

**UNIVERSITÉ LUMIÈRE-LYON II**

École Doctorale EPIC

Institut de Psychologie

Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique

(EA 635)

**DOCTORAT HUMANITÉS ET SCIENCES HUMAINES**

Mention Psychologie. Spécialité « Psychopathologie et psychologie clinique »

**DESTINS DE LA  
SENSORIMOTRICITE DANS LE  
TRANSFERT DU TRANSFERT :  
VERS UNE SYMBOLISATION  
INSTITUTIONNELLE**

Nouvelles perspectives sur les dispositifs de soin  
institutionnel dans les autismes et la psychose  
infantile



**Par Philippe GRONDIN**

**Sous la direction du Professeur René ROUSSILLON  
Présentée et soutenue publiquement le 8 décembre 2015**

Composition du jury :

**Anne BRUN**, Professeur des Universités, Université Lyon 2.

**Jean-Pierre PINEL**, Professeur des Universités, Université Paris 13.

**Philippe ROBERT**, Professeur des Universités, Université Paris Descartes.

**René ROUSSILLON**, Professeur des Universités, Université Lyon 2.

**EN COUVERTURE** : *lavis de sépia et encre de Chine,*

Henri Michaux, 1962

Collection particulière, photo © J.-O. Rousseau

# Remerciements

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de thèse et particulièrement à :

Mme le Pr Anne Brun, Mr le Pr Jean-Pierre Pinel, Mr le Pr Philippe Robert et M le Pr René Roussillon, membres de mon jury pour avoir accepté de partager ce moment, de discuter et d'évaluer cette thèse.

Monsieur le Pr René Roussillon,

Pour l'enrichissement apporté lors de chaque séminaire et la qualité de son accompagnement.

Madame La Pr Anne Brun

Pour son attention et la qualité de son accompagnement lors de chaque séminaire.

Monsieur le Pr Bernard Chouvier, Monsieur le Pr Georges Gaillard, Monsieur le Pr Jean-Marc Talpin

Pour leurs encouragements et leurs présences.

Aux étudiants du séminaire qui m'ont aidé à cheminer

A tous les membres de l'équipe de l'hôpital de jour

A mes chaleureux accompagnateurs famille, amis et plus particulièrement

Delphine, Stéphane, Jean-Christophe, Claude, Marielle.

**« La pensée complexe est animée par une tension permanente entre l'aspiration à un savoir non parcellaire, non cloisonné, non réducteur, et la reconnaissance de l'inachèvement et de l'incomplétude de toute connaissance »**

**Edgar Morin,**

**Introduction à la pensée complexe, 2005**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE</b>	<b>13</b>
<b>Recherche à partir d'un dispositif praticien de soin institutionnel</b>	<b>13</b>
<b>1. PROLÉGOMÈNES : POUR UNE ÉVALUATION CLINIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE</b>	<b>14</b>
1.1. Dispositif général, présentation du terrain de recherche	14
1.1.1. Le lieu de pratique clinique	16
1.1.2. Groupe d'accueil et espace des médiations thérapeutiques	17
1.2. Rôle majeur de la sensori-motricité dans le travail institutionnel	19
1.2.1. Communication mimogestoposturale et prétransfert sur la topographie	19
1.2.2. Un espace, des espaces, une temporalité, des temporalités	21
1.3. Une recherche à partir d'une clinique en impasse	22
1.3.1. Du discours savant au chaos	23
1.3.2. Entre complexité et attaques de la pensée	24
1.3.3. Une tentative de mise en sens	27
<b>2. PARCOURS MÉTHODOLOGIQUE ET HYPOTHÈSES</b>	<b>30</b>
2.1. Régulation et espace interstitiel	32
2.2. Un modèle paradigmatique du soin en psychothérapie institutionnelle	34
2.3. Critères d'autoévaluation du soin partagés par l'équipe	36
2.4. Hypothèses	39
2.4.1. Première hypothèse	39
2.4.2. Deuxième hypothèse	39
2.4.3. Troisième hypothèse	40
2.4.4. Quatrième hypothèse	40
2.4.5. Cinquième hypothèse	40
2.4.6. Sixième hypothèse	41
<b>3. PARCOURS HISTORIQUE DES THÉORIES DU SOIN INSTITUTIONNEL ET DES MODÉLISATIONS DU CHAMP TRANSFÉRENTIEL EN INSTITUTION</b>	<b>43</b>
3.1. Des centres de guidance infantile à l'hôpital de jour	43
3.2. L'hôpital de jour	45
3.3. Au sujet de la psychothérapie institutionnelle : quelques repères historiques fondamentaux	46
3.4. Une expérience inédite entre processus soignant et processus institutionnel : la psychothérapie institutionnelle	50

<b>4. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT : DE L'HISTOIRE DES CONCEPTS AU CADRE INSTITUTIONNEL</b>	<b>55</b>
4.1. Transfert	55
4.1.1. Du transfert impossible en psychose au processus singulier de la dynamique transférentielle chez le psychotique	55
4.1.2. De la névrose à la psychose : un transfert impossible ?	59
4.1.3. L'identification projective : une perspective nouvelle	61
4.1.4. Et d'autres psychanalystes	64
4.1.5. Psychothérapie institutionnelle et transfert	67
4.2. Contre-transfert	70
4.2.1. Entre chaos et confusion : un processus analysable dans le cadre de la prise en charge de patients psychotiques ?	70
4.2.2. Le nécessaire retrait des affects	71
4.2.3. Ferenczi : de la froideur au trauma, la grande (r)évolution du « tact »	75
4.2.4. La (r) évolution des années 50	80
4.2.5. Vers des définitions du contre-transfert inédites	81
4.2.5.1. Winnicott : la haine et le contre-transfert	81
4.2.5.2. Paula Heimann : « À propos du Contre-transfert »	83
4.2.5.3. Heinrich Racker : concomitance entre l'élaboration anglaise et argentine	85
4.2.5.4. Margaret Little : une réponse totale de l'analyste	90
4.2.5.5. Harold Searles	97
4.2.5.6. Harold Rosenfeld	102
4.2.5.7. Joyce Mac Dougall	106
4.2.6. Deux auteurs fondamentaux à propos du contre-transfert : M. Neyraut, L. de Urtubey	108
4.2.6.1. M. Neyraut : la précession paradoxale du contre-transfert par rapport au transfert	108
4.2.6.2. L. de Urtubey	110
4.2.7. Contre-transfert et corps	112
<b>SECONDE PARTIE</b>	<b>120</b>
<b>Processus de soin institutionnel et intégration du clivé</b>	<b>120</b>
<b>5. PARCOURS CLINIQUE EN INSTITUTION</b>	<b>122</b>
5.1. JEAN ou le « non » indépassable	122
5.2. NABIL : de la fuite au cri, comme tentative d'émergence au milieu du groupe	132
5.3. ANAÏS : entre chute, démantèlement et rassemblement du corps	138
<b>6. TRAVAIL DE LIAISON DE LA CHAÎNE DE TRANSFERTS DANS LE PROCESSUS INSTITUTIONNEL</b>	<b>144</b>
6.1. Les processus de soin institutionnel	144
6.2. Prise en compte d'autres types de langage que le langage verbal	146
6.3. Transferts en chaîne ou chaîne de transferts	147

6.3.1. Les résistances contre-transférentielles	151
6.4. Travail de liaison à partir des faits divers transformés en faits cliniques	157
6.5. Moments limites de la régulation et vécus contre-transférentiels	158
6.6. De « processus sans sujet » à l'émergence d'une potentialité subjective	159
6.6.1. Une clinique en impasse	161
6.6.2. Une mise en scène hors de la scène institutionnelle ou la répétition à l'œuvre sur la scène institutionnelle	162
6.6.3. Le transfert sur l'inanimé ou le médium objet inanimé	163
6.6.4. Du transfert sur le cadre à la chimère interstitielle	165
<b>7. ÉMERGENCE D'UNE REPOSE EN CO-CREATION</b>	<b>168</b>
7.1 Un vécu d'échec ou le négatif primordial	168
7.2. Mise en place du petit groupe de travail : une amorce de créativité	170
7.2.1. L'espace d'accueil : un hors lieu du soin, un hors lieu de la chaîne de soins	173
7.2.2. Un hors lieu se transforme	173
7.2.3. Un regard apparaît, des regards interpénétrés se font jour	175
7.2.4. Petit groupe de travail et tensions institutionnelles	177
7.2.5. Miroir et jeux mimo-gesto-posturaux	177
7.2.5.1. Du transfert par diffraction à la constellation transférentielle	178
7.2.6. Un arrêt dans la répétition	181
7.2.7. Des pôles attracteurs	184
7.3. L'expérimentation en présence d'un autre du trou et de la trouée comme forme du corps en bords puis en mouvement	190
7.3.1. Une effroyable chimère interstitielle	190
7.3.2. Regard et sexualité infantile comme effets de soin	191
7.3.3. Les trous comme bordures du plein	193
7.3.4. Intrications : entre sexuel infantile et sexualité génitale	198
7.3.4.1. Érogénéisation et résistances contre-transférentielles	198
<b>8. DESTINS DE LA SENSORIMOTRICITÉ DANS L'INSTITUTION</b>	<b>203</b>
8.1. Nabil et ses répétitions : entre peur de le perdre et désir de le faire disparaître	203
8.1.1. La fuite ou la trouée transférentielle	205
8.2. Le groupe d'abord	206
8.2.1. Le retour du discours savant	207
8.2.2. Un féminin totalitaire ?	207
8.2.3. Une répétition du mortifère	209
8.3. Une écoute à double formant : institutionnelle et clinique	210
8.3.1. Rebond institutionnel	210
8.3.2. Rebond clinique	212
8.4. Convocation de la figure du double en groupe : un double kaleïdoscopique	214
8.5. Un double kaleïdoscopique ou l'émergence du processus transférentiel	218
8.6. Intersubjectivité, constellation intersubjective et double	220
8.7. Du petit groupe au grand groupe et vice-versa : une transitionnalité vers un éprouvé contre-transférentiel partageable et partagé	223
8.7.1. Contre-transfert négatif et prise en compte du corps	224
8.7.2. Expérience de co-thérapie : un accès à l'associativité sensori-motrice	225
8.7.3. Intersubjectivité et inter-intentionnalité	228
8.7.4. Intersubjectivité, destructivité et clivage	231

8.7.5. Entre contre-transfert et fonction phorique, sémaphorique et métaphorique	233
8.7.5.1. Fonction phorique	233
8.7.5.2. Fonction sémaphorique	234
8.7.5.3. Fonction métaphorique	235
8.6. Entre contre-transfert et intertransfert	235
<b>9. LE TRANSFERT DU TRANSFERT COMME LIAISON DES ÎLOTS MOÏQUES</b>	<b>238</b>
9.1. Déploiement plurifocal du transfert et liaison des îlots moïques	246
9.2. Le transfert du transfert comme point nodal du soin institutionnel	247
9.3. Du transfert des processus soignants à la symbolisation primaire : vers une émergence de la subjectivité	250
<b>10. VERS LA SYMBOLISATION INSTITUTIONNELLE DU REGISTRE SENSORI-MOTEUR</b>	<b>254</b>
10.1 Des processus de symbolisation dans les ateliers à médiations à une symbolisation institutionnelle	255
10.2. Dispositif institutionnel et symbolisation du registre sensori-moteur	264
10.3. Émergence des formes de symbolisation institutionnelle par la figure du double	269
10.3.1 Le regard de Méduse	273
10.3.1.1 Le mythe de Persée	273
10.3.1.2 S. Freud et la tête de Méduse	275
10.3.1.3 F. Pasche et le bouclier de Persée	275
10.3.1.4 G. Lavallée et « l'enveloppe visuelle du Moi »	276
10.3.1.5 À propos de la pulsion de mort	279
<b>CONCLUSION</b>	<b>283</b>
Index des notions	299
Index des auteurs	305



# INTRODUCTION

Ce travail de recherche résulte de ma rencontre indirecte avec des patients dont j'entends parler de ma place de psychologue institutionnel, par le biais des soignants qui en ont la charge. Certains jeunes patients m'ont singulièrement touché pour que je tente par cette mise en écriture à partir de ma mobilisation affective, une « mise en intrigue » (Ricoeur, 1992), une élaboration théorique. Le point de départ de ce travail de recherche a été la confrontation à des situations limites qui avaient pour effet de mettre en grande difficulté l'institution tant dans son idéologie que dans sa tâche primaire. C'est donc à partir de ces situations cliniques « explosives » et « implosantes » que cette exploration va se déployer.

Quels sont les processus en jeu dans le cadre du soin à plusieurs ? Comment s'organise, en son sein, l'articulation du transfert et du contre-transfert ? Comment cet espace de soin attentif aux processus de soins primaires participe-t-il à l'émergence du sujet ?

Ces interrogations renvoient aux difficultés rencontrées par les institutions soignantes devant la clinique délicate à laquelle elles se trouvent confrontées dans l'accueil des enfants psychotiques et autistes où les troubles profonds de la subjectivation sont à l'œuvre. Ces jeunes patients, atteints par des pathologies graves du narcissisme, ne cessent de mettre à l'épreuve les limites du cadre dans une tentative souvent répétée avec force pour affleurer. Ils convoquent un autre souvent non encore différencié, dans une dynamique transféro-contre-transférentielle de manière si brutale et si crue que l'impensable envahit et a pour effet d'entamer les procès en cours. Les soignants, pris dans les rets de cet impensable, doivent s'engager pleinement et de ma place leurs vécus contre-transférentiels singulièrement catastrophiques le plus fréquemment, deviennent alors de précieux outils pour penser et élaborer avec eux ces mouvements déroutants. La relation transféro-contre-transférentielle, outil psychanalytique princeps se manifeste aussi dans les cadres-dispositifs groupaux :

l'institution en fait partie, elle nécessite un dispositif analysant singulier afin de tenter son appréhension. Cette situation complexe et compliquée combine plusieurs champs : l'institution, le groupe et le processus soignant, spécifiques à la psychose infantile et aux autismes fait l'objet de cette réflexion.

Je vais envisager cette réflexion autour de trois éléments principaux qui sont étroitement liés dans le contexte du soin institutionnel : l'institution, la relation transféro-contre-transférentielle et la réflexivité. Ce travail de recherche vise à une appréhension des facteurs de symbolisation dans un dispositif de soin à plusieurs à partir des différents processus enclenchés par des espaces de soin notamment par des ateliers à médiations thérapeutiques. Ainsi, les « situations limites » retenues pour cette exploration vont permettre une saisie des mécanismes en jeu et venir mettre en questionnement tant l'analyse des dispositifs analysants que les processus à l'œuvre.

Cette thèse se compose de deux parties : l'une est consacrée à la présentation du lieu de pratique clinique, du parcours méthodologique, d'une reprise historique tant des théories du soin institutionnel que des modélisations du champ transférentiel en institution et enfin d'une revue de la question. Cette dernière est singulière dans la mesure où elle présente deux concepts : le transfert et le contre-transfert. La seconde partie correspond à la partie clinique et à une proposition théorico-clinique.

Tout d'abord, il s'agit de replacer historiquement l'institution dans la perspective de sa tâche première qui est celle de soigner et d'appréhender le déploiement théorique dont elle a été l'objet au fil de ces dernières décennies. En effet, à partir de cette position soignante, des praticiens ont développé toute une théorisation pour accueillir et soigner des patients pris dans une souffrance extrême avec des modalités d'expression singulières.

Dans le soin institutionnel, les ateliers à médiations thérapeutiques sont le point pivot à partir desquels les situations cliniques vont se développer et le transfert, se déplier. Avec la population accueillie, la question essentielle du travail de pensée et du travail de liaison sous tend le déploiement d'un processus soignant particulièrement entravé par Thanatos. Ainsi, la déliaison et la pulsion de mort sont souvent convoquées pour expliciter les impasses rencontrées dans cette clinique. Dans ce travail, la question sera de savoir s'il serait possible d'envisager ces impasses de soin où le clivage règne sous un angle différent et de les penser comme étant potentiellement porteuses d'une

valeur messagère à un niveau transférentiel.

Ensuite, la relation transféro-contre-transférentielle représente l'axe central à partir duquel le processus soignant va pouvoir prendre sa forme. Les vécus contre-transférentiels des soignants sont précieux : ils sont essentiellement corporels et indiquent que les tentatives de liaisons passent par l'acte et par le registre sensori-perceptivo-moteur. L'enjeu de la réflexion concerne la reconnaissance paradoxale de certains de ces mouvements mis en actes par les jeunes patients et envisagés spontanément par les soignants comme des passages à l'acte, en fonction des zones où se déploient ces scènes dans l'institution. La question du clivage est à l'œuvre ici, elle nécessite un espace d'élaboration institutionnelle pour peut-être avoir la possibilité de se transformer. L'institution se trouve alors convoquée à déployer ses capacités créatives face à des situations limites afin de co-crée une réponse avec le patient. Le transfert des figures sensori-motrices est ici convoqué de manière singulière dans une pratique à plusieurs et dans un soin dit institutionnel : entre diffraction, constellation et chaîne de transferts.

