ou les conflits familiaux dont l'hospitalisation l'avait protégé. Mais pour la vision savante de la maladie, cela n'entre pas en ligne de compte. Les malades, eux, sont facilement convaincus, à tort ou à raison, qu'un facteur autre que physique a contribué à les rendre malade et qu'un traitement non scientifique pourra contribuer à les guérir. Certains, heureusement, trouvent un médecin compétent qui peut entendre aussi cela, reconnaître qu'il faut du temps pour

accepter l'altération de l'image de soi et de la vie qu'on a devant soi ; intégrer les conséquences de la maladie non seulement sur le traitement à suivre, mais sur l'avenir, risque de perdre son travail, de ne pas pouvoir assurer l'avenir de ses enfants, etc. Peut-être ce médecin humain ne se laissera-t-il pas enjôler par les sirènes de la médecine de la preuve, et réalisera-t-il aussi que la fibromyalgie de sa patiente est justement survenue au moment où elle était menacée de licenciement, où elle ne savait comment faire face à la crise d'adolescence destructrice de son fils ; déjà, en parler lui avait fait du bien, il faudrait voir si l'on peut aller plus loin en quelques consultations ou s'il faut faire appel au spécialiste. Beaucoup de malades n'ont pas cette chance, voire se braquent a priori contre la médecine savante ; sûrs qu'on ne les écouterait pas, ils ne parlent pas. Ils s'informent sur les méde-

cines parallèles et ce sont des réseaux "transférentiels" qui drainent ces clientèles parallèles, ne soupçonnant guère que c'est le charisme du thérapeute plus que la méthode employée qui a été efficace. Les recettes valables pour résoudre les petits maux sont inépuisables : « je nage, je cours, je fais du yoga, je mange bio... ». Mais surtout : tel thérapeute a le pouvoir de me maintenir en bonne santé, avec ses plantes, ses pilules homéopathiques, ses aiguilles d'acupuncture, la sophrologie ou des trainings divers.

Le psychanalyste a à trouver sa place parmi ces différentes façons de soigner et, même s'il parvient à engager

l'on aborde le premier en s'accordant avec lui pour dire qu'il n'est pas fou, mais que sa maladie est difficile à supporter, source d'angoisse ou de dépression, que c'est une raison suffisante pour en parler, les entretiens peuvent être très bénéfiques ; partis des effets des troubles corporels sur le psychisme, ils peuvent mener à une prise de conscience de l'impact du psychisme et des relations affectives sur le corps, ici et maintenant d'abord, dans l'entourage personnel et le milieu soignant ; et peut-être ultérieurement, on touchera au passé et on abordera ce qui constitue le fondement de toute psychothérapie psychanalytique. Par contre, celui qui refusait une causalité

purement organique, mais projetait sur autrui la cause de tous ses troubles, n'est peut-être pas prêt à reconnaître que quelque chose vient de lui, qui contribue à déclencher ou entretenir sa pathologie, ces éléments qui, faute d'être pensés, s'inscrivent dans le corps. Le « pronostic thérapeutique » est donc souvent énigmatique.



son patient dans une relation au long cours, seul à seul dans son cabinet, il y aura toujours au moins une autre personne qui s'occupera du corps malade, et les fantasmes – du soigné, des soignants et de l'analyste – s'alimenteront pour partie dans cet immense corpus embrouillé et contradictoire par lequel notre société donne sens à la maladie.

La psychothérapie de patients souffrant de troubles somatiques m'a souvent semblé s'engager sur un malentendu. Du côté du malade, rarement demandeur en milieu hospitalier, le premier contact peut aller du « moi, je ne suis pas fou, je n'ai rien à vous dire ; c'est mon corps qui est malade » au « ah ! vous, vous allez comprendre que c'est mon mari, mon patron, ma voisine qui me rendent malade ». Ce premier contact ne préjuge en rien de l'issue de la relation thérapeutique. Si

Certains patients viennent régulièrement sans que rien ne bouge. D'autres peuvent reprendre à leur compte de façon inattendue une ouverture proposée sur leur fonctionnement psychique et changer beaucoup plus vite que prévu ; psychiquement d'abord et, par voie de conséquence, physiquement. La part psychogène de la somatisation est liée à un *refoulement* inconscient, voire à une *forclusion* excluant une zone de la psyché du fonctionnement habituel. Et si une parole peut donner accès à ce secteur clivé pour libérer le corps d'une part de la pathologie, lorsque cette parole agit comme interprétation sauvage de ce que ce détournement permettait d'ignorer, elle peut au contraire l'aggraver en augmentant le besoin de mécanismes défensifs. Si l'on a pu voir la somatisation comme signe d'un défaut de mentalisation, on peut la voir aussi comme ce qui préserve la vie psychique de

décompensations plus ou moins graves. Quand la maladie est bénigne, elle peut être une défense à respecter et lorsque la maladie est grave, il s'agit de ne pas la faire basculer au-delà des ressources thérapeutiques. Cela demande une grande prudence de la part de l'analyste.

Les pathologies étant multifactorielles, la part psychogène s'associe dans une proportion variable à des causes physiques, chacune ayant sa temporalité. La prise de conscience d'un conflit psychique sous-jacent peut être bien lente par rapport à l'évolutivité du processus morbide physique. J'ai vu ainsi des aggravations dramatiques après des interventions chirurgicales pour des lésions sévères, ailleurs guéries par l'opération, quand l'opéré a perdu confiance en ceux qui ont tout pouvoir sur lui. On pourrait dire que la pulsion de mort bat ici son plein. Je pense plutôt que *l'abandon du corps à la maladie*, le fameux "il se laisse mourir", ou la *révolte contre les prescriptions* médicales supposées nuisibles, ne font que reproduire les aléas de la relation première à un autre tout puissant qui aurait abandonné ou maltraité l'enfant qu'ils étaient. C'est ce qu'ont pu m'apprendre des thérapies au long cours. Mais dans l'urgence du moment, il n'est pas question de se livrer à des reconstitutions et interprétations de ce genre. Et c'est plutôt la connaissance préalable de telles problématiques qui peut pousser le psychothérapeute à demander aux soignants d'être plus réceptifs aux demandes du malade et de relâcher si possible leurs exigences... Je dois dire que je n'ai pas souvent été écoutée !

Ceci me ramène donc à la question du transfert, un transfert parfois massif, qui se porte d'abord sur celui qui soigne le corps. Comme lorsqu'il s'opère sur le psychanalyste, le transfert est chargé de la problématique inconsciente. Mais, contrairement au dispositif analytique qui permet à l'analyste de repérer ce qui est transféré et, par une attention à son propre contre-transfert, de surveiller qu'il ne se laisse pas emporter dans le passage à l'acte que la dynamique inconsciente tend à provoquer chez lui, dans les autres relations soignantes, chacun y va de sa participation inconsciente. Seul, d'ailleurs, le comportement du malade est censé en être perturbé. La culture médicale implicite veut que le comportement des médecins ait une base aussi objective que la science médicale ! Les médecins ont un pouvoir majeur sur le corps, particulièrement en chi-

urgie, en réanimation et dans les techniques de pointe, quand l'unité d'action, de temps et de lieu fait des partenaires les acteurs d'un drame classique. Mais cette dynamique existe aussi à minima dans toute relation soignant-soigné. Si l'analyste intervient, il a à respecter les identités et les défenses de chacun. Il n'a pas à être le magicien qui, ayant compris les dessous inconscients de la partie qui se joue, va dire aux autres ce qu'ils doivent faire. Et si on le lui demande, cela risque d'être un piège tendu involontairement où il fera montre lui aussi de son impuissance ! Il lui faut être avec les soignants aussi mesuré qu'avec les soignés et, suivant FROUD, ne pas vouloir aller beaucoup plus loin que là où le sujet en est de sa compréhension des problématiques en jeu. L'humilité est donc la première vertu du psychanalyste en ce contexte. Pendant un certain temps il restera en position tierce. Mais, s'il sait faire respecter cette position tierce, elle peut être en elle-même thérapeutique : dans les somatisations graves et précoces – du fait de la problématique psychique qui y prédispose – les patients sont prêts à jouer avec leur partenaire médical un duel à la vie, à la mort : l'autre est celui qui peut les sauver ou les tuer. Que l'un et l'autre puissent entendre qu'il y a une autre façon de comprendre ce qui se passe, que l'efficacité ou la non efficacité des thérapeutiques dépend aussi d'autre chose que de leur réalité objective, peut faire tomber la tension, laisser l'évolution reprendre un cours plus cohérent. Si j'ai pu écrire (CÉLÉRIER, 2002) qu'une psychanalyse peut être considérée comme "réussie" si, et seulement si, le sujet accède à une structure ternaire de l'identité, celle qui