Enfin, la problématique de la réflexivité traverse ce travail de recherche, car elle est centrale dans l'approche des souffrances narcissiques et identitaires qui nous occupe ici. Elle permet d'explorer comment un sujet parvient à se percevoir et à se sentir et comment un autre différent mais suffisamment semblable peut participer, par sa qualité de réponse et sa qualité de présence, à ce que cette propriété réflexive se construise. La question essentielle de l'intersubjectivité vient interroger comment opère, à partir des processus de différenciation et de distinction, le développement de la vie psychique. Ainsi, cette rencontre entre l'objet et le sujet qui organise la subjectivité va être présente tout au long de notre réflexion.

Dans un premier temps, il sera question de la présentation du terrain de recherche, de la méthodologie et de la présentation des hypothèses. Nous aborderons ensuite le parcours historique des théories du champ institutionnel et des modélisations du champ transférentiel en institution. Puis nous découvrirons l'évolution de deux concepts essentiels pour notre exploration : le transfert et le contre-transfert, à partir des travaux de différents psychanalystes. À cela, nous ajouterons une approche thématique consacrée au corps et au contre-transfert. Ceci fonde l'arrière plan théorique de ma recherche.

La seconde partie est consacrée à l'étude des cas cliniques et à l'exploration de l'articulation avec le processus soignant institutionnel. Cette clinique porte sur les processus de symbolisation primaire à l'œuvre dans un soin à plusieurs et s'organise à partir de trois situations cliniques limites. Toute la dimension processuelle à l'œuvre concerne le tissage des mouvements transféro-contre-transférentiels qui, aux prises avec la pulsion de mort, vont enfermer patients et soignants dans une répétition infinie. Afin de la dépasser, l'ensemble institutionnel va alors être convoqué à ses capacités créatives et doit pour cela se montrer suffisamment malléable. Il s'agit de surmonter une situation en impasse où le mortifère envahit l'espace institutionnel, paralyse sa pensée, vient entraver le déploiement de sa tâche primaire et donc enrayer les formes de symbolisation primaire. En ce sens, l'ensemble institutionnel ne doit pas seulement être attentif au déploiement de la chaîne associative corporelle des jeunes patients, elle doit permettre à partir de là, l'accès à la figurabilité. Cet accès à la figurabilité est complexe et semble, dans certains cas, obliger l'ensemble institutionnel à une créativité qui est en mal de s'exprimer car contrecarré par la vie affective du groupe des soignants et les mouvements transférentiels des patients. C'est la question de l'intégration du clivé qui est ici à l'œuvre au long cours du cheminement de ce travail de recherche.

La présente recherche va tenter de mettre au travail, à partir de six hypothèses, les mouvements processuels des soins groupaux institutionnels.

# **PREMIÈRE PARTIE**

## **Recherche à partir d'un dispositif praticien de soin institutionnel**

# 1. PROLÉGOMÈNES : POUR UNE ÉVALUATION CLINIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE INSTITUTIONNELLE

## 1.1. Dispositif général, présentation du terrain de recherche

Ce travail de recherche s'intéresse à la question du soin institutionnel, aux dispositifs symbolisants et subjectivants en groupe. Je vais tenter d'appréhender son mouvement processuel, in vivo, à partir de ma pratique clinique en hôpital de jour pour enfants.

Cette thèse prend son appui sur une expérience clinique longue de dix années en pédopsychiatrie. C'est une pratique classique qui se déroule en hôpital de jour pour enfants. Nous nous situons ici dans la prise en charge d'enfants psychotiques et autistes. J'occupe dans le cadre de cette institution la fonction de psychologue et plus précisément de régulateur des ateliers à médiations thérapeutiques souvent co-animés par des soignants infirmier ou éducateur.

Le matériel clinique consigné dans ce travail de recherche se base sur une année de recueil de données réalisé par deux étudiants, ainsi que sur d'autres supports écrits et oraux rassemblés au cours du temps sur ces cinq dernières années. C'est donc un matériel en prise directe avec une pratique clinique qui se déploie sur un temps long. Il vient mettre l'accent sur le déroulé du processus de symbolisation où l'archaïque tient une place centrale. Un archaïque en attente de transformation qui, pour se faire, devra convoquer un autre, alors suffisamment présent pour réfléchir le sujet, en l'aidant à « se sentir d'abord, se voir et s'entendre », selon une formulation de René Roussillon pour décrire la réflexivité, et à partir de là, pour porter le travail de subjectivation.

Cette recherche se situe dans le registre de la psychose infantile où les troubles de la réflexivité tiennent une place centrale. Ces derniers induisent alors des défauts dans le déroulé du processus de symbolisation primaire, selon la conceptualisation de René Roussillon. À un moment donné du déroulé premier de son développement, l'enfant ou plutôt l'infans serait resté pris dans les rets d'un « trop » ou d'un « pas assez » de l'autre en présence, dans son lien à l'autre. Le registre de la sensorialité est au centre de ces défaillances.

Green et JL. Donnet (1971), puis R. Roussillon ont souligné dans différents travaux toute la difficulté chez les sujets psychotiques à « se représenter qu'ils représentent » ou inversement « à se représenter qu'ils ne se représentent pas ». Il y a donc ici, une entrave dans l'émergence du Soi. Ainsi,

*« Avoir été bien senti, vu, entendu, facilite la capacité à se réfléchir, avoir été mal senti, vu et entendu tend à l'inverse, à entraver les capacités réflexives, ou à négativer celles-ci : le sujet alors se « sent mal », dans toute la polysémie du terme, ou alors il se « voit mal » (...) la capacité à représenter qu'on représente ou qu'on ne représente pas, la capacité à se représenter l'univers de la représentation dépend étroitement elle aussi du développement des aptitudes que nous venons d'évoquer, elle résulte de la reprise, de l'Aufhebung, du dépassement de ces différentes aptitudes partielles» (Roussillon, 2008, p.8)*

Ce serait dans « le dépassement de ces différentes aptitudes partielles » dont nous parle R. Roussillon que le travail de psychothérapie engagé avec les patients psychotiques pourrait faire défaut, être entamé dans un temps second du processus de soin car trop pris dans une répétition agie, qui ne parviendrait pas à être repérée comme telle.

Une interrogation émerge ici, elle nous accompagnera tout au long de notre réflexion, au sujet du sens à donner aux répétitions interminables, agies au sein de l'hôpital de jour dans un jeter, taper, fuir, griffer, mordre, hurler, crier de la part de ces jeunes patients. Face à la répétition de ces agirs violents, l'équipe est aussi convoquée du

---

· ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.

côté de la contention afin d'y mettre un terme et ainsi soulager les tensions provoquées par ces passages à l'acte au sein de sa groupalité. Comment survivre dans de tels moments destructeurs c'est à dire comment continuer à penser dans des instants furtifs ou insistants où le corps en premier se trouve être attaqué ?

### ***1.1.1. Le lieu de pratique clinique***

Le dispositif de soin à l'hôpital de jour s'organise à partir de deux groupalités. D'une part, le groupe des soignants, composé classiquement d'une quinzaine de personnes : un pédopsychiatre, responsable de l'unité de soin, un cadre de santé, un psychologue, trois infirmiers, trois éducateurs, une orthophoniste, un psychomotricien, un professeur des écoles, deux agents de service et des stagiaires et d'autre part le groupe des patients, au nombre de 17 dont l'âge varie entre 4 ans et demi et 11 ans.

Ces derniers sont accueillis de manière séquentielle avec au minimum deux demi journées d'hospitalisation par semaine. Ces enfants présentent des troubles profonds de la personnalité qui se traduisent par une inadaptabilité sociale forte et des difficultés d'apprentissage. De manière classique, c'est généralement l'entrée dans le système scolaire qui fait alerte et amène les parents à consulter le CMP de leur secteur. Les consultants de ces structures sollicitent alors l'hôpital de jour devant le lourd tableau clinique que présente l'enfant. À partir de là, trois consultations familiales sont organisées dans le cadre d'un protocole qui permettra de valider ou d'infirmer l'hospitalisation de l'enfant. Pédopsychiatre, cadre de santé et psychologue sont les co-consultants de ces trois premières rencontres.

Si l'enfant est hospitalisé, un des soignants de l'équipe de base -infirmier ou éducateur- deviendra référent du projet de soin de cet enfant. C'est une fonction importante au sein de l'hôpital de jour, où le projet de soin précise :

*« Chacun dans l'équipe porte en lui la référence du soin de l'enfant mais « à sa manière », de façon partielle, en résonance avec le lien qui s'établit avec l'enfant et selon la place qu'il*



*occupe dans l'équipe. Le soignant nommé, pour être référent de l'enfant, se démarque des autres en ce qu'il sert une fonction spécifique dans cet ensemble multi référencé. Le référent est un soignant nommé pour incarner une fonction de portage symbolique de la référence des soins de l'enfant. Il n'est donc pas, à priori, celui qui est chargé de soigner l'enfant. Celui-ci tisse des relations privilégiées avec les soignants qu'il investit selon ses mouvements internes. En effet, le transfert ne peut pas être prédéfini ou prescrit, il advient comme ce qui anime les liens dans la rencontre. La fonction de portage symbolique de la référence consiste à re-présenter comment se passe la trajectoire de l'enfant dans le soin institutionnel »<sup>2</sup>*

### **1.1.2. Groupe d'accueil et espace des médiations thérapeutiques**

À son arrivée, un enfant hospitalisé est inscrit dans un groupe d'enfants lui pré-existant, qui se trouve être lui-même accueilli par/dans un groupe de soignants. Le jeune patient est accueilli à chaque séquence dans un lieu appelé « espace d'accueil », lieu central de soin où chacun des soignants présente tente de se rendre suffisamment disponible tant à l'individu, à partir de ses déplacements et de ses mises en jeux corporels qu'à l'écoute du groupe d'enfants dans son mouvement d'ensemble. À partir de cet espace s'organise le temps de l'hospitalisation de chacun des patients avec des allers-retours réguliers pour se rendre aux différents ateliers à médiations ou à l'école de l'hôpital de jour.

Les ateliers à médiations sont proposés à l'enfant suite à un temps d'observation de deux ou trois mois suivant son hospitalisation. Ces propositions de soins plus individualisés s'organisent à partir de la réunion clinique qui se déroule chaque semaine, à partir des propositions émises par les soignants, infirmier, éducateur, psychomotricien et orthophoniste.

---

<sup>2</sup> Extrait du projet de l'unité de l'hôpital de jour (2010)

Ces propositions s'organisent à partir de la concomitance et de la jonction de plusieurs facteurs. Elles semblent prendre en compte :

- La qualité de nouage de la relation entre l'enfant et le soignant.
- La spécificité de la relation transféro-contre-transférentielle entre le référent du projet de soin de l'enfant et l'enfant, entre le référent du projet de soin de cet enfant et le reste de l'équipe soignante.
- La singularité de l'histoire de l'enfant en écho dans le groupe de soignants.
- La qualité des rapports établis par les parents tant avec le lieu même de soin, qu'avec ceux qui l'habitent.
- La dynamique qui se déploie à l'intérieur du groupe des soignants, à partir de l'arrivée du jeune patient dans le service.

Alors, l'équipe propose une médiation à partir des observations faites dans la vie quotidienne et en fonction des capacités ou des compétences que présentent l'enfant. Les ateliers individuels ou groupaux sont animés par un ou plusieurs professionnels. À l'intérieur de ces ateliers sont actualisés des émotions brutes. Les éprouvés et les ressentis sont parfois à vif. L'enfant laisse transparaître des mouvements à travers la médiation qu'il ne dirait pas ou ne dévoilerait pas dans d'autres espaces.

Ici, se déploie tout un maillage complexe qui va venir organiser une dynamique de soins singulière. M. Girard nous permet de souligner que

*« Finalement, c'est bien l'inconscient que Freud croyait saisir chez le schizophrène, mais un inconscient qui n'appartiendrait à personne faute d'avoir trouvé place dans le secret d'une intimité psychique du fait de l'extradition dans l'espace extra-psychique des représentations pulsionnelles. Que les formules en terme de pare-excitation ou d'écran de rêve avec Racamier et Pasche, ou en terme de rêverie maternelle et de pré-conscient auxiliaire avec Bion et Hochmann, que nous suivions Oury dans ses recherches d'un «espace de transfert» ou Pankow dans son travail de structuration spatiale de l'image du corps, sans vouloir annuler l'originalité de ces différentes perspectives, il nous semble*

*qu'elles convergent vers une question commune : celle de l'organisation topique du travail psychique chez le schizophrène. Comment organiser un lieu de cure qui tienne d'un transfert éclaté, comment organiser un lieu psychique, tiers, de dépôt et d'immobilisation pré-transférentiel éclaté et déposé sur les membres et objets inanimés de l'institution, lieu anti-fusionnel d'étayage de la fonction symbolique ? »» (Girard, 2001, p. 53)*

Ceci nous amène à poser la question de l'espace réel et de la topographie des lieux, qui tiennent une place conséquente dans le processus de soin. Ces derniers s'organisent en des lieux distincts et différenciés ; entre le lieu de l'accueil, les pièces où se déroulent les différents ateliers à médiations, la salle de classe, la cuisine, la salle à manger, et l'extérieur pour les jeux. Cette différenciation des espaces va servir de point d'étayage central au dispositif soignant, comme premier levier différenciateur corporel.

## **1.2. Rôle majeur de la sensori-motricité dans le travail institutionnel**

### ***1.2.1. Communication mimogestoposturale et prétransfert sur la topographie***

De manière singulière, le cadre de travail de soin institutionnel s'organise à partir de la motricité, de la mise en acte et en action du corps singulier et des corps ensemble, tout en s'appuyant sur la permanence du fond institutionnel où jouent un rôle spécifique les murs et les angles, les ouvertures et les fermetures des locaux, les étranglements des couloirs, les lignes de fuite, la variation des lumières, l'immobilité des placards avec leurs portes mobiles ou leurs casiers avec des trous fixes, les jouets etc.

---

<sup>3</sup> GIRARD M. (2001). La construction du cadre comme préalable avec les patients psychotiques. *Topique*, (76), 49-57. Paris : Ed. Esprit du temps.

Cette topographie des lieux du soin avec des objets inanimés semble être le socle à partir duquel va pouvoir venir se déployer les tous premiers effets de distinction. Elle va venir offrir la possibilité à l'enfant d'expérimenter en présence d'un autre, les mouvements premiers de distinction à partir de la réalité quotidienne d'un lieu habité, entre le dedans et le dehors, entre le haut et le bas (du bâtiment). En ce sens, le ballet de la communication mimo-gesto-posturale dont a parlé J. Cosnier (1998), concept repris par R. Roussillon à l'appui des travaux de D. Stern (1985), est central dans ce cadre-dispositif. L'attention particulière des soignants portée sur les premières formes du ballet corporel de l'enfant, sa chorégraphie singulière, ainsi qu'à la qualité de contact de ce dernier avec son environnement immédiat, permettra à chacun des soignants de percevoir, d'accompagner et de soutenir les premières ouvertures et les premières articulations entre le mouvement et les précurseurs de son enveloppe corporelle. Freud indique dès 1923 dans son texte intitulé *le Moi et le Ça*, le rôle fondamental du corps dans le développement psychique :

*« Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même projection d'une surface (...) le moi est finalement dérivé des sensations corporelles principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. Il peut être considéré comme une projection mentale de la surface du corps et de plus (...) il représente la surface de l'appareil mental ».*<sup>4</sup> (Freud, 1923, p. 270)

Le corps est au centre de cette clinique institutionnelle.

Ce travail de soin va venir prendre appui à partir du processus « d'attachement » premier de l'enfant à ce fond institutionnel immuable et fixe qui apporte à l'enfant l'illusion d'une permanence infaillible, d'une sécurité première, sans pour autant se trouver être submergé par une intersubjectivité primaire. Avec l'idée que pour certains patients, un premier lien d'attachement s'y serait organisé. Ainsi, au lieu d'un contact premier avec le visage de l'autre, le contact se serait établi avec des murs/visages, vécus comme suffisamment stables et repérables par l'enfant accueilli

---

<sup>4</sup> FREUD S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Dans *Essais de psychanalyse*, (pp. 230-239), (tr.fr.). Paris : Payot, 1982.

En ce sens, l'organisation de l'espace, en lien avec la capacité des soignants à supporter que le pré-transfert s'organise à partir de la topographie, représenterait les conditions essentielles d'entrée dans le processus de soin.

### ***1.2.2. Un espace, des espaces, une temporalité, des temporalités***

Pour ce faire, les enfants admis à l'hôpital de jour vont bénéficier d'un temps d'accueil bi-hebdomadaire sur une période trois mois. C'est à la fin de cette période qu'un projet de soin sera élaboré et présenté aux parents dans le cadre de la consultation familiale organisée au cours de la prise en charge de l'enfant. Cette consultation se déroule avec le pédopsychiatre et le référent du projet de soin de l'enfant.

Le temps d'accueil, comme « une zone d'activité libre », est organisé en un ensemble de pièces avec des fonctions pré-définies dans le projet d'unité : entre les coins dits calmes, les jeux psychomoteurs, les cabanes.

À son arrivée, chaque enfant doit laisser ses affaires dans un casier qui lui est attribué, il doit ensuite prendre sa photo et la placer sur un « arbre de présence ». Les adultes présents chaque jour font de même sur la partie de l'arbre qui leur est réservé. Ensuite, l'enfant pourra circuler d'une pièce à l'autre avec la liberté de saisir le matériel qui se trouve à sa disposition, tout en étant pris par les appels séducteurs des soignants l'invitant à partager des jeux.

Ce dispositif va permettre à l'enfant de faire toute une série d'expériences. Il va notamment lui permettre d'éprouver par exemple les passages (de seuil, d'un lieu à un autre) surtout dans ce temps premier, corporellement, en présence suffisamment attentive des soignants. Et ainsi, percevoir l'état de construction intra-psychique de l'enfant en ce qui concerne la distinction entre le dedans et le dehors, entre l'intérieur et l'extérieur et les angoisses archaïques que ce cheminement convoque. De manière implicite, il est aussi question des hypothèses avancées par Ch. Lheureux Davidse au sujet, entre autre, du mouvement d'interpénétration des espaces, des échanges

« *En mouvement aux seuils des portes (qui) seraient la métaphore de la rencontre d'un homme et d'une femme au cours de l'acte de conception* »<sup>5</sup> (Lheureux-Davidse, 2003, p.90)

Les soignants vont donc recueillir, à partir de ces observations, certains indicateurs qui leur permettront objectivement de construire le projet de soin de cet enfant. Mais les complications vont venir largement empêcher la fluidité d'un tel projet. En effet, il faudra aussi compter avec la vie affective du groupe des soignants mêlée aux vécus contre-transférentiels.

Le projet de soin de l'enfant va faire l'objet d'enjeux importants pour le groupe de soignants, avec des tractations entre soignants dans les temps de l'interstitiel pour négocier des collaborations dans la co-animation des ateliers à médiations. Souvent ici, les soignants se co-optent ou se choisissent dans l'arrière-salle institutionnelle, en différence avec leur présence dans l'espace d'accueil où chacun doit être présent à partir du moment où il n'est pas occupé à travailler dans le cadre d'un atelier à médiation.

### **1.3. Une recherche à partir d'une clinique en impasse**

Ce projet de travail de recherche avec, comme objet central, le travail de soin institutionnel pour enfants psychotiques et autistes a émergé à partir d'une clinique quotidienne difficile et particulièrement éprouvante. Alors que je ressentais dans les tous premiers temps de mon arrivée au sein de cette institution une forte angoisse à l'idée de me retrouver dans un grand groupe de soignants, je percevais ces derniers comme solidement attachés, arrimés ensemble par le biais d'une théorie partagée implicitement, un savoir presque secret qui semblait les réunir, tous, sauf moi. Je ressentais comme un désarroi devant mon ignorance et s'est alors dessinée cette

---

<sup>5</sup> LHEUREUX-DAVIDSE Ch. (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre*. Paris : L'harmattan.

intention de mieux saisir ce qui se déployait sur cette grande toile du soin institutionnel.

### ***1.3.1. Du discours savant au chaos***

À l'hôpital de jour, nous nous trouvons sur un modèle classique de travail de soin institutionnel. Il est basé sur un ensemble théorique qui prône l'assemblage par la parole, de morceaux corporels et psychiques, épars et éparpillés d'un patient, déposés dans des espaces divers et différents au sein de l'institution ; ceci à partir d'une analyse de la relation transféro-contre-transférentielle. La groupalité est donc au centre. La réunion est le point pivot de cet assemblage, comme dispositif d'analyse. Elle se décline sous des formes variables et variées : d'équipe, clinique, de régulation, consultation familiale, etc. Chacune de ces réunions prend sa place dans cet ensemble de soin institutionnel avec des fonctions différentes, mais deux sont centrales dans ce dispositif : la réunion d'équipe et la réunion clinique. L'évocation de chacun des patients au long cours dans ces deux réunions vient organiser une mise en récit, chaque semaine, de ces éléments épars assurant ainsi, la réunion de ces morceaux, en parlant ensemble, afin que le patient soit perçu comme entier. Ceci paraît alors simple pour l'ensemble de l'équipe (sauf pour moi, alors nouvel arrivant). Ici, la parole foisonne, la dimension clinique semble être un exercice de haute voltige particulièrement bien exécuté. Le dispositif analysant mis en place semble efficient.

Cette forme de travail à plusieurs, de mise au travail en groupe pour soigner un enfant psychotique ou autiste, s'organise à partir d'une théorisation singulière du déploiement du transfert. Ainsi, J. Oury parle de « transfert dissocié » (Oury, 1976), F. Tosquelles de « constellation transférentielle » (Tosquelles, 1953). Mais je me rendais compte dans un second temps, que le sentiment d'échec jalonne le quotidien institutionnel : malgré toute la force du projet de soin de chacun des enfants, établi et pensé par l'ensemble, tenu lui-même par un projet d'unité de soin solidement organisé, ça se délite, ça se pulvérise, ça explose, ça détruit, ça se détruit en permanence, ça tourbillonne, ça virevolte.

Il y a en arrière-plan, comme un mouvement second de destruction, à l'œuvre en permanence, qui a pour effet de provoquer un épuisement de l'ensemble des membres de l'équipe où, chacun, tour à tour, devient alors le porte-voix de cette désespérance. Cette dernière vient se signifier sous forme d'un absentéisme perlé, essentiellement des personnes faisant partie de l'équipe de base, infirmier ou éducateur, en somme, les soignants de première ligne. Par ailleurs, régulièrement, comme souvent dans la vie des groupes, une personne semble être désignée comme « bouc émissaire », barrant alors la bonne marche du procès de soin. S'effectue ici comme un passage de relais qui a pour effet de permettre à l'ensemble institutionnel de tenir dans le temps, malgré les assauts du « mortifère » subis de manière répétitive. Par ailleurs, la dynamique groupale classique se déroulant au sein de l'équipe vient rajouter une dimension supplémentaire complexifiant et entravant alors un peu plus l'ensemble dans son fonctionnement.

### ***1.3.2. Entre complexité et attaques de la pensée***

Nous nous trouvons en présence d'un objet de pensée complexe, sur lequel E. Morin nous éclaire :

*« Quand je parle de complexité, je me réfère au sens latin élémentaire du mot « complexus », « ce qui est tissé ensemble ». Les constituants sont différents, mais il faut voir, comme dans une tapisserie, la figure d'ensemble. Le vrai problème, c'est que nous avons trop bien appris à séparer. Il vaut mieux apprendre à relier. Relier c'est-à-dire pas seulement établir bout à bout une connexion, mais établir une connexion qui se fasse en boucle. Du reste, dans le mot relier, il y a le « re », c'est le retour de la boucle sur elle-même »\* (Morin, 1995, p.45)*

---

\* MORIN E. (1995). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue internationale de systémique*, 9, (2), 45-56. Paris : éd. Afcet Dunod.



De plus, depuis ces dernières années, l'arrivée de différents courants et pratiques cliniques dites novatrices et aujourd'hui recommandées par les instances officielles donc reconnues comme plus efficaces dans le traitement des enfants psychotiques et autistes, a comme effet de redoubler les attaques qui viennent aussi de l'extérieur, achevant ainsi un peu plus, l'entame des processus de pensée et de créativité au sein de l'institution soignante qu'est l'hôpital de jour.

Pour certains patients, extrêmement souffrants, dont les symptômes persistent dans le temps, le sentiment est celui d'une équipe soignante mise en échec dans sa tâche primaire car trop envahie par une clinique du négatif et par des vécus d'attaques de liens. Chacun depuis sa place participe pourtant au déploiement du processus de soin, réfléchit, prête son appareil à penser mais rien n'y fait, la noria des répétitions mortifères des symptômes tourne sur elle-même. Le temps, lui, poursuit malgré tout son déroulement et l'enfant grandit, jusqu'à atteindre l'âge limite des douze ans ; ce qui va venir signer la fin de sa prise en charge légale par le groupe des soignants de l'hôpital de jour.

La fin du soin est bornée par une temporalité qui s'organise en termes légaux et administratifs et non par un processus soignant ayant atteint des objectifs suffisamment satisfaisants.

Cette temporalité a, par ailleurs, un effet structurant sur le système de soins mis en place car elle organise en fond, le temps de la prise en charge, tendant à contraindre par ce biais, ce que Jean-Pierre Pinel nomme l'homologie fonctionnelle. Ce dernier note :

*« Cette homologie est à la fois nécessaire en ce que les praticiens ont à s'identifier au contenu des identifications projectives injectés par les patients pour établir une relation thérapeutique, mais elle peut s'avérer pathologique lorsqu'elle abolit tout écart ou différenciation. Ainsi, dans certaines conditions groupales et institutionnelles, les aménagements psychotiques et autistiques vont-ils solliciter une forme d'engrènement (Racamier) telle que la pathologie se répercute sans butée à l'intérieur de l'équipe instituée en délitant les liens et les cadres personnels, groupaux et institutionnels. Dans ces*

*configurations, la pathologie psychotique et autistique tend à devenir l'organisateur de l'économie institutionnelle ».*<sup>7</sup> (Pinel & Morel, 2001, p.135)

Choisir cette tâche difficile et éprouvante comme objet central de ce travail de recherche consiste à tenter de trouver une ouverture, entrevoir des traces lisibles dans l'indicible de cette clinique aspirante et tourbillonnante. Ceci en s'attachant au plus près au mouvement processuel induit par le cadre-dispositif de soin proposé aux jeunes patients et à leurs familles, de tenter d'éclairer plus particulièrement les processus de symbolisation donc de subjectivation dans les problématiques psychotiques et autistiques.

C'est justement à cet endroit du mouvement processuel qu'une mise en défaut s'installe. D'une part, il est particulièrement difficile à saisir : les fils à suivre sont multiples, organisés dans des niveaux différents et en constante interaction, en résonance avec la diffraction du transfert qui se déploie dans cette clinique de la psychose et de l'autisme. Par ailleurs, ces fils semblent se briser, s'interrompre. D'autre part, ils semblent aussi se perdre dans une temporalité qui devient diffuse, pour ne pas dire coincée dans le temps de l'actuel. Ainsi, le procès en lui-même est ici mis à rude épreuve par cette clinique singulière, aspirante, qui a pour effet d'attaquer l'appareil mémoriel de groupe, effaçant au fur et à mesure des traces inscrites de l'histoire du patient au sein de l'appareillage du soin institutionnel.

À cela se rajoute tout le poids de la force économique de l'administration encadrante de l'hôpital qui représente le contenant premier de ce processus attendu comme soignant. Instance aujourd'hui de plus en plus exigeante quant à une efficacité économique qui prend comme fait organisateur premier, différents ratio sans grand lien avec le dispositif soignant.

---

<sup>7</sup> PINEL J.-P.& MOREL S. (2001). Psychose et institution : défenses paradoxales, anti-processualité et originaire évidé. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (36), 133-145. Toulouse : Erès.

### *1.3.3. Une tentative de mise en sens*

Ici, le cadre-dispositif proposé au sein de l'hôpital de jour est complexe. Il se construit dans un mouvement double :

Le premier servirait d'enclencheur à la dynamique de soin, dans l'intention de relancer les processus de symbolisation. Il s'étaie sur différents dispositifs tels que : un espace d'accueil (qui fait office de zone de transition, de lieu de passage qui précède et succède à chaque activité de soin), des ateliers à médiations (peinture, modelage, poney), des temps de repas dits thérapeutiques et la consultation familiale.

Le second, indissociable du premier, va venir tenter un travail d'élaboration de la relation transféro-contre-transférentielle en prenant appui sur cette dynamique première. Ce travail de pensée a aussi comme effet de détoxifier les vécus intenses des soignants, empreint de négativité. Ce dispositif-analysant va s'organiser à partir de différents espaces groupaux que sont : la réunion d'équipe, la réunion clinique, les reprises post-groupes, les temps de régulation des différents ateliers à médiations, la supervision de l'équipe.

Ce dispositif-analysant en groupe dont les formats sont variables, s'inscrit dans une rythmicité et une temporalité singulières à chacun des petits ou grands groupes. Il a comme intention implicite d'enrichir, et, de fait aussi, de modifier les représentations de chacun des soignants, au sujet de chacun des patients. Ceci a pour effet de remanier la qualité de contact du soignant avec chacun des patients et à partir de là, d'offrir à ce dernier l'accès à de nouvelles expériences intra et intersubjectives, enrichissantes et structurantes car de plus en plus complexes.

Nous nous trouvons donc en présence d'un dispositif de soin à double formant. L'efficacité de ce dernier sera opérante si, l'institution du côté de l'équipe soignante dans son ensemble, se présente comme suffisamment souple et suffisamment ouverte pour laisser à chacun le libre accès à la parole. Cette malléabilité nécessaire pourra être assurée grâce à un fond institutionnel suffisamment solide. Le fond institutionnel comprend un ensemble d'objets, de sujets, de traces qui constituent le fondement historique de l'institution qui viendrait garantir son existence dans le temps et l'espace.

Ce fond institutionnel prendrait appui sur des éléments archaïques, des éléments conscients ou refoulés et réels. Ces derniers vont servir de point de certitude d'existence permanente et d'indestructibilité, offrant dès lors la possibilité d'une circulation de la parole de chacun, et assurant ainsi une continuité dans la construction autobiographique de l'institution. En ce sens,

*« Ce travail collectif du penser accomplit une des fonctions capitales des institutions, qui est de fournir des représentations communes et des matrices identificatoires : donner un statut aux relations de la partie et de l'ensemble, lier les états non intégrés, proposer des objets de pensée qui ont un sens pour les sujets auxquels est destinée la représentation et qui génèrent des pensées sur le passé, le présent et l'avenir ; indiquer les limites et les transgressions, assurer l'identité, dramatiser les mouvements pulsionnels (...) »\* (Kaës, 1987, p.4 )*

À partir de ce fond institutionnel peut prendre forme un projet de groupe : un ensemble va alors se constituer, composé de sujets. Le concept de « contrat narcissique », élaboré par P. Castoriadis-Aulagnier en 1975 et repris par R. Kaës nous éclaire ici

*« Le concept de contrat narcissique (...) rend compte (...) des rapports corrélatifs de l'individu et de l'ensemble social : chaque nouveau venu doit investir l'ensemble comme porteur de la continuité et réciproquement, à cette condition, l'ensemble soutient une place pour l'élément nouveau. Tels sont, schématiquement, les termes du contrat narcissique : il exige que chaque sujet singulier prenne une certaine place offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix qui, avant chaque sujet, a tenu un certain discours conforme au mythe fondateur du groupe. Ce discours, chaque sujet d'une certaine manière doit le reprendre. C'est par lui qu'il est relié à l'Ancêtre fondateur »\* (Kaës, 2003, p. 29)*

---

\* KAËS R. (1987). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans Kaës R. (Eds), *L'institution et les institutions*, (pp. 1-46). Paris : Dunod, 2003.

\*Ibid

Ce fond institutionnel doit être suffisamment solide et suffisamment contenant pour permettre à l'équipe soignante de supporter la forte intensité de la souffrance psychique des jeunes patients dont le déploiement est favorisé par l'agencement du cadre-dispositif. C'est à dire que dans son projet, l'institution veut favoriser le déploiement d'un matériel transférentiel essentiellement à partir des ateliers à médiations thérapeutiques. Malgré des précautions prises par l'institution pour analyser tant les vécus contre-transférentiels que le matériel transférentiel, cela n'empêchera pas à l'équipe de vivre le non-sens du chaos, ce qui aura pour effet d'altérer vivement sa capacité à penser. Ainsi, classiquement, l'institution est attaquée dans son processus de cohésion et de liaison. Le dispositif de soin va alors s'organiser dans une tension permanente, un écart, entre une pensée maîtrisée voire placée sous emprise par l'institution elle-même et une libre circulation de la parole de l'ensemble, dans et par l'ensemble.

Ces réflexions préliminaires permettent de poser désormais les questions suivantes : Comment s'organise les transferts à partir d'une telle complexité ? Comment pouvons-nous les appréhender ? C'est aussi se demander : comment, chez l'enfant psychotique, se noue le transfert ?

## 2. PARCOURS MÉTHODOLOGIQUE ET HYPOTHÈSES

D'emblée, il me faut dire toute la difficulté dans laquelle j'ai été plongé dès le départ de cette réflexion, au sujet de l'écart à tenir entre le projet institutionnel auquel je participe et le travail de recherche dans lequel je me suis alors engagé. Il s'agissait pour moi de tenir, dans cet espace ténu de l'entre-deux, dans une position au mieux de chercheur en action, et au pire de prendre conscience à minima des effets de l'emprise institutionnelle. Bien évidemment, le point central de ce travail était dès le début à l'œuvre, l'exergue de mes mouvements contre-transférentiels singuliers qui allaient organiser le déroulé de cet écrit. Il a été difficile dans un premier temps d'accepter de penser que la haine dans un retournement en empathie et compassion pour ces jeunes patients organise le processus de soin et aussi que le négatif est un point central du travail en équipe.