***Le premier contact est important,
mais il faut laisser au patient la liberté
de s'éloigner et de revenir***

admet l'autre de l'autre, la façon d'y parvenir peut être d'abord de la mettre en œuvre dans le triangle médecin-malade-psychanalyste. Il faut parfois assez longtemps pour que le psychothérapeute trouve sa place entre les deux protagonistes. Heureusement, dans la plupart des cas, on a du temps devant soi, la maladie ne s'aggrave pas suffisamment pour devenir irréversible. Pendant ce temps, on pourra faire admettre que, si la réduction du symptôme n'est pas pour le psy le premier but à atteindre, elle est attendue comme la conséquence du remaniement psychique éventuel. Le premier contact est important pour laisser une

image transférentielle positive, mais il faut laisser au patient la liberté de s'éloigner et de revenir sans entreprendre de psychothérapie régulière, jusqu'à ce qu'il n'ait plus à craindre de se retrouver sous emprise ou de se voir abandonné. Cette problématique que nous avons tous, favorise la somatisation quand elle est au premier plan et l'on doit donc y être particulièrement vigilant pour ne pas provoquer de rechutes transférentielles.

En tenant compte de ces particularités, soigner des somatisants n'est pas fondamentalement différent de soigner les autres patients. Leurs problématiques sont les mêmes. Et si ceux qui somatisent n'offrent pas d'emblée à l'analyste des rêves et des fantasmes, avec un peu d'expérience on apprend à décrypter leurs actes, leurs façons de se soigner et de vivre la maladie avec ou contre leur entourage, leur façon de parler de leur corps, de ses maux, des examens et traitements qu'on lui fait subir... pour entendre la part d'inconscient qu'ils révèlent. Si Ambroise PARÉ disait "je le pansai, Dieu le guérit", le psychanalyste pourrait dire "je le pansai avec les moyens de l'analyse, mais c'est lui, le patient, qui peut m'utiliser (dans l'acception winnicotienne) – ou non – pour guérir... avec ou sans l'aide de Dieu", selon ses croyances qu'il faut aussi respecter.

Marie-Claire CÉLÉRIER
Neuro-psychiatre, psychanalyste

Bibliographie

Outre les écrits directement psychosomatiques, mes réflexions se sont étayées sur D.W. Winnicott pour l'enracinement précoce du fait psychosomatique et sur Joyce Mac Dougall pour la place de l'affect dans ses déséquilibres.

CÉLÉRIER, M.-C., *Psychothérapie des troubles somatiques*, Dunod, Paris, 1997.

CÉLÉRIER, M.-C., *Repenser la cure psychanalytique*, Dunod, Paris, 2002.

CÉLÉRIER, M.-C., « La pathologie comme rupture de l'équilibre psychosomatique », in *Psychiatrie française. Psychosomatique. Y croire ou pas*, XXXVI, 1/06, septembre 2006, pp. 63-73.

CÉLÉRIER, M.-C., « Perspectives actuelles en psychosomatique », (à paraître) in *Le Carnet Psy*, 2008.

Relations de soins et récits privés de la maladie : la création d'une langue « provisoirement » commune

Christine DURIF-BRUCKERT

Au sein même du système de soins (plus globalement de la santé), on observe un certain nombre de dysharmonies relationnelles, d'incompréhensions entre les savoirs techniques des experts-soignants, qui se fondent sur l'expérimentation pour élaborer les lois de la connaissance, et ceux, profanes, des patients, qui s'appuient sur l'expérience sensible, les habitudes et vécus quotidiens. Alors et inévitablement, la consultation se construit sur un malentendu magistral, sorte de « déboîtement extrême » entre le savoir et l'être, que P. RICOEUR (2001, p. 229) nomme « la dissymétrie initiale du pacte de confiance ».

Il nous semble que les conséquences d'une telle division sont encore largement sous-estimées en terme d'efficacité thérapeutique, dans le sens où la médecine se prive de son interlocuteur le plus immédiat, le patient. Tout au moins elle le situe dans ce paradoxe troublant d'avoir à concevoir la vulnérabilité et la souffrance de son corps dans une langue qui pour une grande part lui est étrangère et méconnaissable.

Et si la véritable question de cet écart n'est pas seulement celle de l'irrationalité, ou de l'inexactitude, mais bien celle du statut et du traitement social des savoirs profanes (savoirs dits « ignorants », « dégradés », « déformés »), le débat psychosocial² s'avère alors nécessaire pour penser (« replacer ») les termes des échanges médecin/patient et pour aborder les tentatives de négociation et de résolution des tensions qui le caractérisent. Il s'avère d'ailleurs d'autant plus fructueux au sein du contexte de la maladie grave que celle-ci nécessite une régularité des soins et de confrontation avec les personnels soignants.

Ce sont de tels constats qui nous ont amené à nous intéresser, au travers des études que nous réalisons sur le terrain somatique et psychiatrique (à la fois sur le relevé des récits privés de

la maladie et sur l'observation des interactions thérapeutiques), aux significations et processus de formation qui sous-tendent ces savoirs dits ordinaires, ainsi qu'à l'importance des fonctions qu'ils remplissent pour l'homme sain, comme pour le malade³. Effectivement, les langages, les savoirs et les théories du sens commun, ainsi que les procédures d'actions pratiques qu'ils justifient, d'une tout autre nature que les savoirs scientifiques, ne sont ni sans nécessité, ni sans logique⁴.

Fondamentalement, ce qui émerge de ces savoirs, c'est la part sensible du désir

La valeur subjective des savoirs profanes

Fondamentalement, ce qui émerge de ces savoirs, c'est la part sensible du désir, celle que la science chasse efficacement de son domaine de pensée. C'est à dire que, à la différence du discours médical tenu sur un corps objet, le texte profane se produit à partir des propres signes d'un corps vivant, corps vulnérable, objet de menaces, lieu de l'incertitude du savoir.

Nous touchons là un point de rupture fondamental. Car c'est bien la corporéité qui est au cœur de la problématique du clivage entre le savoir objectivant et la parole singulière, entre la langue technique et métaphorique. Ce corps, la médecine le simplifie. Elle vise certains de ses morceaux, déliés les uns des autres, réduits à leur expression organique. Or, dans le savoir profane, le corps tout entier est vécu comme matière première de l'identité. Il est corporéité, c'est-à-dire matrice ultime de toute formation identitaire et de l'existence même. Il est, dit MERLEAU-PONTY, « la souche », « le pivot du monde, parce qu'il me fait exister comme sujet incarné » (1945, 1976). BOURDIEU, quant à lui, le définit à fois comme « l'opérateur qui enracine et celui qui tout en même

temps fait agir et penser » (BOURDIEU, 1972).

Aussi, lorsqu'ils rendent compte d'une expérience pathologique grave ou chronique, ces savoirs profanes sont à décrypter, dans le temps de la maladie, comme des versions explicatives inestimables dont seul le malade est dépositaire, et dont la logique se structure à partir de préoccupations que nous pourrions dire invariantes. Parmi celles-ci, notons : l'investissement de la zone corporelle atteinte et l'inscription de l'organe défaillant au sein

d'une anatomie et d'une physiologie fantastique, l'évaluation de la gravité de la maladie et des modalités de son évolution, de ses effets (représentations des mouvements de déstructuration et d'altération corporelle), ou encore les estimations de l'utilité, de l'efficacité et des effets des traitements imposés et/ou choisis.

Mais c'est surtout la reconstitution des causes de la maladie qui ressort comme l'une des dimensions primordiales et constantes de ces théories profanes. Nous avons pu observer, sur le terrain des récits de la maladie, l'importance de la remémoration des événements douloureux survenus dans le passé, et, au travers d'eux, de l'intégration des différents héritages de ce « qui revient à soi » ou de ce qui « vient de l'extérieur ». Le mal » s'attrape » ou « se donne », autant qu'il se fabrique en soi. Pour de nombreux informateurs, la maladie « silencieusement nichée en soi depuis longtemps » tel un poinçon, une trace laissée par les événements cruciaux, éclôt au rythme des circonstances interne et externe que vient à reconstituer le sujet malade. Elle semble alors « s'immiscer par une ouverture », profiter « d'une baisse de la garde » ou encore « d'un moment favorable au développement de certains corps étrangers », précisément « parce qu'il y a des brèches dans le terrain ».

Quant à la pluralité étiologique, que

l'on retrouve dans toutes les sociétés, elle revient à articuler, ici, comme ailleurs, des instances en relation constante de pouvoir, de niveaux d'implication, et bien sûr de caractère de gravité. Tandis que la dimension exogène soumet l'individu aux lois et contraintes du monde extérieur, l'endogène lui restitue sa singularité, et ses capacités propres. Ainsi sont finement repérés et théorisés dans ces constructions étiologiques les « foyers de fragilité », là où la maladie « se porte immédiatement, mais aussi les différentes ressources et degrés de « résistance personnelle ». Plus fondamentalement, la création étiologique permet aussi de prendre en compte le mal, qui fondamentalement « laisse impuissant » et dépouille l'être humain de ses plus solides certitudes.

Ces images et élaborations explicatives traduisent les figures d'un mouvement intérieur toujours incertain, autant qu'elles métaphorisent les écarts et débordements, ainsi que les combats où se faufilent les possibles changements, où risque de se casser de façon irrémédiable l'unité intérieure. En affrontant ce qui s'échappe, elles accompagnent le nécessaire travail de maîtrise de l'évolution de la maladie, en même temps qu'elles permettent l'invention ou la réhabilitation de nouveaux repères privés, surtout en ce qui concerne la restructuration des « soubassements » de la corporéité (la temporalisation, la spatialisation, l'intégration des limites...). Mais aussi et de façon plus pragmatique, elles s'offrent comme matière d'accès à la négociation de nouveaux statuts et rôles sociaux suscités par la réalité de la maladie. Pour ces différentes raisons, elles ont des implications pratiques sur les conduites du malade, tout particulièrement sur les modalités de sollicitation et d'actions thérapeutiques⁵. Inévitablement marquées de la (ou des) rencontres avec les soignants, elles répondent bien sûr à une série de remaniements cognitifs qui opèrent l'intégration des informations et modes d'intervention du savoir technique tout en se constituant fondamentalement à partir de tout un arrière-plan imaginaire, populaire et social.

L'ensemble des récits profanes peut ainsi être assimilé à un véritable mythe individuel sur « lequel viendraient se jouer les conflits actualisés ou produits par la situation du malade » (1993, p. 132). Façonnés dans le temps de la consultation, au rythme des propres rythmes du patient, ces récits résultent d'un jeu subtil entre la mise à distance d'un savoir perçu globalement comme étant étranger, et l'adhésion à ce qui

s'avère immédiatement utile. Dans ce sens, ils représentent un effort d'appropriation d'un corps propre nouvellement affecté, mais aussi d'un corps autre, méconnaissable, disions-nous, parce que lieu d'intervention de la connaissance du médecin (PÉDINIELLI, 1993, p. 132).

Il y a, au regard de ce que l'on vient de préciser, une grande responsabilité à reconnaître, prendre en compte et écouter les récits du corps malade, les points de vues des patients, et même à encourager leur verbalisation.

C'est dans cette perspective que nous avons envisagé le travail de subjectivation comme un support thérapeutique fondamental⁶.

Le travail de subjectivation et les dimensions intersubjectives de la relation de soins

Lorsque le patient peut ainsi s'installer dans un sentiment sécurisé de « pouvoir dire » (un tant soit peu), il opère quelques emprunts au savoir scientifique, accepte quelques références obligées. Il emprunte, sélectionne et retient les énoncés les plus aptes à composer avec un corps social, un corps représentable et « investissable par sa propre psyché » (AULAGNIER, 1986, p. 108). Il demande des explications, verbalise ses doutes, improvise de nouvelles conceptions. Le médecin décode, cherche à transposer ses propos techniques au sein du répertoire profane. La réciprocité des dialogues entre le médecin et le patient permet ainsi d'introduire, dans un espace provisoirement commun, des notions qui appartiennent initialement à des univers « étrangers » et qui se mettent à circuler de l'un à l'autre dans un effet d'étagage sémantique et de « resserrement » relationnel (DURIF-BRUCKERT, 2002).

Sur cette scène de « l'ordinaire » où se croisent et s'intriquent les singularités, et où s'immiscent de façon essentielle les versions populaires de l'endommagement, de la chute, de la rupture, le médecin se décentre (légèrement et momentanément) de la seule référence scientifique, et vient rejoindre en son patient ce qui, par effet de similitude, l'atteint essentiellement : l'expérience du dénuement, celle encore d'une contiguïté toute particulière de la vie avec la mort. Les images partagées, coulées dans une langue provisoirement commune, semblent indiquer une communauté de significations, assurent la résonance de schémas signifiants. Les faits racontés, échangés, s'animent et prennent place à l'intérieur de la trame vivante

des pensées de l'un et de l'autre, sur une voie donnée, tracée (anticipée) par le caractère ouvert des enchaînements possibles (NÉRI parle à ce propos de l'efficacité du récit).

Ce travail tend à réunifier un tant soit peu l'image du corps, profondément entamée par l'irruption de la maladie

Parallèlement, les visions de l'intériorité se réorganisent : le mal est « situé », localisé au sein d'une géographie anatomique symbolique et d'une logique profane. L'intérieur endommagé, troublé et désordonné tente d'y être redessiné. Plus explicitement, ce travail tend à réunifier un tant soit peu l'image du corps, profondément entamée par l'irruption de la maladie.

C'est pourquoi ce mouvement de subjectivation dynamise le mouvement de création de la maladie et les liens que le sujet établit avec elle. La maladie s'impose alors non plus seulement en terme de causalité, de niveau de gravité, mais comme un phénomène existentiel, ou encore comme un processus dont l'évolution ne cesse d'articuler en cet espace de la rencontre et de la parole la part du singulier et la portée sociale et universelle de la précarité du corps. Elle est ainsi vécue sur un tout autre registre : comme tentative de réconciliation avec la dimension de la vulnérabilité et comme « expérience d'innovation positive du vivant » (GANGUILHEM, 1972).

Ces quelques éléments nous amènent à comprendre que si la souffrance est rupture du sens, comme l'écrit BARUSMICHEL (2001, p. 127), son traitement ne passe pas seulement par l'accès à son identification et sa mise en signification (qui sous cet angle peut rester à l'état d'un savoir rationalisant, conforme, ou d'un préjugé enfermant), mais il passe par « des effets de représentations, des images parlantes qui relayent des charges émotionnelles et affectives » et les actualisent au sein une structure langagière et relationnelle sécurisée. De ce point de vue, elle est à envisager comme un « excès émotionnel fixé sur une césure du sens » (op. cit., p. 128).

Ce qui signifie encore que si l'on coupe les sujets de leurs racines et de leur socle corporel, ainsi que des expériences primordiales qu'ils verbalisent à son propos, on risque de dévitaliser les repères identitaires fondateurs indispensables pour habiter son corps, y compris et essentiellement

dans ses potentiels et ses réalités de ruptures.

En ce sens, le récit de la maladie représente, au sein d'alliances, approximativement possibles, souvent favorisées par la continuité des soins, un support inestimable du travail thérapeutique (DURIF-BRUCKERT, 2005, pp. 26-31)

Christine DURIF-BRUCKERT

¹ Par son statut épistémologique, les cadres sociaux de son fonctionnement et ses contraintes organisationnelles

² A partir essentiellement des notions d'interactions, de récit et de subjectivation, de représentations sociales et de normes sociales

³ Pour davantage de développements cf. DURIF, (1992), DURIF-BRUCKERT, 1994, 2004, 2007.

⁴ Cf sur la notion de sens commun les travaux de MOSCOVICI (1992) et de représentations sociales de JODELET (1989)

⁵ Cf les travaux de BASZANGER (1986), et de STRAUSS (1992). Ces auteurs développent l'existence d'une construction sociale « négociée » de la maladie, dont le malade est un acteur indispensable

⁶ Il conviendrait d'analyser plus minutieusement les indices, critères et mécanismes de ce potentiel thérapeutique, ce que nous ne pouvons envisager dans le cadre limité de cet article. L'analyse de J. BARUS-MICHEL sur ce point fondamental est réellement précieuse.