Penser à partir de là, construire une méthodologie a été particulièrement difficile, d'autant plus que je rappelle le fait que je travaille au sein de l'équipe à observer. G. Devereux invite à s'attarder sur les conditions de l'observé tout en incluant celles de l'observateur,

*« Quelle que soit la convention qui garantit que « A est l'observateur » et « B l'observé », tous deux agissent en observateurs ; leur soumission même à cette convention implique à la fois prise de conscience réciproque et auto-observation. Le fait que chacun des deux est pour lui-même « l'observateur » et « l'observé » pour l'autre est à la base de toutes les*

*(soi-disant) perturbations qui résultent de l'exécution de l'expérience »<sup>10</sup> (Devereux, 1980, p. 61)*

À partir de ce constat, le plus rassurant a été dans un premier temps de demander à deux étudiants en psychologie, l'un inscrit en master 1 et l'autre en master 2 professionnalisant, de l'aide dans le recueil de données. Cela a consisté à prendre en notes deux temps de réunions, l'une appelée « réunion d'équipe », l'autre « réunion clinique » sur neuf mois, ce qui représente une somme conséquente de matériel clinique. Les temps de réunions sont des espaces pivots du travail de soin institutionnel, ils viennent border l'institution par une scansion, organisant à partir de là, la question de la temporalité institutionnelle. P. Marciano, note que les réunions

*« Ont aussi une action de synchroniseur pour le temps qui passe en ajoutant leur incidence aux autres moments forts de l'institution »<sup>11</sup> (Marciano, 2009, p. 110)*

Pour P. Delion,

*« Il ne paraîtra pas surprenant que le principal opérateur de cette vaste politique de soins intensifs soit la réunion. Si, pour Oury, il s'agit d'un concept qui organise le collectif, Rothberg insiste sur les trois niveaux fonctionnels des réunions dans les équipes soignantes : un premier qui permet l'échange d'informations, un deuxième qui permet de partager les décisions quand c'est possible, et un troisième qui permet ce qu'elle appelle les échanges affectifs »<sup>12</sup> (Delion, 2011, p.140)*

Plus tard, dans le déroulé de notre entreprise, nous avons pris appui sur d'autres notes écrites, organisées dans l'après-coup des temps de « réunion clinique » par les

---

<sup>10</sup> DEVEREUX G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier.

<sup>11</sup> MARCIANO P. (2009). *L'hôpital de jour pour enfants*. Toulouse : Erès.

<sup>12</sup> DELION P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne*. Paris : Dunod.

soignants dits « de base », infirmiers et éducateurs ; notes qui organisent le dossier du patient, au long cours de sa prise en charge, consultables à leur demande par les parents de l'enfant et l'enfant lui-même. Elles ont donc un caractère officiel et traduisent en langage adapté ce qui a fait l'objet d'échanges et de débat au sein de l'équipe pendant la réunion. Un matériel supplémentaire est venu compléter ce tableau et ce, de manière surprenante, il s'agit d'un recueil de données du matériel que je nommerai « interstitiel », à partir d'échanges informels au temps du café, à la cuisine, lors des différents moments de régulation de l'équipe dans son ensemble ou par sous-groupe institués par le projet institutionnel. L'interstitiel est « envisagé » par R. Roussillon

*« En terme d'espace, l'interstice désigne les lieux institutionnels qui sont communs à tous, lieux de passage (couloir, cafétéria, bureau de la secrétaire, cour, salle des infirmiers, des professeurs, seuils des portes de bureau etc.). Ce sont des lieux de passage, même s'il arrive qu'on s'y attarde, des lieux de rencontre, des temps qui s'insinuent entre deux activités institutionnelles définies, structurées et vécues comme telles »<sup>13</sup> (Roussillon, 1987, p. 165)*

Le matériel ainsi recueilli s'est accumulé, au départ, à mon insu : c'est le caractère répétitif des propos et leur tonalité qui a retenu mon attention.

## 2.1. Régulation et espace interstitiel

J'assume alors une fonction de psychologue dit « institutionnel » en proposant différents temps de régulation : équipe, ateliers à médiations. La régulation, comme son nom l'indique, a pour effet de réguler. De manière explicite, elle vient permettre

---

<sup>13</sup> ROUSSILLON R. (1987). Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice. Dans Kaës R. (Eds), *L'institution et les institutions*, pp. 157-178. Paris : Dunod. 2003.



l'analyse dans l'après-coup de la relation transféro-contre-transférentielle se déployant au sein de ces différents espaces de soin et de manière implicite, elle aurait pour fonction d'unifier ou de régler les tensions intersubjectives inhérentes à toute groupalité, ici, le groupe des soignants. Je reprendrai ici, avec René Roussillon que

*« Le non mentalisé, l'informe, est lui aussi en quête de lieux où « déposer », d'espaces où se « mettre en réserve en latence. Ce qui ne peut s'officialiser dans la structure institutionnelle, se faire reconnaître, trouver forme collectivement acceptable, doit trouver un mode d'existence individuel et groupal qui, tout à la fois doit être suffisamment protégé pour ne pas être détruit ou obligé à un enkystement qui en rendrait l'élaboration ultérieure difficile et en détruirait la valeur potentielle mais suffisamment exprimée, pour qu'une certaine « reprise » ultérieure reste possible. »<sup>14</sup> (Roussillon, 1987, p.159)*

Dans les entre-deux (espaces), ces paroles informelles circulant sont, au fil du temps, venues se sédimenter jusqu'à se transformer dans et avec le temps en matériel clinique.

Deux axes se dessinent alors : le premier concerne l'institution non seulement dans sa fonction de contenance, à partir d'un arrière fond organisé par le dispositif analysant et le second par un matériel brut déposé par les patients, sous forme diffractée et chaotique, en attente de transformation en matériau clinique.

Un point commun, un point de nouage se dessine entre ces deux axes : il s'agit de l'espace interstitiel comme lieu de dépôt ou de représentation scénique de la matière brute ou de la trace (au sens de Freud), en attente de transformation. Trace en double, mise en mouvement d'une part du côté des patients à partir du dispositif des ateliers à médiations et d'autre part, du point de vue du groupe des soignants par la vie de sa groupalité.

La question de la contenance est centrale ici, elle vient convoquer de manière plus précise à la qualité voire aux différentes qualités de cette contenance ; ceci, en fonction des jeux et enjeux affectifs circulant au sein de la groupalité des soignants à partir de ses différentes configurations et dimensions.

---

<sup>14</sup> Ibid.

## 2.2. Un modèle paradigmatique du soin en psychothérapie institutionnelle

Le cadre-dispositif de soin à plusieurs est construit comme un ensemble en emboitements. Il va venir prendre appui sur des groupalités variables par leurs formes organisationnelles. C'est donc une prise en charge pluri-focale qui induit un procès complexe. Le groupe de soignants peut alors être envisagé comme un noyau organisateur de l'enveloppe de soins où la qualité des liens intersubjectifs ainsi que la qualité de présence tiennent une place centrale tout autant que le processus d'élaboration qui va ensemble. Ce dispositif complexe et compliqué, dont le socle est l'appareil de langage, va permettre l'émergence et le déploiement d'une chaîne associative groupale. Nous assistons alors à un déploiement polyphonique et à une indiscurtivité associative ; selon R. Kaës qui

*« Appelle indiscurtivité le maillage des énoncés dès lors qu'ils se produisent dans un réseau intersubjectif qui, pour une part, en organise l'économie et le sens. L'interdiscurtivité est condition de la parole du sujet. Que plusieurs sujets, réunis en groupe, soient invités à associer librement créé un rapport spécifique entre le discours de chaque sujet singulier et le discours qui se produit d'être tenu par la succession des sujets groupés »<sup>15</sup> (Kaës, 2014, p.131)*

Une chaîne associative institutionnelle polyphonique se déroule alors, à laquelle participe chaque patient et chaque soignant par sa présence dans le quotidien et ce sera par le biais d'une analyse contre-transférentielle que le processus soignant pourra opérer. Cette chaîne associative groupale va donc faire l'objet d'une attention singulière

---

<sup>15</sup> KAËS R. (2014). *Un singulier pluriel*. Paris : Dunod.

dans son déroulement, dans le cadre des deux réunions précitées : réunion d'équipe et réunion clinique. Nous pouvons envisager ces dernières comme des zones communes d'expériences et transitionnelles. Par ailleurs, ces espaces en groupe jouent un rôle fondamental dans le processus de liaison de l'activité de soins de l'ensemble institutionnel. Ainsi, dans le cadre de ces réunions, l'évocation des ressentis individuels de chacun des soignants avec chacun des enfants laisserait émerger dans ce temps de l'après-coup, un vécu émotionnel se transformant en vécu d'affects. Ces derniers, suffisamment contenus par la groupalité, deviennent partageables en groupe et donc, représentables.

Le groupe a alors une fonction de conteneur. Il offre la possibilité de nommer la violence des vécus émotionnels, chargés d'un trop d'intensité. Sinon, cela pourrait venir entraver les nécessaires liaisons psychiques jusqu'à les détruire. Nous nous trouvons dans un dispositif symbolisant où le groupe des soignants ou plus largement « l'appareil psychique institutionnel » peut être envisagé comme un espace intermédiaire, une interface dans une fonction pare-excitante entre le patient et sa psyché.

Ces différents espaces de réunion sont des lieux de co-production, de co-construction de pensées. Ils ont pour objet d'étayer et de soutenir le processus d'élaboration de l'équipe en groupe et ce, à partir des vécus d'expériences relationnelles, avec chacun des patients et chacun des membres de l'équipe.

Dans le passage au langage s'organise un récit polyphonique et polymorphique dont la narration aurait à être appréhendée à plusieurs niveaux qui s'interpénètrent : groupale, institutionnelle et soignante. Une intrication qui oblige à une écoute singulière de la chaîne groupale qui se déroule, sans quoi le risque de déliaison est grand.

En effet, nous trouvons dans un même espace groupal des histoires et des temporalités différentes qui se rencontrent, se télescopent, s'enchevêtrent, jusqu'à la confusion possible. Confusion qui, si elle perdure trop, risque de venir entraver le processus de soin en le recouvrant par la tentative éperdue et insistante de l'institution à vouloir élaborer à tous prix ses propres traumatismes, ses propres conflits. Ce risque de confusion menace en permanence la tâche primaire.

Le contenu de chacune des deux réunions -institutionnelle et clinique- a un objet qui est défini au préalable par un ordre du jour établi et par le socle implicite du contrat de l'équipe basé sur la règle de la libre association. De cette manière, chaque membre de

l'équipe est libre de prendre la parole et de s'exprimer au moment où il le souhaite.

### **2.3. Critères d'autoévaluation du soin partagés par l'équipe**

Le cadre et le dispositif de travail à plusieurs, présuppose une certaine communauté de pensées, avec des conditions et des moyens qui permettent la création et le maintien d'un noyau cohésif de l'identité institutionnelle pour ainsi supposer offrir au patient, un espace de soin suffisamment contenant et dans le même temps suffisamment malléable.

Ainsi, l'impossibilité pour l'enfant à être seul en présence de l'autre, par défaut de « se sentir », défaut « du sentiment de soi », est une hypothèse de base partagée par l'équipe de soin. Une autre hypothèse partagée concerne l'incapacité première de l'enfant à créer des liens et à les maintenir suffisamment vivants, dans l'instant et dans la durée. En ce sens, chacun des soignants de l'équipe semble partager ensemble, l'idée fondamentale selon laquelle, la fonction miroir du groupe et de l'environnement où s'adjoit une qualité d'investissement de l'objet est centrale dans le bon déroulement du processus de soin et plus précisément, le plaisir éprouvé dans le contact avec l'enfant. Cette fonction « miroir » fait référence aux travaux de Winnicott, lorsque ce dernier souligne toute l'importance du visage de la mère comme « miroir primitif » et de Bion avec la fonction alpha de la mère dans sa capacité à détoxifier les éléments bêta pour l'enfant.

En ce sens, l'institution, par ses bords déployés grâce au « holding du holding » et en même temps suffisamment repérés par le groupe des soignants, garantit une fonction de contenance. Elle peut alors se prêter à être le réceptacle des angoisses et des pulsions déployées par les patients et le groupe des patients ; ces derniers deviendront alors potentiellement transformables.

Dans le même temps, l'équipe soignante, et le travail d'élaboration qu'elle soutient grâce à son cadre, devient l'objet d'un mouvement anti-processuel qui

s'organise à partir de la problématique des patients dont elle a la charge. J.-P Pinel, nous propose une hypothèse fort intéressante selon laquelle les équipes institutionnelles qui s'occupent de patients psychotiques ou autistes

*« Ont à affronter des mécanismes de déliaison qui suscitent un mode de fonctionnement collectif, aspiré vers l'homologie fonctionnelle. Cette homologie est à la fois nécessaire en ce que les praticiens ont à s'identifier au contenu des identifications projectives injectés par les patients pour établir une relation thérapeutique, mais elle peut s'avérer pathologique lorsqu'elle abolit tout écart et toute différenciation. Dans ces configurations, la pathologie psychotique et autistique tend à devenir l'organisateur central de l'économie institutionnelle »<sup>16</sup> (Pinel & Morel, 2001, p133)*

Dans le déroulé de ces différentes réunions, des phénomènes de brouillage se trouvent être d'emblée partie intégrante du processus. Ils ont pour effet de couper, de cisailer par exemple une pensée qui tente de s'organiser en introduisant une piste de réflexion différente.

Dans le cadre de ce travail de recherche, mon propre contre-transfert est aussi convoqué et c'est ce qui va permettre ou non d'ouvrir le plus largement possible la problématique évoquée. Ceci n'est pas sans rappeler ce que G. Devereux souligne

*« C'est le contre-transfert plutôt que le transfert qui constitue la donnée la plus cruciale de toute science du comportement, parce que l'information fournie par le transfert peut en général être également obtenue par d'autres moyens, tandis que ce n'est pas le cas pour celle que livre le contre transfert »<sup>17</sup> (Devereux, 1980, p15)*

Ceci me ramène à la mémoire des effets de saisissements, des affects de colère voire de haine envers l'équipe. Comme si, avec chaque sujet pris un à un ou en petit

---

<sup>16</sup> PINEL J.-P. & MOREL S. (2001). Psychose et institution : défenses paradoxales, anti-processualité et originaire évidé. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (36), 133-144. Toulouse : Erès.

<sup>17</sup> DEVEREUX G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier.

groupe, la pensée pouvait circuler de manière suffisamment harmonieuse et venir s'échouer et s'aplatir sur les bords du grand groupe. Une circulation de la pensée alors trop libre, que personne y compris moi-même ne peut maîtriser, provoquant du découragement, de l'épuisement et un sentiment d'échec persistant.

Ainsi, dans le soin à plusieurs, le cadre institutionnel pourrait être envisagé dans son ensemble comme un objet contenant qui offrirait à l'enfant une occasion supplémentaire de reprendre ce qui s'est arrêté, ce qui n'a pu avoir lieu dans sa rencontre avec l'objet primaire, entravant dès lors le déploiement de son processus de subjectivation. Le cadre de soin institutionnel serait alors comme un double, un miroir, se situant aux deux endroits de l'objet et du lien intersubjectif. Et par sa qualité réflexive d'ensemble, il permettrait à l'enfant de re-prendre et de transformer des points de désymbolisation primaire. Nous pourrions envisager le cadre de soin institutionnel dans son ensemble comme un appareillage psychique institutionnel, fondamental pour le travail de transformation des faits divers en faits cliniques, fondée sur une analyse du contre-transfert en groupe.

## 2.4. Hypothèses

### 2.4.1. *Première hypothèse*

Un vécu d'échec dans le processus de soin pourrait être à l'origine d'une relance de l'élaboration de l'équipe de soin, à condition qu'il soit repéré comme une réactualisation d'un fragment non intégré de l'histoire du sujet, qui se répèterait sur la scène institutionnelle.

### 2.4.2. *Deuxième hypothèse*

L'interstitiel le lieu à partir duquel s'organise un transfert en chaîne de transferts : l'espace d'accueil est une zone d'activité libre où le jeune patient en présence et avec d'autres, remettrait en scène tout le travail de réactualisation de son lien aux objets primordiaux relancé par la dynamique des ateliers à médiation dont il bénéficie. Se trouvent alors convoqué sur la scène de cet espace de transition, un transfert multifocal organisé en chaîne dont l'objet central serait de les lier ensemble grâce à la lecture d'un autre en présence et ainsi, permettre le travail de figurabilité psychique.

### *2.4.3. Troisième hypothèse*

Dans un soin institutionnel pour enfants psychotiques et autistes, la problématique centrale est celle de la différenciation Moi/Non Moi, et le sujet émerge d'abord sous la forme d'îlots moïques. Parmi ces îlots moïques, certains sont subjectivés et repérés dans des processus transférentiels au sein des cadres dits thérapeutiques, mais d'autres en attente de subjectivation se manifestent dans des agieren destructeurs, au sein des espaces interstitiels. Le transfert suppose donc des parties non intégrées qui cherchent un lieu d'intégration et, pour ce faire, attaque de préférence des espaces de transition dans la vie institutionnelle.