Bibliographie

- BARUS-MICHEL, J., « Souffrances, trajets, recours, Dimensions psychosociales de la souffrance humaine », in *Bulletin de Psychologie*, t. 54 (2), 452, 2001, pp. 117-127.
- BASZANGER, I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », in *Revue française de sociologie*, XXVII, 1986, pp. 26-27.
- BOURDIEU, P., *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Droz, Paris, 1972.
- CANGUILHEM, G., *Le normal et le pathologique*, Puf, Paris, 1972.
- CANGUILHEM, G., *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Vrin, Paris, 1993.
- DURIF, C., « Corps interne et physiologie profane », in *Ethnologie française*, XII, 1, 1992, p. 71-78.
- DURIF-BRUCKERT, C., *Une fabuleuse machine, Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*, Métailié/Seuil, Paris, 1994.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Un aspect de la crise du système de santé et des soins : l'oubli des savoirs ordinaires », in CLAUVERANNE, J. P., (sous la direction de), *La santé hors les murs*, Economica, Paris, 1999, pp. 99-120.
- DURIF-BRUCKERT, C., « La maladie mentale élaborée en situation de groupe : la négociation du sens, de la répétition à la représentation », in L. MONDADA, M. GROSJEAN (sous la direction de), *La négociation au travail*, ARCI/Presses Universitaires de Lyon, Coll. Ethnologie et Psychologie des communications, Lyon, 2004.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Une science est encore à naître », in *Le Croquant*, 43, 2004, pp. 64-68.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Relation médecin-maladie, Perspectives d'une langue commune », in *Pratiques, Les Cahiers de la Médecine Utopique*, 30, 2005, pp. 26-31.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Le transfert des savoirs de santé vers le grand public : complexités méthodologiques et enjeux psychosociaux », in HASS, V., *Les savoirs du quotidien, transmissions, appropriations, représentations*, PUR, 2006, pp.137-155.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Récits privés de la maladie et processus narratif : un support thérapeutique fondamental », in *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2007- 4, pp. 105-122.
- DURIF-BRUCKERT, C., « Statut et traitement social des savoirs scientifiques et des savoirs profanes : le champ de la médecine », in OBADIA L. et CARRET G., *Représenter, classer, nommer, Regards croisés sur la médecine*, E.M.E., Fermelmont, 2007, pp. 205- 224.
- DURIF-BRUCKERT C., *La nourriture et nous, Corps imaginaire et normes sociales*, Armand colin, Paris, 2007.
- FEDIDA, P., « L'anatomie dans la psychanalyse », in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, Gallimard, Paris, 3, 1971, pp. 109-126.
- FEDIDA, P., « La question de la théorie somatique dans la psychanalyse », in *Psychanalyse à l'Université*, 3 : 12, 1978, pp. 621-648.
- GIUST-DESPRAIRIES, F., « Raconter sa vie : la quête ontologique du sujet contemporain », in *Revue internationale de Psychosociologie*, Vol. 6, 14, 2000, pp. 89-1001.
- JODELET, D., *Les représentations sociales*, P.U.F., Paris, 1989.
- MERLEAU-PONTY., M., (1945) *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, coll. Tel, Paris, 1976.
- MOSCOVICI, S., « La mentalité prélogique des civilisés », in FLICK, U., *La perception quotidienne de la santé et de la maladie, Théories subjectives et représentations sociales*, L'harmattan, Paris, 1992, pp. 293-320.
- NERI, C., *Le groupe*, Dunod, Paris, 1995.
- PEDINIELLI, J.L., « Psychopathologie du somatique, La maladie du malade », in *Cliniques Méditerranéennes*, 37/38, 1993, pp.121-137.
- RICOEUR, P., *La fonction narrative, Etudes théologiques et narratives*, 54, 1979, pp. 209-230.
- RICOEUR, P., *Les trois niveaux du jugement médical*, Le Juste, Esprit, Paris, 2001.
- STRAUSS, A., *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'harmattan, Paris, 1992.

De l'écoute clinique du discours du sujet hospitalisé en entretien psychologique à l'écoute du cadre hospitalier psychiatrique

Amandine GRIOT

Au cours d'un entretien psychologique réalisé dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique complète, il est fréquent d'observer le lien direct entre une partie du matériel clinique apporté par le patient et le contexte institutionnel dans lequel se trouvent les deux partenaires en présence. Des représentations plus ou moins élaborées qui concernent la situation d'hospitalisation elle-même, comme cadre et comme dispositif, constituent alors toute une part parfois prédominante du matériel de l'entretien individuel et du suivi psychologique assuré à travers ce dispositif, en appui sur l'équipe institutionnelle pluridisciplinaire. Cette observation clinique suscite d'un point de vue méthodologique des questions pratiques. Chercher à mettre du sens sur ce problème nous donne l'occasion de réfléchir aux effets induits par les singularités du cadre de soin hospitalier sur l'inconscient du sujet hospitalisé, et donc sur une catégorie d'associations qui survient en entretien, adressée au clinicien. Que faire alors de ce biais associatif causé par la situation d'hospitalisation elle-même, comment le comprendre pour être en mesure d'en entendre les enjeux psychiques latents ? Cette réflexion sur le sens de ce matériel associatif spécifique vise à en tirer des conclusions en ce qui concerne l'approche du dispositif d'entretien clinique dans le cadre hospitalier. Certaines conjonctures psychiques nous rappellent ainsi tout particulièrement l'importance d'une prise en compte du contexte institutionnel où se produit la rencontre clinique, et le poids des interférences entre les espaces juxtaposés sur la scène du soin. Ainsi sommes-nous amenés à reconsidérer de manière générale l'importance pour la pratique du psychologue clinicien en institution de la prise en compte du cadre dans lequel se déroulent les relations cliniques.

Il n'est pas donné à tout le monde de jouer librement avec son hospitalisation ...

Il arrive parfois que le cadre de l'hospitalisation reste muet ou presque, tout au long du suivi psychologique d'un patient. Dans ces cas, l'hospitalisation semble pouvoir assurer une fonction de support silencieux, en créant le fond et les contours d'une rencontre

Le cadre de l'hospitalisation relèverait ici d'une transition dans le parcours du sujet, que le psychologue va éventuellement venir soutenir, accompagner

clinique. Cette fonction, lorsqu'elle est opérante, garantit le déploiement d'un processus introspectif, en permettant d'aborder des thèmes qui dépassent les limites spatio-temporelles que figure réellement et symboliquement le cadre hospitalier. Ainsi, le patient hospitalisé se trouve en mesure d'utiliser avec créativité ce cadre institutionnel de soin, les professionnels qui l'animent et les sous dispositifs mis à sa disposition au cours de son traitement, dont le dispositif d'entretien fait partie. Parmi les signes cliniques repérables de cette capacité d'utilisation du cadre institutionnel, il y a la possibilité de le critiquer objectivement, et donc de pouvoir s'en séparer surtout. D'ailleurs, ces types d'hospitalisations sont de courte durée, puisque la sortie à l'extérieur n'est pas en soi un problème. Le lien qui se développe à l'égard de l'institution ne met pas en jeu l'autonomie réelle et imaginaire, une souplesse étant conservée tout au long du contrat de soin. Le cadre de l'hospitalisation relèverait ici d'une transition dans le parcours du sujet, que le psychologue va éventuellement venir soutenir, accompagner, en proposant un espace de mise en sens de l'expérience traumatique qui a précédé la demande d'hospitalisation. Ici encore, les représentations relatives

au cadre de l'hospitalisation démontrent une organisation psychique de base assez élaborée pour considérer la situation comme une parenthèse, une pause, une prise de recul. Autrement dit, l'assimiler à une régression, bénigne, est acceptable du point de vue des représentations du séjour et de son déroulement. La situation de crise et les perturbations psychiques qu'elle a engendrées au point de conduire à l'hospitalisation psychiatrique, n'entravent pas pour autant la capacité du sujet de « jouer avec son séjour », en appui sur les fonctions assurées par le cadre de soin et ses acteurs. On peut alors noter que le qualificatif « libre » s'applique bien à ce type d'hospitalisations. Plusieurs institutions de soin psychiatriques hospitalières modernes semblent d'ailleurs avoir organisé leur fonctionnement pour satisfaire ce profil de patient.

Lorsque les vécus relatifs au cadre de l'hospitalisation demandent à être entendus sous l'angle d'un processus transférentiel

De façon bien plus récurrente dans ces mêmes institutions de soin, les représentations relatives à l'hospitalisation que les patients communiquent véhiculent des vécus bien plus chargés affectivement. Ils sont adressés aux différents interlocuteurs de la scène du soin selon diverses modalités, souvent dans le registre de l'agir. Certains de ces vécus portent en l'occurrence sur le cadre hospitalier lui-même, sur l'institution comme cadre et lieu de vie. Composés d'affects et de sensations primaires, ils semblent être produits par l'expérience singulière de la prise en charge hospitalière et ce qu'elle réactualise d'expériences précoces survenues dans la construction psychique des sujets. Ils sont en effet le résultat d'une partie des mouvements transférentiels qui se déploient

de manière diffractée sur la scène institutionnelle et groupale du soin dont les caractéristiques forment un attracteur transférentiel pour le retour en acte d'expériences relevant du développement primaire et originaire du sujet. J'ai consacré une partie d'un travail de M2 Recherche au développement de ces caractéristiques du cadre hospitalier, en tant qu'il est un cadre de vie et cadre de soin, afin de parcourir la nature de ses effets sur l'appareil psychique du sujet hospitalisé, au moment de son instauration, et en fonction de la place qu'il occupe sur les plans réels, imaginaires et symboliques. En appui sur divers travaux portant sur l'institution, l'environnement, et la relation précoce, ce développement visait à démontrer pourquoi tout discours portant sur le cadre hospitalier devrait rencontrer une écoute clinique qui porterait elle sur les caractéristiques de l'environnement maternel primaire et les traces laissées par la rencontre du sujet en devenir avec celui-ci.

En effet, ces vécus transférentiels relatifs à la situation de rencontre entre le sujet et le cadre de l'hospitalisation sont massifs et occupent très vite les premiers plans des associations du patient et de la relation clinique, lorsqu'elle se met en place. En

En effet dans ces cas, tout se passe comme si la situation actuelle d'hospitalisation contenait la potentialité traumatique de répéter une autre situation historique ancienne

outre, ils ont une action directe sur le déroulement de l'hospitalisation et le traitement des troubles. Parfois, ils signifient combien la position d'être hospitalisé rencontre une réelle difficulté d'appropriation, en plaçant le sujet dans une situation vécue sur un mode passif, voire de soumission, signant alors les limites de la notion d'hospitalisation consentie. En effet dans ces cas, tout se passe comme si la situation actuelle d'hospitalisation contenait la potentialité traumatique de répéter une autre situation historique ancienne. Restées fixées dans le développement, des expériences précoces trouveraient à se réactualiser, sous la double action de la compulsion de répétition et de l'occasion transférentielle que constitue « l'ici et maintenant » de l'hospitalisation. Ainsi se rejouerait sur le cadre hospitalier une forme de transfert que R. ROUSSILLON a proposé en 1977 :

« Si l'institution-cadre occupe, par rapport aux individus de l'institution, une

fonction de système pare-excitation analogue à la mère- environnement que décrit Winnicott, alors les failles vécues historiquement au niveau de la mère-environnement peuvent venir se rejouer autour de l'institution-cadre, réalisant ce que nous proposons d'appeler un « transfert sur le cadre ».

L'expérience de l'hospitalisation de Mme C. viendra illustrer ces propos.

Mme C. ou « La clinique me porte » : une hospitalisation interminable

La rencontre clinique avec Mme C. se produit alors que l'autonomie de son moi, la maîtrise probable des investissements objectaux, et l'indépendance matérielle, ne suffisent plus à contre-investir d'importantes angoisses de séparation, voire d'anéantissement, réactualisées par une certaine conjoncture de sa vie psychique. Une forme d'écroulement a donné lieu à ce séjour en clinique psychiatrique qui semble ne pas pouvoir s'arrêter. Il participe du retrait du monde dont Mme C. se plaint, me relatant des événements, dans lesquels elle se décrit comme paralysée, bloquée, coincée. Aussi, il y a à l'égard de l'institution imaginaire qui la prend en charge des sentiments plus qu'ambivalents, car incompatibles, selon un paradoxe où l'absence n'est pas supportable, mais la présence non plus. Parmi les besoins exprimés par Mme C., il y a celui d'une perma-

tives phobiques se développaient à l'égard du dehors, du monde extérieur, qui devient hostile et associé à la dégradation de l'état psychique. Du coup, l'intérieur de l'institution de soin et de vie est devenue un lieu d'agrippement, selon une forme d'attachement primaire, dans une topique externe où il occupe la fonction de refuge, grâce à toutes ses fonctions contenantes, d'étayage, d'enveloppe, de support, de nourrissage aussi peut être. En même temps, une fantasmatique se développe véhiculant en entretien des représentations où la patiente resterait coincée dans cet espace-temps de l'hospitalisation, comme s'il était possible qu'elle puisse ne plus en sortir. Ainsi se réactualise un lien primaire qui met en jeu des mouvements d'emprise, et des angoisses claustrophobiques.

De manière concomitante à celle du dedans / dehors, la question de la temporalité de l'hospitalisation est aussi récurrente en entretiens cliniques, où Mme C. me parle de diverses modalités de sorties, du temps passé au dehors, de ceux qui sortent, de ceux qui reviennent. La temporalité associée au séjour est vécue et communiquée comme potentiellement interminable, s'éternisant. La représentation de l'impasse, de la butée circule, véhiculant des contenus angoissants relatifs à des déclinaisons de l'angoisse de mort : paralysie, agonie, anéantissement. Aussi, la sortie de l'institution, est toujours remise sur le tapis par une partie de Mme C., qui



nence de la présence que l'hospitalisation complète permet. Ainsi, dans le présent de l'hospitalisation, tout se passe comme si des angoisses primi-

apparaît comme l'expression d'un sur-moi qui ne tolère pas la situation. En même temps, la pensée de la sortie est insupportable pour toute une par-

tie infantile que la séparation renvoie à l'impuissance, la détresse, la solitude et globalement à la passivité. De manière conflictuelle, la présence de et dans l'institution, est tout autant insupportable, en ce qu'elle rappelle, en acte, le problème de la dépendance. Ainsi, un débat a lieu sur la scène de l'hospitalisation, et face à moi en entretien, entre des pôles de la personnalité de Mme C., autour d'une autorisation interne à se laisser régresser vers une situation de maternage avec une aspiration symbiotique, qui serait à la fois désirée, et à la fois impensable.

Ces thèmes de l'espace et du temps relatifs au cadre institutionnels sont prégnants en entretien clinique. Plutôt que de les considérer comme factuels et dépourvus de sens, je vais me mettre à les écouter sous l'angle du transfert, et des parties projetées de soi et de l'objet. J'adopterai à cette fin cette hypothèse méthodologique d'écoute citée plus haut, afin d'y entendre les enjeux psychiques sous-jacents. Ceux-ci relèvent de la dépendance à l'objet primaire, et des modalités de présence de cet objet telles qu'elles se réactualisent, dans la vie de Mme C., et spécifiquement pendant cette hospitalisation. Le développement affectif primaire entre massivement en jeu, au premier plan. Ainsi, ce qui se joue dans le rapport à l'institution imaginaire et réelle sollicite la question du maintien, du holding, que Mme C. exprime en fin de suivi : « *La clinique me porte* ».

Sans ces espaces institutionnels, bien souvent, des sentiments d'inutilité et d'impuissance conduisent à des réponses en acte des professionnels

Le suivi en entretien clinique, en appui sur le travail en équipe, va permettre que soient progressivement transférées sur ma personne ces modalités du lien à l'objet primaire, selon un processus d'identification projective qui est le principal mode de communication de Mme C. dans l'institution. Les temps de reprise formatrice que constituent les réunions, avec le référent médical et des membres de l'équipe soignante, me donnent l'occasion de décoder ce phénomène « d'accrochage » de la patiente au cadre et ses représentants en termes d'attachement et d'angoisse de séparation. Ces temps formels et réguliers constituent un pôle décisif quant à l'évolution de la prise en charge, dans la mesure où les membres de l'équipe

peuvent laisser circuler les affects pénibles associés à ces formes du transfert qui se manifestent dans le lien à l'institution. Ils permettent que soit rendue supportable la durée de séjour de la patiente, et de replacer, dans sa réalité psychique, la représentation fantasmatique d'une hospitalisation qui ne se termine plus. Sans ces espaces institutionnels, bien souvent, des sentiments d'inutilité et d'impuissance conduisent à des réponses en acte des professionnels. Elles interviennent sous l'effet d'une identification en miroir à la problématique intersubjective engagée, et peuvent conduire à des impasses thérapeutiques comme l'arrêt prématuré de l'hospitalisation, répétant les conditions de la survenue de l'état traumatique. Dans le cas de Mme C., les équipements institutionnels articulant les différents sous dispositifs du cadre de l'hospitalisation ont une fonction thérapeutique déterminante, qui conditionne le travail mené au sein de la relation clinique et réciproquement.