### *2.4.4. Quatrième hypothèse*

La méthodologie fondamentale de la prise en charge institutionnelle se fonderait sur un transfert de transferts des enfants dans le cadre de réunions institutionnelles. L'analyse de ces processus transféro-contre-transférentiels permettrait à ces îlots, dans un temps second, de se lier entre eux, en appui sur le déploiement plurifocal de la chaîne contre- transférentielle s'organisant dans le cadre des réunions.

### *2.4.5. Cinquième hypothèse*

Les processus non subjectivés se manifestent particulièrement dans le registre sensorimoteur, sur lequel se focalisent les soignants. Le corps, dans les temps



premiers de l'hospitalisation, est le point pivot de l'attention et l'espace de réunion est ici envisagé comme un appareillage à penser puis à réfléchir les expériences sensori-motrices de l'enfant, non encore liées entre elles. Ces manifestations sensori-motrices sont déployées à partir des effets de soin, relancées par les dispositifs à médiations, vecteurs des processus sans sujet qui se mettent alors en figuration secondairement dans les formes primaires de symbolisation sur la scène institutionnelle.

#### *2.4.6. Sixième hypothèse*

Le cadre-dispositif de soin s'institue comme une remise en scène de la figure du double, en échec de réflexion première. La scène institutionnelle comme figure du double serait le point nodal de l'ensemble processuel soignant avec comme organisateurs fondamentaux de la rencontre première entre l'enfant et l'ensemble institutionnel, différentes figures du mortifère telles que la haine et la pulsion de mort. Chaque partie de l'ensemble fait appel à une autre comme un double spéculaire en échoïsation ou plutôt comme un appareil à penser, à transformer en paroles les agirs corporels, les mises en mouvement du corps de l'enfant en attente de symbolisation. En réunion, le groupe de soignants construit dans l'après-coup, une mise en récit, un ensemble narratif à partir des différentes expériences de rencontre avec l'enfant, transformant ainsi, au long cours du processus de soin, les mouvements corporels (et des patients et des soignants) en formes et en signes. Un vécu d'affects émerge alors en groupe et ouvre à une potentialité langagière. En somme, une transformation opère à partir de la matière corporelle en une matière psychique, à l'intérieur de ces espaces de réunion.

Trois situations cliniques vont nous permettre de mettre à l'épreuve ces hypothèses avec cependant toutes les limites évidentes d'une telle recherche basée sur la clinique. Cette dernière devient mouvante au gré de l'avancée de la réflexion, elle s'expose alors à des modifications prégnantes dans le but de démontrer à tout prix. Et pour tenter de limiter ces effets, nous avons choisi non pas d'apporter des preuves mais d'utiliser le matériel clinique comme support au déploiement d'un processus théorique le plus vivant possible avec toute la difficulté de trouver et de conserver cet écart nécessaire afin de permettre le déroulé de la pensée théorico-clinique. Il s'agit d'Anaïs, de Nabil et de Jean. Ces trois enfants ont fréquenté l'hôpital de jour sur un temps relativement long qui se situe dans une moyenne de cinq années.

# 3. PARCOURS HISTORIQUE DES THÉORIES DU SOIN INSTITUTIONNEL ET DES MODÉLISATIONS DU CHAMP TRANSFÉRENTIEL EN INSTITUTION

## 3.1. Des centres de guidance infantile à l'hôpital de jour

Dans un temps premier, ce sont des centres de guidance infantile qui voient le jour en France. Ils sont organisés sur le modèle anglo-saxon et se situent entre autre, dans le prolongement des travaux de Anna Freud et de August Aichhorn dans les années 1920-1930 à Vienne. La mise en place de la « Hampstead Clinic » à Londres par Anna Freud en serait un aboutissement. Cette appellation « centre de guidance » prendrait sa source sur le « Juvenile Psychopathic Institute », créé par William Healy et Augusta Bronner à Chicago en 1909. L'objet premier de ce Centre était la prise en charge de la délinquance juvénile. Il s'est par la suite ouvert sur l'accueil d'autres types de pathologies.

En France, les centres de guidance infantile ont connu la même évolution dans le temps, et tout en gardant cette dénomination, ils se sont rapidement ouverts sur l'accueil de différents types de pathologies par une équipe que nous pourrions appeler aujourd'hui pluridisciplinaire.

Il ne s'agissait pas dans ces lieux de prescrire selon S. Lebovici de « véritables cures psychanalytiques » mais « d'appliquer la psychanalyse de l'enfant » par d'autres voies : rééducative, d'accompagnement au changement du milieu environnemental de l'enfant.

Un peu plus tard, autour de 1950, les centres médico-psychologiques sont créés via les hôpitaux psychiatriques par des médecins psychiatres. Daumézon et Bonnafé sont les premiers médecins à en assurer la gestion. Cette dernière s'organisera selon le modèle

des Centres de guidance.

La notion de sectorisation, quant à elle, va prendre forme à partir du Centre de santé mentale infantile du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, créé par Ph. Paumelle et S. Lebovici en 1954. Cette institution est originale dans sa proposition de fonctionnement : elle prône la continuité des soins tout en limitant le travail à une population géographiquement proche par une équipe de « secteur » dirigée par un psychanalyste. Par ailleurs, elle souligne la nécessité de rester suffisamment souple dans sa structure afin de répondre aux besoins et ainsi être en capacité de modifier ou de créer des dispositifs de soin les plus adaptés possibles.

Trois nouveaux sous-secteurs voient le jour en 1958 et en 1963, six équipes de sous-secteurs vont constituer le Centre Alfred-Binet. Ces différents dispositifs sont officiellement habilités en 1961 par la signature d'une convention liant le Centre à l'État et à la Sécurité Sociale.

C'est donc ce dispositif novateur qui va servir de modèle à plus grande échelle et l'administration fera le choix, à la suite de travaux menés au sujet de la psychiatrie infantile entre 1960 et 1975, de l'appliquer à un niveau national. La rédaction d'un texte réglementaire, en date du 16 mars 1972, va donc officialiser la création des « intersecteurs de psychiatrie infanto juvénile » ; ce dernier indiquant la possibilité de création d'un centre de consultations pour une population comprise entre 100 000 et 200 000 habitants. Outre le centre de consultations, il sera possible de créer dans chaque intersecteur des hôpitaux de jour, des internats ou des services d'hospitalisation.

La psychanalyse ou le modèle psycho-dynamique est le point pivot à partir duquel s'organisent les axes fondateurs de ce dispositif de soin dans son ensemble.

## 3.2. L'hôpital de jour

Dans l'organisation de cet ensemble sectoriel, l'hôpital de jour va être un élément central du dispositif. Il voit donc le jour dans le courant des années 1970 et prendra son essor au fil des années suivantes, remplaçant progressivement les unités d'hospitalisation à temps plein, jugées pour le moins inefficaces car trop lourdes et rappelant le système asilaire.

La Fondation Vallée créée par Roger Misès en 1966 en sera le précurseur et en collaboration avec S. Lebovici, ils vont par une approche multidimensionnelle, refonder la prise en charge de patients jusque-là considérés comme des « arriérés à caser ». Ainsi, R. Misès souligne :

*« Les mécanismes de réintégration soutenus par la cure mènent souvent à d'heureuses transformations, lorsqu'on agit tôt et avec des moyens suffisants »<sup>18</sup> (Misès & Perron, 1981, p218)*

Par ailleurs, Maud Mannoni va être le maître d'œuvre du Centre de Bonneuil. D'abord externat spécialisé, ce dernier sera ensuite agréé en 1975, comme hôpital de jour. Michel Soulé, en 1971, sera le créateur du premier hôpital de jour consacré aux très jeunes enfants.

D'autres structures vont au fil du temps naître dans toutes les régions françaises, conformément au texte réglementaire du 15 mars 1960. Mais ce sera la circulaire du 16 mars 1972 qui apportera de véritables précisions quant à la fonction d'un hôpital de jour pour enfants :

---

<sup>18</sup> MISÈS R., PERRON R. (1981). *Retards et perturbations psychologiques chez l'enfant. Facteurs et conditions d'apparition, modalités évolutives, repérages et prise en charge*. Paris : CTNERHI.

*« L'hôpital de jour accueille des sujets atteints de maladies mentales évolutives, psychose, névroses graves, déficiences intellectuelles dysharmoniques avec troubles prévalents de la personnalité, quel que soit le chiffre du quotient intellectuel. Il s'agit d'enfants et d'adolescents dont l'état requiert la mise en œuvre de thérapeutiques médicales complexes et intensives. Il faut pouvoir disposer de toutes les techniques de la psychiatrie infanto-juvénile et en particulier des techniques d'inspiration psychanalytique. La primauté de la dimension thérapeutique est indispensable. Cela n'exclut pas bien au contraire, la présence d'un personnel éducatif et enseignant qui s'intègre à l'action thérapeutique »<sup>19</sup>*  
(Extrait de la circulaire du 16.03.1972)

L'unité institutionnelle hospitalière que représente l'hôpital de jour pour enfants a largement bénéficié des travaux de recherche menés du côté de la prise en charge des adultes dans le cadre de la « psychothérapie institutionnelle ».

### **3.3. Au sujet de la psychothérapie institutionnelle : quelques repères historiques fondamentaux**

La psychothérapie institutionnelle s'inscrit avant tout dans un mouvement, une démarche, dont le socle est le politique et le processus soignant. Elle a pour objet central la prise en charge des psychoses.

Ce mouvement découle d'un long cheminement qui s'inscrit dans le temps. Nous pouvons distinguer une première époque qui va de la fin du 18<sup>ème</sup> siècle au tout début du 20<sup>ème</sup> siècle, avec comme premier instigateur révolutionnaire, Philippe Pinel (1745-1826). À partir de la publication de son ouvrage en 1801, dont le titre est « *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* », Pinel va permettre de porter un autre regard sur les aliénés. Ces derniers pourront être l'objet de soin de la part de médecins,

---

<sup>19</sup> Extrait de la circulaire du 16 mars 1972.

correctement traités et même guéris grâce au « traitement moral » qui leur sera prodigué. Cet ouvrage connaîtra un rayonnement international. Dans cette même lignée, son élève Jean-Etienne Esquirol va soutenir sa thèse de médecine en 1805 avec pour titre « *Des passions considérés comme Causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* ». Trois ans plus tôt, en 1802, Esquirol a fondé le premier établissement psychiatrique français dirigé par un médecin. En 1822, il écrit

*«une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales»<sup>20</sup>*  
(Esquirol, 1838, p398)

Dans le prolongement, l'année 1838 voit la parution de la loi sur les aliénés, dite « Esquirol », signée par Louis-Philippe qui va organiser pendant 150 années, le soin apporté aux aliénés, tant du côté des établissements de soins que du côté des placements des déséquilibrés. Mais cela n'aura pas été suffisant car le « traitement moral » sera supplanté entre autre par les travaux de Antoine Bayle qui établit en 1822, un lien entre l'infection syphilitique et le délire de grandeur. Dès lors et pendant une grande partie du XIX<sup>ème</sup> siècle, une école « somatiste » va régner sur la psychiatrie française.

Une seconde période se dessine après la première guerre de 14-18 avec notamment S. Freud qui, particulièrement marqué par les désastres qui en découle, va prononcer un discours précurseur devenu essentiel, en septembre 1918 à Budapest au V<sup>ème</sup> Congrès International Psychanalytique :

*« Pour conclure, je tiens à examiner une situation qui appartient au domaine de l'avenir et que nombre d'entre vous considéreront comme fantaisiste mais qui, à mon avis, méritent que nos esprits s'y préparent. Vous savez que le champ de notre action thérapeutique n'est pas très vaste. Nous ne sommes qu'une poignée d'analystes et chacun*

---

<sup>20</sup> ESQUIROL J.-E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. Marseille : Jeanne Laffitte éd, 1982.

*d'entre nous, même en travaillant d'arrache pied, ne peut en une année, se consacrer qu'à un très petit nombre de malades. Par rapport à l'immense misère névrotique répandue sur la terre et qui, peut-être pourrait ne pas exister, ce que nous arrivons à faire est à peu près négligeable (...) On peut prévoir qu'un jour, la conscience sociale s'éveillera et rappellera à la collectivité que les pauvres ont les mêmes droits à un secours psychique qu'à l'aide chirurgicale qui lui est déjà assurée par la chirurgie salvatrice. La société reconnaitra aussi que la santé publique n'est pas moins menacée par les névroses que par la tuberculose. Les maladies névrotiques ne doivent pas être abandonnées aux efforts impuissants de charitables particuliers. À ce moment là, on édifiera des établissements, des cliniques, ayant à leur tête des médecins psychanalystes qualifiés et où l'on s'efforcera, à l'aide de l'analyse, de conserver leur résistance et leur activité d'hommes, qui sans cela, s'adonneraient à la boisson, à des femmes qui succombent sous le poids des frustrations, à des enfants qui n'ont le choix qu'entre la dépravation et la névrose. Ces traitements seront gratuits (...) Nous nous verrons alors obligés d'adapter notre technique à ces conditions nouvelles (...) Tout porte à croire que, vu l'application massive de notre thérapeutique, nous serons obligés de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe. Parfois même, nous devons comme dans le traitement des névroses de guerre, faire usage de l'influence hypnotique. Mais quelle que soit la forme de cette psychothérapie populaire et de ses éléments, les parties les plus importantes, les plus actives demeureront celles qui auront été empruntées à la stricte psychanalyse dénuée de tout parti pris »<sup>21</sup> (Freud, 1918, p.140-141)*

Nous trouvons ici les prémices qui ouvrent vers la perspective de la psychothérapie institutionnelle, tel un véritable étai.

Plus tard, des praticiens et chercheurs originaires de pays anglo-saxons, viennent enrichir par leurs apports, la réflexion et la pratique clinique des soins institutionnels en France. Ainsi, aux Etats-Unis, plus précisément à Chicago, un médecin, Harry Stack Sullivan va créer et diriger entre 1936 et 1947, un établissement de soins psychiatriques avec des psychanalystes tels que Frieda Fromm-Reichmann et Harold Searles. Ce

---

<sup>21</sup> FREUD S. (1918). Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 131-141) (tr.fr). Paris : Puf, 2002.



dernier sera destiné essentiellement à des patients psychotiques. Ces praticiens vont à partir de leur pratique, développer les principes d'une psychothérapie institutionnelle.

Par ailleurs, Kurt Lewin, psychologue d'origine allemande devenu américain en émigrant en 1933 face à la montée du national-socialisme, va dégager à partir de sa « recherche-action », le principe fondateur de « dynamique de groupe ». D'autre tel que Jacob-Lévy Moréno, fondateur du psychodrame (1930) et de la sociométrie va être un des précurseurs de la psychothérapie de groupe.

Du côté de l'Allemagne, un psychiatre illustre, Hermann Simon, publie en 1929, un ouvrage fondateur, intitulé « Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt » qui signifie en français « une thérapeutique plus active à l'asile » où il expose « l'expérience de Gütersloh ». Cette expérience est celle de la clinique qu'il dirige dont la base est la « thérapeutique par le travail ». Pour cet auteur, le malade en hôpital psychiatrique doit faire face à trois obstacles principaux : « *l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même.* » Hermann Simon souligne que pour soigner le malade psychiatrique, le médecin psychiatre doit prendre appui sur la partie saine qui existe chez chaque patient et intentionnellement négliger la partie malade.

Ce médecin psychiatre, qui prend appui sur Bleuler et l'école de Zurich, va à son tour devenir particulièrement influent, notamment pour Tosquelles dont nous parlerons un peu plus tard, grâce à son positionnement novateur face au malade mental et à la maladie mentale. Il soutient que le malade en collectivité active et ordonnée pourra bénéficier de bons résultats thérapeutiques. Il va ainsi prendre appui sur trois principes : la liberté du malade, sa responsabilisation et l'analyse des résistances issues de l'institution elle-même.

De leur côté, les différentes techniques d'éducation dite actives, élaborées entre autres par Célestin Freinet tout d'abord et dans un second temps par Anton Makarenko, Fernand Oury ou Fernand Deligny vont aussi jouer un rôle prépondérant dans l'avancée théorique et pratique de la psychothérapie institutionnelle. Ces pédagogues novateurs basent leur pratique éducative sur le groupe et la groupalité. La pédagogie institutionnelle telle que nommée par Fernand Oury a une visée double, éducative et soignante, elle s'inspire du courant pédagogique de Freinet avec la « classe atelier » basée sur l'expression libre de l'enfant et la psychanalyse. Elle s'inspire à ses débuts de

l'expérience de Anton Makarenko, auteur originaire de l'Union Soviétique, dont l'ouvrage s'intitule « *Le poème pédagogique* », publié en 1967. Cette publication évoque la vie quotidienne d'un groupe d'adolescents pris dans la délinquance au sein de la « colonie de Gorki », une maison coopérative. L'auteur prend appui sur le collectif et sa dynamique pour entraîner chaque sujet du groupe à changer à partir de sa participation active avec une visée, celle de l'auto gestion du groupe. Aux prises avec un environnement hostile, le sujet doit y faire face et chacun doit y répondre en s'étayant sur le groupe. Cette pédagogie tient son originalité par les liens qu'elle tisse avec les autres disciplines : philosophie, psychologie, morale et aussi biologie et physiologie.