En conclusion : réflexions pratiques sur les enjeux d'une prise en compte du contexte institutionnel pour le travail de psychologue clinicien

L'ensemble de cette réflexion, ici résumée, constitue une base à un projet de doctorat sur l'hospitalisation psychiatrique, à partir d'une pratique de psychologue clinicienne en équipe pluridisciplinaire auprès de sujets hospitalisés. Cependant, la finalité de ce propos est de mettre l'accent sur le fait qu'une réflexion théorisante sur le cadre institutionnel d'une pratique clinique ne relève pas tant d'une posture de chercheur que d'une posture praticienne. En effet, si les types de situations cliniques citées ici ramènent la question du contexte global au sein du dispositif d'entretien clinique, ce dernier se trouve toujours traversé, bien qu'à des degrés variables, par le cadre institutionnel et ses influences sur la dynamique interne de la relation clinique. Il pénètre l'espace clos du bureau, lieu de l'intime, selon diverses modalités, fonctions du rapport que le sujet entretient avec ce cadre. Ainsi, comme le propose J. Rouchy (1990, p 19) :

« Il existe un rapport dialectique entre le cadre institutionnel et la pratique, c'est-à-dire qu'il existe une influence réciproque et non une simple contrainte subie. Si la pratique est sur-

déterminée par le cadre, elle détermine aussi en retour le développement de ces structures par le type d'organisation qu'elle requiert, et par les références théoriques du discours qu'elle développe. »

Dans sa pratique en institution il repère, dans son écoute clinique même, que les surdéterminations du cadre et la marque de l'appartenance institutionnelle n'ont pas des effets seulement sur le dispositif du praticien et sur son contre-transfert, mais encore sur le processus associatif et sur la fonction et la place du clinicien dans l'appareil psychique des sujets rencontrés.

Si des territoires co-existent dans le milieu hospitalier, découpés selon des fonctions, des rôles, structurant l'espace et le temps, cette découpe trouve sa limite dans l'individualisme d'une pratique qui fonctionnerait dans l'illusion de frontières nettes. Or, il s'agit plutôt de penser que les sous dispositifs de l'hospitalisation comme cadre global interagissent, et que la fonction soignante de l'institution toute entière repose sur le postulat d'un travail pluridisciplinaire en équipe, dans laquelle s'inscrit le psychologue clinicien et ses dispositifs.

Amandine GRIOT

Psychologue clinicienne

Titulaire d'un M2 Recherche en psychologie clinique et psychopathologie, CRPPC Lyon II

Bibliographie

- ROUSSILLON, R., « Contribution à l'approche psychanalytique de l'institution : l'institution environnement », in Bulletin de psychologie du C.R.P.P.C., 2, Lyon, 1977, pp. 3-33.
- ROUCHY, J.-C., « Importance de la prise en compte du contexte institutionnel », in Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe, Ramonville St-Agne, Editions érès, 1990, n°15, pp.11-22.
- GRIOT, A., sous la direction de GRANGE-SEGERAL, E., « L'incassable M. B. ou l'hospitalisation comme un vaste psychodrame », note de recherche de M¹ Psychologie clinique, Lyon, C.R.P.P.C., 2006.
- GRIOT A., sous la direction de MORHAIN, Y., « L'hospitalisation psychiatrique : cadre, processus et transfert », mémoire de recherche de M2 de Psychopathologie et Psychologie Clinique, Lyon, C.R.P.P.C., 2007.

Psychosociologie du crime passionnel

PUF, 2008

Patricia Mercader est Professeure de psychologie sociale à l'Université Lumière Lyon 2, Directrice du Centre Louise Labé (mission Égalité femmes-hommes à Lyon 2)

CANAL PSY : Mme MERCADER, cet ouvrage fait suite à un premier publié en 2003, déjà co-écrit avec Annik Houél et Helga Sobota, intitulé *Crime passionnel, crime ordinaire ? Qu'est-ce qui a motivé la publication de ce second volet ?*

Patricia MERCADER : C'était en fait notre projet depuis le début. Nous avons commencé cette recherche il y a longtemps car nous n'avons jamais réussi à la faire financer. Au moment d'écrire nous avions donc un matériel considérable car notre base de données était constituée d'un peu plus de 550 articles de presse concernant 337 crimes. Nous avons alors déjà l'intention de faire une étude à la fois de représentations sociales et de psychosociologie. Mais au moment où nous avons vu que l'on s'acheminait vers un ouvrage de 800 pages, alors que les éditeurs veulent aujourd'hui des petits livres, on s'est dit qu'on allait publier cette première partie sur les représentations sociales séparément. Ensuite on a poursuivi sur notre lancée, donc ce second livre traitant de la psychosociologie. Dans notre projet de départ, nous avions en réalité une troisième partie en vue, qui était le traitement institutionnel de ces affaires, c'est-à-dire une étude de la logique policière et judiciaire de prise en charge, si l'on peut dire, de ce type d'histoire. Ça ferait alors l'objet d'un troisième ouvrage mais là on laisse tomber ! On voudrait travailler maintenant sur des choses plus soft (rires).

CANAL PSY : En épigraphe du livre, vous citez un extrait d'*Othello* de SHAKESPEARE, en français : « Reste ainsi quand tu seras morte, je vais te tuer / Et je t'aimerai après... ». En quoi cette tragédie vous semble rejoindre votre propos ?

Patricia MERCADER : Je ne m'avancerai pas trop sur la tragédie *Othello* en elle-même parce que c'est un drame de la jalousie, et surtout aussi de la manipulation. Or, d'une part, dans notre livre on voit bien qu'il s'agit moins de jalousie que d'angoisse d'abandon ou d'angoisse d'intrusion par l'autre. Par ailleurs on ne retrouve pas la notion de manipulation dans les situations que nous avons étudiées. Par contre, ce vers d'*Othello*, dans une perspective d'emprise sur l'objet, d'appropriation de l'objet, dit que l'objet n'est jamais autant approprié qu'une fois mort. Donc cette phrase-là illustre une idée très forte dans l'ensemble du livre. Plutôt à décliner côté homme, mais côté femme aussi. Il y a en effet un chapitre où l'on montre bien la dissymétrie de la problématique des hommes et des femmes. Mais un autre chapitre porte sur une femme qui a tué son amant, et cette femme répète tout le temps : « cet homme que j'ai aimé et que j'aime ». Elle ne l'aime que plus maintenant qu'il est mort, l'objet parfait est mort d'une certaine façon.

CANAL PSY : Cela me faisait penser à la question de l'altérité de l'autre qui peut être vécue comme dangereuse. Une fois mort, celle-ci se trouverait immobilisée.

Patricia MERCADER : Son altérité en tout cas ne peut plus s'exprimer. Quand il est mort, il est définitivement approprié. Son altérité disparaît effectivement radicalement. Et d'une certaine façon il est aussi toujours perdu, jamais atteint.

CANAL PSY : Vous relevez dans les articles de presse qui traitent des crimes qui ont lieu dans la sphère conjugale deux types d'interprétation des faits différents, soit du côté

d'une violence conjugale, soit du côté du crime passionnel. Qu'est-ce qui a retenu votre attention dans cette distinction ?

Patricia MERCADER : L'interprétation en termes de violence conjugale nous conduit à penser premièrement qu'il s'agit d'un fait banal. En tout cas dont la prévalence est très grande dans notre société. Ça nous conduit à des raisonnements du type « une femme tous les trois jours meurt tuée par son conjoint », et « un homme tous les seize jours » par exemple, en ce qui concerne la France. Donc premièrement c'est du banal, deuxièmement c'est une affaire de pouvoir, c'est-à-dire d'inégalité entre les hommes et les femmes, quel que soit le concept qu'on utilise. On a dit que pour les familles qui en arrivent à ce type de crime, malheureusement le concept pertinent c'est l'appropriation des femmes. Donc vous voyez c'est une analyse sociologique en termes de pouvoir. Lorsqu'on interprète le phénomène en termes de crime passionnel, premièrement on va insister sur le caractère exceptionnel de la chose, c'est un amour hors normes, nos articles de presse disaient « c'est un amour fou, il l'aimait trop, il l'aimait mal », et cette interprétation va insister sur la question d'un lien qui est réciproquement un lien pathogène, d'autres diront romantique. En tout cas on est sur une analyse d'un lien privé entre deux individus. Donc on a d'un côté une interprétation qui fait appel à l'amour, c'est-à-dire à la sphère du privé, et qui appuie sur l'idée d'une situation d'exception, de l'autre une interprétation qui insiste sur l'aspect fréquent d'un point de vue statistique de ce type de fait.