La psychothérapie institutionnelle s'est forgée à partir de tous ces différents courants et pratiques. L'intitulé « psychothérapie institutionnelle » a été proposé en 1952 par Georges Daumézon dans un article co-signé avec Philippe Koechlin dont le titre est « *Psychothérapie institutionnelle française contemporaine* » ; ils y indiquent une double origine : une rencontre entre la psychanalyse et la psychiatrie publique, à partir du milieu des années 1930.

### **3.4. Une expérience inédite entre processus soignant et processus institutionnel : la psychothérapie institutionnelle**

Elle émerge à Saint-Alban en Lozère, plus précisément à l'hôpital psychiatrique, dont le directeur en 1936 est Paul Balvet, psychiatre lyonnais. Ce dernier, dès son arrivée, met en place des réformes pour humaniser l'asile. Un mouvement révolutionnaire est en alors en route. Ce lieu de soins situé au cœur du massif central connaît un destin singulier durant cette période troublée de la guerre 39-45. En effet, entre 1940 et 1944 les restrictions alimentaires subies par la population française pour cause d'occupation, entraîne la mort de 40 000 malades hospitalisés en psychiatrie sur tout le territoire français. Mais à Saint-Alban, la situation fût différente grâce à la mobilisation du personnel hospitalier, des malades et l'aide de la population, l'approvisionnement alimentaire a pu s'organiser dans le temps.

Par ailleurs, cet hôpital, en raison de sa situation géographique spécifique, isolée et située loin des grandes villes, offre une certaine sécurité et devient à la même époque un lieu d'accueil pour des résistants et des personnes poursuivies par le régime de Vichy. Ainsi, des intellectuels, des médecins, des hommes de lettres tels que Paul Eluard, Tristan Tzara, côtoient les malades et le personnel. S'organise à partir de ce contexte singulier un brassage relationnel et intellectuel qui va produire de profonds bouleversements en humanisant les rapports à l'intérieur de l'hôpital et en sortant les « aliénés » de leur statut donc de leurs conditions de vie particulièrement précaires.

En 1941, François Tosquelles, psychiatre, d'origine catalane, vient trouver refuge au sein de cet hôpital psychiatrique, après la victoire de Franco en Espagne. Ce médecin de formation psychanalytique, engagé politiquement dans son pays, arrive avec deux ouvrages qui vont devenir les références fondatrices de la psychothérapie institutionnelle. Le premier est écrit par Hermann Simon, psychiatre allemand, il s'intitule « *L'expérience de Guttersloch* » qui est une expérience asilaire révolutionnaire, le soin ici est abordé par le biais du travail. Tosquelles souligne dans cet ouvrage « *il faut soigner l'hôpital avant de soigner les gens* » ; le second est la thèse de Jacques Lacan dont le sujet est la paranoïa avec comme titre « *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* ». Tosquelles retient « *le discours du psychotique a un sens* »

1942 voit l'arrivée de Lucien Bonnafé, médecin psychiatre ; ce dernier va rapidement devenir médecin-directeur de l'hôpital. Il commence par ailleurs à soutenir l'idée de « secteur de psychiatrie » et en 1947, il va se consacrer à son organisation.

Paul Balvet, François Tosquelles et Lucien Bonnafé avec d'autres vont questionner et redéfinir de manière profonde les liens qui unissent les malades, les soignants et l'extérieur. Ils vont innover en proposant l'expérimentation sur toute la commune de Saint-Alban la pratique d'une nouvelle forme de psychiatrie qui se veut égalitaire et communautaire.

En 1945 avec la fin de la guerre, c'est le retour des prisonniers et des survivants de la Shoah. Parmi eux, des soignants ont vécu cette expérience déshumanisante des camps de concentration, ces derniers adhèrent d'emblée à la pratique révolutionnaire de Saint-Alban. Ils soutiennent ses idées novatrices qui vont devenir le fondement d'un vaste mouvement de transformation de l'hôpital psychiatrique sur l'ensemble du territoire. L'expérience catastrophique vécue dans les camps de concentration par ces

soignants a comme révélé l'analogie avec l'univers psychiatrique. Il devenait alors urgent de sortir l'univers psychiatrique de son aspect concentrationnaire, de le désenclaver et donc pour cela de l'ouvrir sur l'extérieur, tout en prenant soin de préserver ses frontières protectrices pour le patient. Et à l'intérieur, il s'agissait pour chacun d'avoir une place reconnue, immergée de l'indifférenciation, celle du malade-patient comme sujet et celle du soignant, comme acteur du soin. En ce sens, des efforts importants de formation ont été accomplis, notamment du côté des infirmiers, afin de perfectionner leurs savoirs et ainsi d'affiner leurs possibilités d'écoute du patient.

Des réunions ont été instituées favorisant le régime démocratique de l'institution où chacun, patients et soignants, pouvaient prendre la parole. Les différents mouvements transférentiels en jeu, leurs repérages et leur analyse entre soignants ont permis le déploiement d'une pensée groupale riche et performante tant du côté des enjeux institutionnels que du côté du soin.

Du côté des patients, la mise en place de nouveaux dispositifs tels que les ateliers d'ergothérapie, les clubs, ont permis une redéfinition pour chacun d'entre eux « du rapport et d'être au monde ».

Dans le cadre de l'hôpital de jour pour enfants, la groupalité, le groupe se trouve être le centre, le point nodal à partir duquel et par l'intermédiaire d'un cadre-dispositif singulier et original un sujet pourra peut-être émerger, d'abord en sensoriel, ensuite en sensations, en morceaux de corps et enfin en corps.

En 1947, Jean Oury devient interne en psychiatrie à Saint-Alban après avoir fréquenté le cycle de conférences de la Rue d'Ulm animé par Henri Ey, Jacques Lacan, Lucien Bonnafé et François Tosquelles. Il y découvre la pratique soignante institutionnelle pendant deux années et finalement quelques années après la présentation de sa thèse, va s'installer à la Clinique La Borde. Cette clinique va devenir le haut lieu de la psychothérapie institutionnelle. Elle accueille depuis nombre de stagiaires et de patients, entre recherche permanente et soins.

D'autres lieux, espaces et personnes marquent ce mouvement soignant et intellectuel et l'année 1965 voit la création de la Société de Psychothérapie Institutionnelle qui s'organise sous la forme d'une fédération de groupes régionaux. Tosquelles énoncera alors que la psychothérapie institutionnelle marche sur deux jambes : la psychanalyse et la politique en se situant entre Freud et Marx.

Avec la publication en 1970 de « *Psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques* », Paul-Claude Racamier va s'intéresser au différend provoqué par le savoir appliqué de la psychanalyse dans le champ de la pratique institutionnelle en psychiatrie.

L'auteur va présenter dans cet ouvrage l'analyse institutionnelle comme

*« Un champ de forces, d'abord confus et tourmenté, s'instaure entre des personnes dont certains souffrent, et d'autres tâchent de soigner cette souffrance. Chacun dans ce champ organise à sa manière son approche, ses moyens, ses forces et ses défenses. C'est là que sent un psychanalyste quand lui-même entre dans ce champ de forces. Il tâche de concevoir comment elles s'organisent, de comprendre comment dans certains cas se constituent des fortifications ou se creusent des impasses, les unes et les autres invétérant le processus psychotique, et enfin de tenter d'organiser ce qui puisse faire que ces forces tournent au bénéfice de la personne du patient. »<sup>22</sup> (Racamier, 1973, p.6)*

La pensée de cet auteur est fondée tant sur la psychanalyse que sur la connaissance de la dynamique des groupes. En ce sens, elle indique pour certains patients la nécessité de trouver un étayage sur l'environnement soignant, sur l'institution de soin. « L'analyse institutionnelle » est fondée sur une fonction de délégation, pour le malade à partir de l'institution : ainsi, au travers de l'institution, une analyse s'organise dans l'intention d'aider ce malade à réintégrer et à intérioriser les éléments projetés sur l'environnement. Cette pratique clinique nécessite une grande implication de la part des soignants, Racamier souligne

*« Le malade ne s'identifie jamais qu'à ceux qui ont au préalable su s'identifier à lui. C'est en s'identifiant à un soignant ou à un groupe de soignants qui le prend en réelle considération qu'un psychotique arrive à se prendre lui-même en considération (...) c'est en investissant des personnes qui investissent elles-mêmes leur activité que les malades en*

---

<sup>22</sup> RACAMIER P.-C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*. Paris : Payot.

*viennent à investir cette activité, c'est à dire à s'investir eux-mêmes en tant que soignés. Le plus gros du traitement se fait donc par cette voie indirecte »<sup>23</sup> (Racamier, 1973, p.252-253)*

C'est ainsi que des effets pourront émerger, non seulement pour les patients à un niveau thérapeutique mais aussi pour les soignants qui pourront percevoir des effets bénéfiques comme le développement des capacités techniques et relationnelles. A cet effet, l'auteur note

*« Ce qui peut arriver de pire dans un organisme psychiatrique, c'est que les soignants de toutes catégories se sentent faibles. Faibles vis-à-vis des médecins, faibles vis-à-vis des malades ; l'un va de pair avec l'autre »<sup>24</sup> (Racamier, 1973, p.215)*

L'apport de cet auteur dans le cadre du travail groupal et institutionnel est fondamental.

---

<sup>23</sup> Ibid

<sup>24</sup> Ibid

## 4. TRANSFERT ET CONTRE-TRANSFERT : DE L'HISTOIRE DES CONCEPTS AU CADRE INSTITUTIONNEL

Notre attention dans le cadre de cette recherche se porte de manière centrale sur la question dynamique du contre-transfert en groupe mais avant de nous focaliser sur cet objet, il semble nécessaire de revisiter le déploiement théorique de ce concept primordial qu'est le transfert.

### 4.1. Transfert

#### *4.1.1. Du transfert impossible en psychose au processus singulier de la dynamique transférentielle chez le psychotique*

Le mot transfert selon le Grand Robert, dans son acception la plus naturelle, vient signifier un mouvement, un acte par lequel « une personne transmet un droit à un autre » ou une action physique, celle de transporter, de déplacer d'un lieu à un autre.

Laplanche et Pontalis dans le Vocabulaire de la Psychanalyse souligne que le transfert

*« Désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établit avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles*

*vécue avec un sentiment d'actualité marqué. C'est le plus souvent le transfert dans la cure que les psychanalystes nomment transfert, sans autre qualificatif. Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci.* »<sup>25</sup> (Laplanche et Pontalis, 1981, p.492)

## FREUD

La question du transfert se trouve être au cœur de la pratique soignante. Elle prend sa source dans la théorie freudienne, elle est un des points pivots du processus psychanalytique. Freud l'évoque pour la première fois en 1895 dans son travail avec Joseph Breuer, intitulé « *Études sur l'hystérie* ». Il écrit à partir de l'évocation de cas cliniques, qu'il est

*« (...) presque inévitable que les rapports personnels avec leur médecin prennent, tout au moins un certain temps, une importance capitale. Il semble que cette influence exercée par le médecin soit la condition même de la solution du problème »*<sup>26</sup>(Freud, 1895, p.214)

Au sujet de cette patiente nommée *Anna O.*, Breuer souligne que le facteur sexuel ne jouait aucun rôle ici mais à partir de certaines remarques de Breuer, Freud va reconstruire l'issue de la cure et note ici, l'aspect affectif de la relation médecin-malade qui induit tour à tour et ensemble des mouvements affectifs, entre transferts, et ce qui se nommera plus tard, contre-transfert.

En 1905, c'est dans le texte intitulé « *Fragment d'une analyse d'hystérie* » plus connu sous le nom du « *Le cas de Dora* » que la notion de transfert apparaît clairement pour la première fois. Envisagée au départ par Freud sur une période d'une année, cette cure sera interrompue par la patiente elle-même au bout de trois mois et cette rupture

---

<sup>25</sup> LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.

<sup>26</sup> FREUD S. & BREUER J. (1895). Psychothérapie de l'hystérie. Dans *Études sur l'hystérie*, (pp. 205-249), (tr.fr). Paris : Puf, 1994.



conduit l'auteur, surpris, à souligner que l'analysant agit une partie essentielle de ses souvenirs et de ses fantasmes au lieu de la reproduire dans la cure.

*« Les transferts (au pluriel dans le texte) ce sont de nouvelles éditions, des copies des tendances et des fantasmes qui doivent être éveillés et rendus conscient par les progrès de l'analyse, et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin. »<sup>27</sup> (Freud, 1905, p.86)*

Freud pointe par ailleurs que si le transfert est le plus grand obstacle de la psychanalyse, il en est aussi le soutien le plus puissant. Il nous indique un élément fondamental supplémentaire en soulignant que la cure psychanalytique ne crée pas le transfert mais qu'elle vient « simplement » en révéler l'existence. En 1907, avec la publication de « *L'homme aux rats* » et en lien avec l'échec précédent de la cure de « Dora » où il souligne que

*« la partie la plus difficile n'a pu être abordée chez cette malade, le facteur transfert dont il est question à la fin de l'observation, n'ayant pas été effleuré pendant ce court traitement »<sup>28</sup> (Freud, 1905, p.193)*

Freud va, dans le cas de « l'homme aux rats », souligner avec insistance que le fait de découvrir et de déterminer le transfert offre la possibilité à l'analyste de repérer où le psychanalyste se trouve être placé dans et par le transfert. Il note ainsi, que

*« Tout ce qui concerne la situation présente correspond à un transfert sur la personne du médecin et peut servir de résistance, l'analyste doit alors avant tout commencer par*

---

<sup>27</sup> FREUD S. (1905). Dora, fragment d'une analyse d'hystérie. Dans *Cinq psychanalyses*, (pp 1-91), (tr.fr). Paris : Puf, 1979.

<sup>28</sup> FREUD S. (1905). *L'homme aux rats. Un cas de névrose obsessionnelle*, (tr.fr). Paris : Payot, 2010.

*découvrir ce transfert (...) le malade s'attache de lui-même à l'analyste et le range parmi les imagos de ceux dont il avait coutume d'être aimé »<sup>29</sup> (Freud, 1913, p.98-100 )*

La notion de transfert se conceptualise et devient le point nodal de la cure comme levier.

C'est en 1909 avec la publication du texte de Ferenczi intitulé « *Introjection et transfert* » que ce vocable va devenir conceptuel et central. Freud précisera ce dernier, principalement avec deux textes : le premier est publié en 1912 avec pour titre « *Sur la dynamique du transfert* », le second, en 1915 est intitulé « *Remarques sur l'amour de transfert* ». Ces deux publications vont alors devenir la marque fondatrice du processus de la technique analytique.

L'étrangeté, le caractère incongru, l'effet de surprise jalonnent les écrits de Freud au sujet de la découverte du transfert et de ses manifestations dans le cadre de la cure. Ainsi, dans la XXVIIème leçon dont l'intitulé est précisément « *Le transfert* », Freud note

*« Plus notre expérience progresse, moins nous pouvons nous opposer à ce correctif qui fait honte à notre esprit scientifique. La première fois, on pouvait peut-être croire que la cure analytique s'était heurtée à une perturbation dû à un évènement fortuit, c.-à-d. qui n'était pas dans son intention et qui n'était pas provoqué par elle. Mais lorsqu'un tel lien de tendresse du patient au médecin se répète régulièrement dans chaque nouveau cas (...) il nous faut bien abandonner l'idée d'un hasard perturbateur et reconnaître qu'il s'agit d'un phénomène qui est dans la corrélation la plus intime avec l'essence de l'état de maladie. Ce fait nouveau, que nous reconnaissons donc à contre-coeur nous l'appelons le transfert »<sup>30</sup> (Freud, 1915, p.458)*

Nous percevons ici, le caractère éruptif et le fait qu'il induise en filigrane contre-transférentiellement de la gêne, Freud parle de sentiment honteux. Dans ce même texte,

---

<sup>29</sup> FREUD S. (1913). Le début du traitement. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 80-105), (tr.fr). Paris : Puf, 2002.

<sup>30</sup> FREUD S. (1915). Le transfert. Dans *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, (pp. 447-464), (tr.fr). Paris : Puf, 2000.

Freud nous indique que ce « phénomène » s'établit dès la première rencontre avec le patient, qu'il soit homme ou femme. Il insiste sur la transformation de ce dernier à un moment donné de la cure en « résistance », apparaît alors une distinction entre le « transfert positif ou tendre » et le « transfert négatif ».

*« Nous n'allons tout de même pas oublier que la maladie du patient que nous prenons en analyse n'est pas quelque chose de clos, de figé, mais qu'elle continue de croître et poursuit son développement comme un être vivant. »<sup>31</sup> (Freud, 1915, p.460)*

Cette transformation indique le vivant du processus analytique.

#### ***4.1.2. De la névrose à la psychose : un transfert impossible ?***

Mais Freud, à la fin de ce même texte fondateur, souligne

*« l'observation permet de reconnaître que ceux qui sont atteints de névrose narcissique n'ont aucune capacité de transfert où n'en possèdent que des restes insuffisants »<sup>32</sup> (Freud, 1915, p 463)*

Les personnes atteintes de névrose narcissique n'ont pas les capacités de transférer,

---

<sup>31</sup> Ibid

<sup>32</sup> FREUD S. (1915). Le transfert. Dans *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, (pp. 447-464), (tr.fr). Paris : Puf, 2000.

*« Ils font montre d'aucun transfert et, pour cette raison, ils sont aussi inaccessibles à notre effort, ils ne sont pas guérissables par nous »<sup>33</sup> (Freud, 1915, p.464)*

Ceci pourrait nous inciter à laisser à présent en route Freud et nous orienter vers d'autres auteurs, ce que nous ferons plus tard, mais avant, peut-être pourrions-nous nous arrêter sur deux vocables utilisés par Freud dans plusieurs de ces textes que sont la « trace » et la « matière brute ». Pour que la matière psychique et la trace mnésique prennent forme et s'organisent en représentation, ces dernières doivent faire l'objet de plusieurs opérations de transformation. À partir de « *L'interprétation du rêve* », nous pouvons percevoir ces opérations comme un mouvement processuel inconscient qui passe par « la structure des pensées du rêve ». Freud nous invite à concevoir une matière brute qui « accouche » pour ainsi dire de la représentation et, d'abord de cette représentation particulière qu'est la pensée de rêve, pensée inconsciente qui va se prêter à la figuration en image. Car c'est bien le travail du rêve, celui de transformer les pensées inconscientes en images. Chez le psychotique, ce serait ce mouvement processuel qui ferait défaut, la trace, pour se transformer en image, aurait alors besoin de l'appareillage d'un autre. Le transfert, dans le cadre de ce travail de recherche, est spécifique et singulier dans l'adresse aux enfants psychotiques et autistes. Il se déploierait autrement dans la mesure où nous nous trouvons ici, à un stade « présubjectif ».

Dans la même lignée que celle ouverte par Freud, Karl Abraham en 1908, souligne l'impossibilité pour le schizophrène et le dément précoce de déployer un mouvement transférentiel en lien avec la destruction de l'objet et une fixation à un stade auto-érotique qui vient oblitérer dès lors toute perspective de soins. Mais en 1916, il envisage un soin possible pour certains patients présentant une psychose ; il note ainsi

*« l'activité associative de ces patients fonctionne de façon suffisamment ordonnée pour permettre une psychanalyse, comme un psychonévrotique. De fait, le travail est même*

---

<sup>33</sup> Ibid

*facilité chez ces patients par l'absence de certaines inhibitions. »<sup>34</sup> (Abraham, 1916, p.235)*

Une perspective s'ouvre alors huit années plus tard.

Mais c'est Mélanie Klein qui, à partir de 1946, va se démarquer du courant freudien en s'appuyant sur son expérience clinique de la cure psychanalytique d'enfants, étudiant de manière fine les phases les plus primitives du développement. L'hypothèse d'un moi à l'état d'ébauche serait présent dès la naissance ce qui permet au bébé d'établir un lien primitif avec sa mère. Approche révolutionnaire qui bénéficie d'un apport fondamental des travaux de Freud sur le clivage (1938) ainsi que ceux de Ferenczi sur la question centrale de l'introjection (1909) et de la projection. À partir de ses travaux, le concept fondamental d'identification projective va devenir le soutien d'une écoute analytique possible du sujet psychotique. À partir de là, dans la situation analytique, l'analyste va avoir la possibilité d'envisager les manifestations de transfert et de contre-transfert, non pas comme une répétition du passé mais telle une manifestation de la position infantile à l'intérieur du psychisme dans l'actuel, autant chez l'analyste que chez le patient.

#### ***4.1.3. L'identification projective : une perspective nouvelle***

L'identification projective est une modalité défensive précoce du Moi. Pour l'auteur, le Moi à l'état encore d'ébauche existe dès le début de la vie et est donc particulièrement fragile. En lien avec cette fragilité, le Moi fait face à des angoisses schizo-paranoïdes s'imposant à cette période de la vie et qui organisent les relations d'objet émergents. Les angoisses schizo-paranoïdes naissent fondamentalement de l'action interne de la pulsion destructrice, elles sont aussitôt liées à un objet phantasmé

---

<sup>34</sup> ABRAHAM K. (1916). L'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. Dans *Oeuvres complètes*, (tr.fr). Paris : Payot, 1965.

comme irréprensible et dans le même temps terrible. Cette peur concerne d'abord un objet extérieur mais du fait de l'introjection, elle devient rapidement une peur interne portée par un persécuteur, ce qui a pour effet d'accentuer l'angoisse éveillée par les pulsions destructrices. Le Moi va tenter alors de se protéger en projetant les pulsions destructrices sur l'extérieur et en liant la pulsion destructrice avec la libido. L'auteur indique que cela ne fonctionnant pas, le Moi va à partir de là déplier le clivage dans le but de diffuser cette pulsion destructrice, si menaçante. Ce clivage va d'abord concerner un objet partiel, le sein maternel. Aussi, à l'aube de la vie, cet objet partiel est clivé en « bon » et « mauvais » objet. Le Moi conserve ainsi séparés l'amour et la haine. Dans les temps de gratification, les sentiments d'amour sont dirigés sur le sein gratificateur. Ressenti alors dans son entièreté comme complet, le sein source de satisfaction forme, suite à l'introjection, un lieu essentiel dans le Moi et déjoue les processus de clivage. A contrario, dans les occasions de frustration, la haine et l'angoisse sont dirigées sur l'objet frustrant, ce dernier est alors attaqué et fragmenté. L'introjection de ce sein en « morceaux » va alors faire émerger la menace d'un objet interne. Le clivage du Moi va donc venir caractériser la première étape de l'identification projective. Ici, les parties clivées sont projetées sur l'objet pour ensuite être identifiées à ces contenus. L'identification projective comme *phantasme* omnipotent tend à contrôler l'objet qui va alors perdre toute identité séparée. L'identification projective deviendra pathologique en raison de son utilisation démesurée, face non seulement à une difficulté à tolérer la frustration mais aussi à cause d'une envie trop grande. Face à ce trop plein, le Moi est condamné à évacuer ses émotions ce qui va induire une difficulté pour ce dernier à se constituer. Mais un autre formant existe et permet d'envisager ce mécanisme d'identification projective comme participant au développement normal de la personnalité : en effet, il permet au Moi de se défendre et aussi d'établir les premières formes de différenciation par le biais du mouvement entre projection et introjection. Selon M. Klein, entrer en relation avec un autre signifie avant toute chose avoir déposé en lui des parties de soi.

D'autres psychanalystes, disciples de l'école kleinienne, vont poursuivre dans la continuité le déploiement théorique de la possible prise en charge psychanalytique des patients psychotiques. H.-A. Rosenfeld est l'un d'eux, remarquable, il s'inscrit dans la lignée de M. Klein selon laquelle, il existe un mode de relation d'objet lié à la position schizo-paranoïde : l'identification projective. Il énonce à partir de cette position que le socle du transfert psychotique est donc soutenu par le mécanisme psychique de

l'identification projective. Cet auteur met en lumière que la prise en charge psychanalytique d'un patient psychotique diffère peu de celle d'un patient névrosé mais à la condition selon lui de ne pas perdre de vue l'attention portée à la compréhension de la dynamique des psychoses. Nous reprendrons cette assertion un peu plus tard dans ce travail.

D. W. Winnicott n'a quant à lui, pas directement déployé de théorie sur le transfert psychotique. Cependant, il y a grandement contribué par le biais de ses recherches approfondies au sujet du développement du nourrisson, en lien direct avec la qualité de l'environnement maternel, avec comme préoccupation centrale, les soins maternels. Pour D. W. Winnicott, l'origine de la psychose va se situer à un stade où le nourrisson dépend totalement de son environnement (Winnicott, 1974). L'inadéquation des soins maternels ou « les faillites de l'environnement primaires » peuvent conduire l'enfant à développer une psychose : la non-intégration primaire ne se transformant pas en intégration progressive (l'intégration est un processus qui conduit le bébé à un état d'unité, avec l'émergence du « je ») induit alors « un sentiment de désintégration ». Il s'agit alors de ne pas confondre psychose et crainte de l'effondrement.

W. R. Bion dans la lignée de l'école kleinienne, entreprend, comme Rosenfeld, des psychothérapies de type psychanalytique avec des patients souffrants de psychose. Pour cela, il va prendre appui sur les notions de transfert positif et transfert négatif. Dans son article intitulé « *Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques* » paru en 1967, il fait un lien direct entre psychose et trauma. Il explicite comment le lien dans la partie psychotique ne s'établit pas entre les impressions sensorielles et la pensée primitive, qui normalement conduit à la formation de symboles. Selon cet auteur la partie psychotique co-existe toujours avec une « personnalité non psychotique » et c'est lorsque la « personnalité psychotique » prend le pas sur l'autre partie que le diagnostic psychiatrique est établi. Il ouvre ici, une voie supplémentaire avec, au centre, l'identification projective comme mécanisme basal du lien transférentiel avec une distinction entre une identification projective normale et une identification projective pathologique.

#### 4.1.4. Et d'autres psychanalystes

Deux autres psychanalystes vont participer à une révolution à partir des assises théoriques présentées ci-dessus. Il s'agit de J. Lacan et de P. Aulagnier.

#### JACQUES LACAN

Dans le registre du soin institutionnel, Tosquelles va prendre appui sur la thèse présentée par J. Lacan en 1932 dont l'intitulé est « *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* » afin d'élaborer l'armature théorico-clinique du soin institutionnel à l'hôpital de Saint-Alban. J. Lacan développe dans cette thèse son intérêt pour la compréhension du sujet :

*« Comprendre, nous entendons par là donner un sens humain aux conduites que nous observons chez nos malades, aux phénomènes mentaux qu'ils présentent. Certes, c'est là une méthode d'analyse qui est en elle bien trop tentante pour ne point présenter de graves dangers d'illusions. Mais qu'on sache bien que, si la méthode fait usage de rapports significatifs (...) leur application à la détermination d'un fait donné peut être régie par des critères purement objectifs, de nature à la garder de toute contamination par les illusions, elles-mêmes repérées, de la projection affective »<sup>35</sup> (Lacan, 1975, p. 309-310)*

J. Lacan, au travers de son élaboration et de son enseignement où la présentation de malades est centrale, ne va pas présenter de théorie unifiée de la psychose. Il récuse la notion de « psychose de transfert » et en 1966, du lien de Schreber à Flechting, il dira

---

<sup>35</sup> LACAN J. (1975). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, suivi de *Premiers écrits sur la paranoïa*. Paris : Le Seuil.



que le psychotique a tendance à placer le clinicien « en position d'objet d'une sorte d'érotomanie mortifiante » (Lacan, 1966, p. 72). Ainsi, avec un psychotique, contrairement à ce qui se passe dans la cure avec un névrosé les places des deux sujets en présence, celle du patient et celle de l'analyste sont inversées. En effet, le psychotique qui est sujet de la jouissance s'éprouve dépositaire de l'objet *a*, en quelque sorte l'objet perdu et dans ce cas de figure l'analyste est comme animé d'une volonté de jouissance à son égard.

De son travail de recherche au long cours de sa pratique clinique, deux éléments fondamentaux sont mis à jour qui contribuent à mieux appréhender aujourd'hui, cette question de la psychose. D'une part, il s'agit du stade du miroir, précisons-le « comme formateur de la fonction du Je... »<sup>36</sup> : En effet J. Lacan, en 1949, part d'un constat biologique, là où l'enfant ne peut percevoir son corps de manière unifiée car encore trop immature physiologiquement, il en réalise l'unité dans l'expérience que lui livre la rencontre de « son » image dans le miroir. C'est une identification primaire qui se réalise alors, dans une transformation du sujet où vont se métamorphoser ses relations avec son semblable. L'image, avant le regard de la mère qui la nommera avec lui, anticipe l'unité de la motricité de l'enfant et lui donne un corps qui cesse d'être vécu comme morcelé. Le regard de la mère avec la saisie scopique de l'image de son corps reflété dans le miroir en présence de celle-ci est un moment organisateur de la formation d'une *Gestalt* selon les travaux d'Elsa Kölher (1926). Et si nous avons déjà repéré, dans le stade du miroir, le passage d'un corps vécu comme morcelé à une représentation imaginaire unifiante de celui-ci, c'est avec l'avènement du « Je » qu'il faut surtout repérer son efficience. C'est donc un moment fécond pour le petit sujet. Être de langage, il se trouve alors être inscrit, dans cette expérience du miroir, véritable matrice symbolique comme sujet. Le « Je » se précipite en quelque sorte dans cette expérience par et dans un lien d'identification à l'autre, autrement dit, l'autre maternel langagier et animé d'un désir singulier. Nous pourrions remarquer, dans cette expérience du miroir, un premier temps de captation du sujet dans l'image aliénante du petit sujet dans le miroir où au summum de sa jubilation il ne s'en distingue pas, et un deuxième temps qui le complète, qui est celui de l'identification à l'autre venant de l'image. N'oublions pas, selon Lacan dans ses *Ecrits*, que le stade du miroir s'achèvera dans le passage du « je », au départ strictement

---

<sup>36</sup> LACAN J. (1966) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Dans Lacan J., *Ecrits*, (pp. 93-101). Paris : Le Seuil.

spéculaire, imaginaire, au « je » social et symbolique. L'insistance de parler du « je » et non du moi, chez J. Lacan est une façon de signifier l'intrusion du symbolique dans l'imaginaire.

D'autre part, J. Lacan accorde au « Nom-du-Père », une place centrale dans le développement de l'enfant. La métaphore du Nom du Père qu'il formalise ainsi: « Le père est une métaphore » est une formule qui ne sert qu'à une chose : définir pour lui le père en pratiquant une césure avec la réalité phénoménologique d'un quelconque type de père qu'il insère strictement dans un rapport de signifiant à signifiant et non plus dans un rapport de mot à la chose. Pour un peu il se confond au père symbolique. « Le Nom-du-Père » ne sert en rien à définir un père normal ou une position adéquate du père dans la famille, sa valeur est signifiante et il participe au fondement dans le complexe d'Œdipe à une fonction normativante du père en fécondant du sens et en produisant une signification qui porte la puissance phallique, fécondante attenante au père.

Si donc, pour Lacan, le père est un signifiant, il faut entendre la métaphore paternelle, comme ce qui noue le désir à la loi. Quelle loi ? La loi du signifiant pour Lacan où le Père comme Nom, comme symbole est la métaphore du désir de la mère. ; Reste à vérifier dans la clinique avec les petits sujets psychotiques comment, pour que de la métaphore paternelle se produise, ou non, il faut que du père intervienne, du père réel, symbolique et imaginaire.

## **PIERA AULAGNIER**

P. Aulagnier prend une place importante aussi par son apport dans la compréhension du « je » en devenir, de l'émergence du sujet. Pour cette auteure, la psychose est potentiellement émergente à partir d'une rencontre psycho-pathologique du bébé avec le monde. Dans sa pratique, cette psychanalyste donne toute sa place à son

« éprouvé » dans l'intention de « redonner accès à une partie qui était restée hors champ ». Elle place le corps et ses éprouvés au centre de sa théorisation contrairement à Lacan qui, au long cours de son élaboration va mettre à l'écart le corps et les affects. Pour l'auteur, penser les formes premières de la vie psychique nécessite de prendre appui sur les différentes manifestations de l'activité du corps. L'auteur indique :

*« Nous partons de l'hypothèse que la vie de l'organisme a comme fondement une oscillation continue entre deux formes élémentaires d'activité que nous nommons : « le prendre en soi », le « rejeter hors de soi », ces deux activités s'accompagnant d'un travail de métabolisation du « pris », qui le transforme en matériau corps propre, les résidus de cette opération étant expulsés du corps. Respiration et alimentation en sont un exemple simple et clair »<sup>37</sup> (Aulagnier, 1975, p.54)*

D'une part, les affects de la mère dans sa rencontre avec l'infans et d'autre part la place prépondérante de l'intégration somato-psychique que prend cette émotion, révèlent l'ancrage somatique de l'amour que la mère témoigne au corps de son enfant. En ce sens, la cure est l'espace où se remettent en scène tous ces éléments de la construction et de l'histoire d'un sujet souffrant : marque d'une psyché sur une autre, violence, emprise, la teneur du lien à l'autre inextricable.

#### ***4.1.5. Psychothérapie institutionnelle et transfert***

G. Pankow, F. Tosquelles ou J. Oury ont eux aussi élaboré en lien avec différents dispositifs de soin en psychothérapie institutionnelle, où cette notion centrale de transfert est présente.

---

<sup>37</sup> AULAGNIER P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : Puf, 1991.