CANAL PSY : *En ce qui concerne les mobiles des crimes, vous relevez une distinction entre ceux des hommes et ceux des femmes auteurs de ces violences, quelle est-elle ?*

Patricia MERCADER : La formule lapidaire que l'on a finalement gardée - puisque c'est tentant de garder une formule - est celle-ci : « les hommes tuent une femme pour la garder, et les femmes tuent un homme pour s'en débarrasser ». Et c'est en fait lié à la dissymétrie flagrante des mobiles, des types d'histoire, qui conduisent un homme ou une femme à tuer. Côté homme, c'est clair, dans notre corpus on a un peu plus de la moitié des hommes qui tuent une femme qui les quitte ou dont ils craignent qu'elle les quitte, un peu plus de la moitié des hommes qui tuent une femme qui les trompe ou dont ils craignent qu'elle les trompe, et quand on met les deux mobiles ensemble parce que bien sûr il y a souvent deux mobiles au même crime, on s'aperçoit que 75% des hommes tuent soit pour l'un, soit pour l'autre, soit pour les deux ensemble. Donc il s'agit vraiment ici de perdre la femme, la perdre pour un autre ou pas, ou la perdre tout court. Ça va très loin parce qu'on a vu très clairement, c'est devenu presque un lieu commun, que l'une des périodes les plus dangereuses, c'est l'année qui suit le divorce du couple. Il s'agit alors pour l'ex-mari de la récupérer. Il y a aussi quelques affaires que l'on a appelées « soupissant-dulcinée » : une femme se refuse à un homme, mais lui pense qu'elle est déjà à lui, et cela le conduit à passer à l'acte. Cela reste relativement

rare par rapport au reste mais enfin.

Côté femme, c'est complètement différent. Elles tuent des hommes avec qui elles se disputent continuellement, qui les frappent, qui menacent leurs enfants, qui les empêchent de vivre en paix après le divorce, qui les harcèlent ; ou bien pour des histoires d'argent, quelques fois aussi cela arrive. Ce n'est pas du tout le même type de relation. Par contre ce que l'on a constaté c'est qu'entre celle que l'on appelle la « femme battue qui tue », c'est-à-dire une femme victime de violences répétées depuis des années et des années, qui finit par tuer son conjoint - ce qui représente la moitié de

nos cas de crimes de femmes - et une femme qui cherche à partir, à quitter un homme, et se fait tuer par lui au moment où elle cherche à le quitter ou juste après, le profil biographique, l'histoire familiale est identique, c'est la même en fait. Dans un cas, elle cherche à partir et elle se fait tuer, dans l'autre cas, elle s'en débarrasse.

CANAL PSY : *Ce que vous soulignez c'est que ce sont deux issues différentes à une même problématique finalement ?*

Patricia MERCADER : Oui, je crois.

CANAL PSY : *Paradoxalement vous notez que « l'homicide conjugal a plus à voir avec une certaine « normalité » », comparativement au profil des auteurs relevant de la délinquance. Voulez-vous nous expliquer ce paradoxe ?*

Patricia MERCADER : Et bien c'est une violence prétendue « normale » d'une certaine façon. Ce que l'on a écrit c'est que les hommes qui tuent leur partenaire n'ont pas du tout le profil sociologique du délinquant. Ce ne sont pas forcément des hommes qui ne travaillent pas, qui se droguent, ils ne commettent pas spécialement d'autres délits, ils peuvent être éventuellement des machos qui conduisent trop vite ! Mais ce n'est pas le profil du délinquant qui sort des banlieues, qui rentre dans un gang, rien à voir avec ça. Ils n'ont pas d'antécédents judiciaires. Ce sont des hommes apparemment normaux sur le plan du rapport à la loi. Ils ont beaucoup d'armes, mais on n'a pas réussi à trouver combien de foyers

français possèdent des armes chez eux. Il y a des études qui ont été faites là-dessus aux Etats-Unis mais en France non. Bon, ils ont des armes, beaucoup de fusils. Mais il y a peut-être beaucoup de gens qui ont des fusils et on ne le sait pas.

CANAL PSY : *Quels sont les traits caractéristiques des relations entre les protagonistes, auteurs et victimes, que vous avez étudiés ?*

Patricia MERCADER : D'abord le lien d'emprise. Ça c'est vraiment fondamental. Pour l'homme comme pour la femme, s'aimer c'est un lien d'appartenance. Alors c'est vrai que les hommes fonctionnent plutôt sur le mode « elle doit m'appartenir », les femmes fonctionnent plutôt sur le mode « c'est moi qui doit lui appartenir », mais c'est très réversible. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de jeter un œil au livret de Carmen le chant célèbre « la fleur que tu m'avais jetée... ». C'est Don José, qui va finir par tuer Carmen et qui lui dit « j'en venais à te haïr, à te maudire, puis je m'accusais de blasphème etc. », et il termine son chant en disant « car j'étais une chose à toi ». En fait ce fantasme d'appartenance, ou d'appropriation selon que vous le prenez d'un côté ou de l'autre, je pense qu'il est partagé par l'homme et par la femme, avec une polarisation : l'homme veut une femme à lui, la femme veut être à un homme, mais cette polarisation n'est pas forcément le plus important de l'affaire même si c'est ce qui apparaît le plus. Au fond, ce lien d'appartenance est absolument fondamental. Du coup on trouve dans l'histoire de ces hommes l'idée qu'ils ne seront jamais vraiment des hommes s'ils n'ont pas une femme à eux, et dans l'histoire de ces femmes un interdit de s'appartenir. Depuis leur plus jeune âge, il leur a été transmis qu'une femme ne s'appartenait pas.

CANAL PSY : *Vous relevez dans ces situations conjugales l'appropriation des femmes par les hommes en distinguant l'appropriation privée de l'appropriation collective. Pouvez-vous nous parler de cet aspect de la relation ?*

Patricia MERCADER : Pour revenir sur le concept « d'appropriation des femmes », il a été proposé en 1975 par une sociologue féministe radicale qui s'appelle Colette Guillaumin et elle propose le terme de sexage, construit sur le mode « d'esclavage », pour parler de ce qu'est la relation entre hommes et femmes, c'est-à-dire que leur corps et les produits de leur corps

sont traités comme propriété d'un homme, le mari. Il s'agit de l'appropriation « privée ». On est en 1975, la notion de viol conjugal n'est pas reconnue, c'est seulement en 1980 qu'elle devient pensable au niveau de la loi. En 1975, l'idée d'autorité parentale est toute récente, elle a remplacé le régime de la puissance paternelle en 1970. Donc on est dans un contexte où Colette Guillaumin va conceptualiser cette notion d'appropriation privée. Et puis par ailleurs elle dit qu'il y a aussi une appropriation collective des femmes en tant que catégorie par les hommes en tant que catégorie. À preuve, le contrôle du comportement des femmes et de leur utilisation de l'espace, par exemple le fait que toutes les femmes font attention à ne pas aller dans certains lieux, à certaines heures, à ne pas se comporter de telle façon pour ne pas être considérées comme « femme publique », c'est-à-dire prostituée, le fait que si une femme transgresse ces règles non écrites, et qu'elle est violée, on pourra dire « qu'elle l'a bien cherché » et toutes sortes de choses qui font qu'en réalité toutes les femmes sont sous le contrôle de tous les hommes. Donc la conceptualisation de Colette Guillaumin en 1975 est très radicale.

Alors je ne peux pas dire que dans notre livre, les histoires de crimes passionnels nous ont conduites à confirmer la notion d'appropriation collective des femmes, en revanche elles me permettent de dire clairement que dans ces familles-là l'appropriation privée des femmes fonctionne à plein.

CANAL PSY : *On a fait le tour des questions que je souhaitais vous poser, y a-t-il d'autres points de votre recherche que vous souhaitez évoquer au cours de cette interview ?*

Patricia MERCADER : Eh bien, il y a le fait que nous avons conclu notre ouvrage sur la question de la mort annoncée. C'est-à-dire que ce ne sont pas du tout des affaires inattendues en réalité - avec une petite nuance pour les cas où l'homme se suicide après avoir tué sa famille - mais sinon ce sont des affaires où il y a eu des mains courantes à la police, des menaces, tout le monde dit « mais ça va mal finir », il y a eu des violences, même devant témoin mais minimisées par l'entourage. Dans mes cours avec mes étudiants je leur dis qu'il faut faire attention que s'il l'a battue, il la rebattra encore, que s'il tue son canari c'est qu'il est vraiment temps de partir !

CANAL PSY : *Ce que vous voulez dire c'est qu'il y a des signes annoncia-*

teurs qui ne sont pas entendus ?

Patricia MERCADER : Oui, ils ne sont curieusement entendus par personne. Même les institutions, même les médecins. C'est un aspect un peu inquiétant et c'est le fond du problème d'une violence paradoxalement prétendue « normale » parce que, du coup, les signes annonciateurs sont négligés. Comment faire de la prévention si tout le monde pense que c'est normal ?

CANAL PSY : *Oui, votre remarque me fait penser, en lien avec le concept d'appropriation des femmes que vous évoquiez tout à l'heure, aux pratiques africaines d'excision entre autres exercées sur le corps des femmes. Or, dans ces pratiques les mères prennent une part active à la perpétuation de ces pratiques d'une génération à l'autre. Là aussi cette part active que prennent les femmes à l'emprise des hommes sur elles peut apparaître comme paradoxale.*

Patricia MERCADER : Effectivement on a parlé des caractéristiques du lien conjugal et j'ai parlé de l'emprise, mais il faudrait aussi parler du type de lien familial qu'on rencontre, parce que ce sont des affaires de famille où l'on a vraiment identifié deux associations d'éléments : La première est l'association du maternalisme et d'un autoritarisme masculin pseudo-paternel. C'est-à-dire que ce sont des fils et filles issus de mères maternalistes au sens où elles étaient mère avant tout, voire « toute-mère ». Donc, au niveau de la triangulation cela ne fonctionne pas. Et par ailleurs ils sont fils et filles de pères qui pratiquaient ce que l'on a décidé d'appeler un autoritarisme masculin « pseudo-paternel ». Il ne s'agit pas du tout ici de la Loi du Père qui serait « le père transmet la loi parce qu'il s'y soumet », mais un autoritarisme, donc la loi du plus fort, masculin soit, parce que le plus fort c'est l'homme dans ces familles-là, mais pseudo-paternel. En fait on n'a que des mères : la mère maternaliste et le père autoritariste sont deux mères phalliques.

C'est le premier élément que l'on va retrouver massivement dans toutes ces histoires. Et puis, toujours chez les parents des criminels et des victimes, on va trouver une association très particulière d'emprise et de négligence. C'est-à-dire que ce sont des personnes, garçons ou filles, qui ont été élevés sous emprise, mais en même temps dans une profonde négligence qui peut aller très loin : il y a une des criminelles citée dans le livre qui a eu

une appendicite à l'âge de douze ans et qui a été obligée d'aller à pied jusqu'à la ville voisine pour se faire soigner parce que ses parents disaient qu'elle jouait la comédie. Donc cette négligence peut prendre des formes très sévères, et ça peut aussi prendre la forme d'une totale impossibilité de parler dans la famille, il n'y a aucune écoute, aucune prise en compte de la réalité psychique de l'enfant. Donc ces deux aspects-là sont assez importants dans l'étiologie des crimes. C'est pourquoi on voit bien, et on termine là-dessus l'ouvrage, que l'impossibilité de penser une égalité entre hommes et femmes, c'est-à-dire une autonomie des sujets amoureux a complètement partie liée avec des familles dont le fonctionnement est essentiellement incestuel.

CANAL PSY : *Avec une impossibilité de se séparer et de s'appartenir.*

Patricia MERCADER : Oui, d'ailleurs on pourrait peut-être dire que ces hommes-là non plus ne peuvent pas s'appartenir.



Quelques références bibliographiques de l'auteur :

MERCADER, P., HOUEL, A. et SOBOTA, H., Psychosociologie du crime passionnel, P.U.F., "Hors collection", Paris, 2008.

MERCADER, P., Le sexe, le genre et la psychologie, L'Harmattan, Paris, 2005.

MERCADER, P., HOUEL, A. et SOBOTA, H., Crime passionnel, crime ordinaire ?, P.U.F., "Sociologie d'aujourd'hui", Paris, 2008.

MERCADER, P., « Politique et féminité. L'exemple du mouvement "ni soumises" », in Nouvelle Revue de Psychosociologie, Ramonville St-Agne, Éditions érès, 2008/1 - n°5.

CANAL PSY

Anciens numéros

N° 76 - Décembre 2006 - Janvier 2007

Dossier : Crises et trauma

Faites comme chez vous par Damien ANDRE

Quand le travail fait crise par Blandine BRUYERE

La transmission du génocide arménien à la 3ème génération par Hélène DESCUBES DEMIRDJIAN

Rubrique Analyse d'oeuvre : Mathilde CASANOVA propose une analyse de la pièce "Père" de August STRINDBERG mise en scène au TNP

Tribune : Interview de René ROUSSILLON sur le décret de loi concernant le statut de psychothérapeute

N° 77 - Février - Mars 2007

Dossier : Advenir au féminin

La cruauté originaire par Sophie de MIJOLLA MELLOR

Anorexie(s) / boulimie(s) : (im)possibles féminins par Nathalie DUMET

Miroir, mon beau miroir, ou le féminin incertain par Malory PERRICHON

Rubrique Echo : Le temps de la mort dans la psychose : un temps mythique ? par Ariane BILHERAN. Thèse en cours

N° 78 - Avril - Mai 2007

Dossier : Le handicap de l'enfant

L'Enfant sourd dans son rapport au fonctionnement groupal familial par Jean-Louis DOREY

Approche psychanalytique de l'enfant handicapé par Simone KORFF SAUSSE

La surdité congénitale : facteur de vulnérabilité à l'adolescence ? par Marjorie POUSSIN

Coup de coeur François BERLÉAND, *Le fils de l'homme invisible* par Jean-Marc TALPIN

Interview Monique DUPRE-LA TOUR sur son ouvrage *Les crises du couple*

N° 79 - Juin - Juillet 2007

Dossier : Groupalités

Groupalité psychique familiale et groupalité thérapeutique par Francine ANDRÉ-FUSTIER et Jean-Louis DOREY

De la mise en place d'un groupe de parole auprès d'adolescents incarcérés : Groupe d'adolescents délinquants et phénomène de « bouc-émissaire » par Sophie FERRUCCI

Interview. René KAËS sur son ouvrage *Un singulier pluriel, la psychanalyse à l'épreuve du groupe*

Coup de coeur. Gaïto GAZDANOV, *Eveils* par Jean-Marc TALPIN

Interview. Patrick SCHARNITZKY sur son ouvrage *Les pièges de la discrimination*

N° 80 - Octobre - Novembre 2007

Dossier : La Formation Continue

Formation Continue de l'Institut de Psychologie. De l'idéal, des principes de plaisir et de réalité(s) par Gislaine SAYE

Formation Initiale, Formation Continue en Psychologie. Figures de l'Inachèvement ? par Dominique GINET

Interview. Jérôme RENOULT. « L'Evaluation en Formation Continue : clé de voute et interface »

Coup de coeur. Michel SÉONNET, *La marque du père* par Jean-Marc TALPIN

Echo. Paul FUSTIER, *Ce qui pourrait se cacher dans ma vieille à roue ?*

N° 81 - Décembre 2007 - Janvier 2008

Dossier : Parlez-moi d'humour

L'humour ? Un préservatif groupal par Evelyne GRANGE-SÉGÉRAL

L'humoriste : un artiste entre jouissance et souffrance ? par Jean-Jacques RITZ

Interview de Serge TISSERON

Coup de coeur. Doris LESSING, *Les grands-mères* par Jean-Marc TALPIN

Rubrique, interview Christine DURIF-BRUCKERT sur son livre *La nourriture et nous*

Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €
- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €
- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €
- à partir du numéro 66 : 3,30 €

Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €
- 2 à 4 numéros : 1,98 €
- 5 à 8 numéros : 2,76 €
- plus de 8 numéros : 3,62 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible, ainsi que les bulletins de commande, sur simple demande ou consultable sur le site Web de Canal Psy

Offre Spéciale :

10 numéros commandés (du n° 1 au n° 65 inclus*) : 10,00 €
+ frais de port (3,62 €)
*sauf numéros épuisés

Canal Psy est en vente :

A Bron

à l'Institut de Psychologie

Canal Psy (salle K33)

secrétariat du 3^{ème} cycle (126 K)

à la Librair'U

En centre ville

F.P.P. (86, rue Pasteur Lyon 07)

Directeur de la publication : Claude JOURNES, Président de l'Université

Directeur délégué : Albert CICCONE

Rédaction : Frédéric GUINARD

Conception et réalisation : Marc-Antoine BURIEZ

Couverture et illustrations : Julien WOLGA

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel

ISSN 1253-9392 - Commission paritaire n° 1112 B 07996



Institut de Psychologie

5, av. P. Mendès France

69676 BRON Cedex

Tél. 04.78.77.23.23

Poste 20.59

e-mail :

Frederik.Guinard@univ-lyon2.fr

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :

<http://psycho.univ-lyon2.fr>

puis «RECHERCHE» de Canalpsy