Giséla Pankow parle de « *greffes de transfert* », en lien avec les perturbations de l'image du corps particulièrement massives chez les schizophrènes. F. Tosquelles et J. Oury, énoncent différents types de transfert « partiels », « dissociés », « multi-référentiels » ou comment un sujet psychotique avec son mode d'organisation intrapsychique singulière et son mode de relation au monde original ne peut « transférer » sur la seule personne de l'analyste comme classiquement admis dans la cure-type. À partir de la théorisation de l'école kleinienne au sujet de « l'identification projective pathologique » s'organise « un transfert institutionnel » singulier en lien avec le mode d'organisation psychique du patient. Ce « transfert institutionnel » demande pour qu'un travail de soin ait lieu, à être suffisamment bien repéré pour qu'un effet de soin se déploie.

Tosquelles parle aussi, de « constellation transférentielle », je reprendrai ici avec P. Delion que

*« Dans le travail effectué par l'équipe soignante et dont l'opérateur principal sera la constellation transférentielle, les éléments psychiques « déposés » dans l'appareil psychique des soignants seront constitués pour une bonne part de représentations du corps et de l'image du corps des sujets autistes et psychotiques en soin avec eux. Dans beaucoup de cas, il s'agit de représentation de parties du corps, de « bouts de corps » qui ne trouvent pas de sens en eux-mêmes mais qui ont besoin d'être reliés à une image du corps plus unifiée. Il s'agit d'un travail de décodage des signes en provenance des sujets psychotiques, de la lisibilité (Resnik) de leur inconscient à corps ouverts. Cela correspond à ce que Hochmann décrit dans ce qu'il nomme « la mise en récit ». Dans ce travail chaque soignant dans le cadre du contre-transfert institutionnel (Tosquelles), la présence et la fonction des institutions est au premier plan et elles détermineront la qualité de la constellation transférentielle. »\* ( Delion, 2002, p.19)*

Dans le travail de soin institutionnel, nous voyons que le mouvement transférentiel reste central, comme dans la cure.

---

\* DELION P. (2002). L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres. Dans Delion P. (Eds), *Corps, psychose et institution*. Toulouse : Erès.

Plus précisément, dans le cadre du travail de soin en institution pour enfants psychotiques ou autistes, le concept de transfert comme outil de travail se tricote inévitablement avec celui de contre-transfert.

Ceci nous amène à penser que le travail premier de l'ensemble soignant serait d'accompagner l'enfant, dans les tous premiers temps de l'accueil, par une présence régulière et rythmée de ses membres -donc continue- vers un possible dépôt bien plus tard des éléments envahissants. Auparavant, il semblerait que l'enfant, dans les tous premiers temps de son arrivée au centre de soins, « s'attacherait » plus aux éléments topographiques stables et figés des bâtiments qui peuvent aussi se mettre en mouvement grâce aux jointures leur garantissant une solidité malgré leurs mouvements (pièces fermées, portes ouvertes ou fermées, fenêtres, passages, seuil, objets creux ou pointus, rideaux, variabilité de l'intensité des lumières, arêtes, lignes...). Le second temps, s'il advient, viendrait rendre « visible » et remarquable aux yeux et au corps de l'enfant, certains humains de l'équipe (réfèrent du projet de soin de l'enfant pour certains). Il se détacherait alors des visages et des corps de ce « fond » stable et ressenti comme suffisamment stabilisé par l'enfant, des corps en mouvement qui déclencheraient alors moins d'angoisse. Un mouvement transférentiel pourrait alors s'engager à partir de là.

En somme, ici, nous avançons que dans les tous premiers temps de rencontre et pour un temps indéterminé, il n'y aurait pas de phénomènes transférentiels tels que définis par les différents auteurs évoqués ci-dessus.

Le cadre-dispositif de l'hôpital de jour tel qu'il est ici organisé tente de proposer à l'enfant accueilli des conditions premières pour qu'un transfert puisse émerger et s'établir ; cela ne signifie aucunement qu'aucun travail de soin ne se déroule, bien au contraire, à cet endroit qui nous intéresse, ce serait le travail. Il consisterait à offrir un lieu suffisamment stable et sécurisant, organisé dans une rythmicité et une continuité. Il s'intéresserait aux toutes petites différences et à l'écoute des effets de ces petites différences sur l'enfant et sur le groupe des soignants. Nous nous trouvons donc ici dans le registre du contre-transfert et plus précisément un contre-transfert groupal.

La dimension corporelle est ici centrale, elle fait référence à la « matière brute » dont parle Freud et à la trace de cette « matière brute » laissée dans l'appareil mémoriel de chacun des soignants et de l'ensemble groupal.

## 4.2. Contre-transfert

### 4.2.1. *Entre chaos et confusion : un processus analysable dans le cadre de la prise en charge de patients psychotiques ?*

« Le contre-transfert n'apparaît pas directement à la conscience mais se manifeste comme signe à décrypter, ni repéré, ni compris d'emblée, surgissant sous forme d'affects, de sentiments, d'associations, de représentations, de fantasmes, d'images, de lapsus, d'actes manqués, de rêves, de métaphores ou comparaisons inattendues, tous rejets de l'inconscient ou expressions directes de celui-ci - certains affects. Il se situe à l'opposé des représentations conscientes et des affects dont l'objet est d'emblée conscient. Le décryptage constituera une des étapes essentielles du travail du contre-transfert. Celui-ci n'est rendu conscient, mis en mots, qu'après avoir été soumis à l'auto-analyse, destinée à repérer le latent dissimulé par le manifeste. » (L de Urtubey, 1994, p.1271)

Ces phrases sont les premières présentées par Louise de Urtebey dans son rapport remis lors d'un congrès consacré au « *Travail de contre-transfert et fonction contenante* » en 1994. Il pose les bases du travail fondamental de reprise dans l'après-coup d'une séance en psychanalyse du matériel latent à partir du manifeste, ce qui implique de fait l'analyste dans son lien bien évidemment, à son patient, mais aussi à son analyse personnelle et à son propre analyste. Si le contre-transfert est inconscient au niveau dynamique, sa lecture comporte des niveaux conscients, pré-conscients et inconscients. Il nécessite donc de la part de l'analyste, dans un après-coup, de repérer les affects convoqués par la situation de rencontre avec le patient en séance, avec toute la complexité de cet arrière fond qui concerne par ailleurs, intimement, la personne de l'analyste. Et c'est sans doute ce qui rend l'appréhension de ce concept particulièrement compliqué.

---

» De URTEBEY L. (1994). Travail de contre-transfert et fonction contenante. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LVIII, 1271-1372. Paris : PUF.

Parler du contre-transfert nécessite de replacer ce concept dans son contexte historique, et ce, de manière indissociable avec son pendant, le transfert. Les phénomènes transféro-contre-transférentiels induits par le cadre-dispositif de la psychanalyse sont d'abord vécus par ses « découvreurs », Ferenczi et Freud comme des obstacles à la « bonne » marche du traitement et au bon déroulé du processus attendu. Relater l'évolution de ces deux concepts, oblige à souligner la différence de leur destin. En effet, si les phénomènes transférentiels évoquent tout comme ceux du contre-transfert des déconvenues fondamentales au début de leur émergence, la controverse persiste, jusqu'à aujourd'hui au sujet du contre-transfert et le débat continue.

#### ***4.2.2. Le nécessaire retrait des affects***

Le contre-transfert est avant tout un processus inconscient qui surgit et échappe mais Freud indique dès le début, qu'il faudrait tâcher de le maîtriser afin de ne pas en être envahi. En ce sens, « une exigence de froideur » est de rigueur. Ferenczi, de son côté, privilégiait un « tact » nécessaire dans le lien avec le patient.

C'est en juin 1909, que le vocable « contre-transfert » apparaît pour la première fois dans une lettre de Freud à Jung, au sujet des liens complexes et compliqués qui se sont développés entre ce dernier et une de ses patientes. Alors jeune psychiatre, Jung tombe amoureux de Sabina Spielrein qui est devenue une de ses patientes après avoir été hospitalisée dans une clinique située à Zürich où il exerçait. Aux prises avec ces difficultés, il demande de l'aide à Freud. Ce dernier, lui répond alors,

*« de telles expériences sont douloureuses (...) en ce qui me concerne, je ne m'y suis jamais laissé prendre (...) elles nous aident à développer la peau épaisse dont nous avons besoin*

*pour dominer le contre-transfert, lequel constitue un problème pour nous (...) »<sup>40</sup> (Freud, 1906, p.309)*

Il s'agit alors pour Freud de transmettre l'idée de maîtrise de ces affects qui peuvent venir envahir le psychanalyste si ce dernier n'était pas suffisamment attentif à leur émergence. L'exigence de mise est alors celle de la froideur. Directement en lien avec la situation dans laquelle se retrouve Jung, cette « exigence de froideur » concerne le contre-transfert érotique.

Cette appellation est rendue publique en 1910, lors de la conférence de Nuremberg dans un article intitulé « *Perspectives d'avenir de la thérapie psychanalytique* ». Lors de son intervention, Freud fait part

*« des innovations techniques (...) La technique psychanalytique actuelle poursuit deux buts : éviter un excès d'efforts au médecin et ouvrir tout grand au malade, l'accès de son inconscient (...) actuellement nos efforts tendent directement à trouver et à vaincre les « résistances » (...) d'autres innovations d'ordre technique intéresse la personne même du médecin. Notre attention s'est portée sur « le contre-transfert » qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes tous prêts d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert »<sup>41</sup> (Freud, 1910, p.26)*

Cette exigence de maîtrise se trouve alors être directement liée à la nécessaire psychanalyse personnelle du médecin. C'est donc une démarche fondamentale pour celui qui souhaite proposer un traitement psychanalytique à un malade. Nous voyons ici que la démarche de psychanalyse personnelle est ainsi préconisée dans l'intention de favoriser les possibilités « d'auto-analyse ».

---

<sup>40</sup> FREUD S. (1906). *Correspondance de Freud - Jung 1906 -1914* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1992.

<sup>41</sup> FREUD S. (1910). *Perspectives d'avenir de la thérapie analytique*. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 23-34), (tr.fr.). Paris : Puf, 2002.



Freud poursuit son intervention et énonce :

*« Nous en sommes venus à penser que la technique doit subir certaines modifications suivant, la nature de la maladie et les pulsions prédominantes du patient »<sup>42</sup> (Freud, 1910, p.27)*

Cette phrase est importante : elle vient dans le prolongement de la question du contre-transfert et de l'auto-analyse. Elle souligne que, pour se donner la possibilité de recevoir des patients autres que névrosés, les psychanalystes auront à envisager des réaménagements (du cadre). Freud parle t-il alors des névrosés narcissiques ?

Dans « *Conseils aux médecins* », article publié en 1912, Freud revient en filigrane sur cette question essentielle du « contre-transfert », sans pour autant la nommer. Il indique les risques d'une attention qui se fixe et conseille

*« (...) nous ne devons attacher d'importance particulière à rien de ce que nous entendons et il convient que nous prêtions à tout la même « attention flottante » (...) »<sup>43</sup> (Freud, 1912, p.62)*

Puis, il souligne

*« en obéissant à ses inclinations, le praticien falsifie tout ce qui lui est offert (...). Ainsi, le « praticien » doit se rendre attentif à la qualité de sa propre écoute qui est soumise à ses*

---

<sup>42</sup> Ibid.

<sup>43</sup> FREUD S. (1912). *Conseils aux médecins sur le traitement analytique*. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 61-71), (tr.fr). Paris : Puf, 2002.

*mouvements internes* »<sup>44</sup> (Freud, 1912, p.62)

Pour ceci, il recommande aux analystes de prendre comme modèle, le chirurgien

« celui-ci, en effet, laissant de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, ne poursuit qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien (...) »<sup>45</sup> (Freud, 1912, p. 65)

La « froideur » réapparaît ici, elle fonctionne comme une protection, non seulement, du patient mais aussi du médecin devant l'intensité de la relation transféro-contre-transférentielle pendant les séances. En 1924, le mot allemand *indifferenz* est traduit par James Strachey, psychanalyste britannique, en *neutrality* et en 1937, pour la première fois, Edmund Bergler, propose l'expression « neutralité bienveillante ».

Nous voyons ici que la question centrale est celle du retrait des affects du psychanalyste, de la « froideur » indispensable au bon déroulé de la cure psychanalytique. Et dans le même temps, Freud propose que le psychanalyste soit comme « les récepteurs téléphoniques » c'est-à-dire collé, dans une grande proximité. Entre le retrait érotique nécessaire et la machine à transformer l'écoute du patient se dessine de manière idéale le travail du psychanalyste. Replacées dans le contexte historique, ces indications sont à mettre en lien avec la demande d'aide de Jung à Freud devant les complications de son lien à Sabina Spielrein et aussi au « passage à l'acte sous forme de fiançailles de Ferenczi avec sa patiente Elma », qui a lieu en décembre 1911. Il nous faut rajouter à cela la pratique qui consistait alors à soigner des proches (pour Freud, Ferenczi et sa fille, Anna). Ainsi, ces expériences qui mènent à des échecs ou à des complications dans le lien entre le psychanalyste et son patient engagent Freud à mener plus avant ses recherches, à continuer à interroger cette notion de contre-transfert. La froideur et l'indifférence deviennent alors des notions centrales qui tendent

---

<sup>44</sup> Ibid

<sup>45</sup> Ibid

à garantir, en fonction de l'intensité des relations affectives engagées entre l'analyste et le patient, la possibilité de mener à bien ou à son terme le processus engagé dans le travail psychanalytique. Cette finalité se fera grâce au maintien d'une position rigoureuse voire rigide dans les prémisses de la découverte d'une telle complexité.

Freud, au travers de ses écrits, déroule au fur et à mesure, toute la complexification engagée par la situation analytique et les difficultés techniques qui se découvrent à lui, à partir de certaines expériences psychanalytiques d'une extrême complication. Le psychanalyste doit donc faire face non seulement aux conflits inconscients de son patient et à ses résistances mais il se trouve aussi confronté à ses propres conflits internes. Et pour ceci, le contrôle du contre-transfert devient alors primordial, la « froideur » est de rigueur afin que l'analyste ne se trouve pas trop submergé par le flot du contenu des séances, plein de souffrances.

Cette rigueur, voire rigidité évoquée précédemment sera questionnée et élaborée par Ferenczi.

#### ***4.2.3. Ferenczi : de la froideur au trauma, la grande (r)évolution du « tact »***

1919 est la date à laquelle, Ferenczi livre sa communication, intitulée « *À propos de la technique psychanalytique* », huit années après le Congrès de Nuremberg où Freud utilise pour la première fois le terme de « contre-transfert ». Il est alors un des seuls psychanalystes qui tente l'élaboration de ce concept, tout en restant dans la lignée de Freud. Dans un des chapitres de cette communication, intitulé « *Contrôle du contre-transfert* », l'auteur souligne la « double tâche de l'analyste :

*« Il lui faut observer le patient, examiner ses dires, construire son inconscient à partir de*

*ses propos et de son comportement; d'autre part, il doit constamment contrôler sa propre attitude à l'égard du malade, et si, nécessaire, le rectifier, c'est à dire maîtriser le contre-transfert »<sup>46</sup> (Ferenczi, 1918, p.335)*

Ainsi, l'analyste se doit d'observer le patient, de l'écouter et dans le même temps, il se doit d'avoir un contrôle permanent sur ses propres attitudes et ses agissements à l'endroit du patient sans pour autant les ignorer dans la mesure où ces ressentis d'affects sont nécessaires au travail analytique. L'état affectif de l'analyste vis-à-vis de son patient devient chez Ferenczi, un élément pivot du travail psychanalytique. Ici, au-delà de l'intention finale qui reste la même, à savoir l'écoute de l'inconscient du patient, un passage s'opère de la « froideur » exigée par Freud pour la bonne conduite de l'analyse, à la nécessaire prise en compte des affects de l'analyste qui donne alors accès à la souffrance de l'analysant, soulignée par Ferenczi.

Pour cet auteur le « contrôle du contre-transfert » s'organise en deux phases : pendant, la première

*« on est bien loin de prendre en considération le contre-transfert, et, encore moins de le dominer. On se laisse émouvoir par les chagrins des patients et même par leurs fantasmes. On cède à tous leurs affects que la relation médecin-malade peut susciter, on est ému par les tristes expériences du patient et sans doute aussi par ses fantasmes (...). »<sup>47</sup> (Ferenczi, 1918, p.336)*

La seconde phase, elle est une phase de « résistance au contre-transfert <sup>48</sup> » ; elle ne permet pas plus que la première de mener à terme une analyse réussie et Ferenczi écrit à ce sujet

---

<sup>46</sup> FERENCZI S. (1918). À propos de la technique psychanalytique. Dans *Oeuvres complètes psychanalyse, tome 2*, (tr.fr). Paris : Payot, 1990.

<sup>47</sup> Ibid

<sup>48</sup> Ibid

« Lorsque le psychanalyste a appris laborieusement à évaluer les symptômes du contre-transfert, et qu'il arrive à contrôler tout ce qui pourrait donner lieu à des complications dans ses actes, ses propos voire ses sentiments. Il court alors le danger de tomber dans l'autre extrême et de devenir trop dur et rejetant avec le patient ; ce qui retarderait ou même rendrait impossible l'émergence du transfert, condition préalable à toute psychanalyse réussie »\* (Ferenczi, 1918, p.338)

C'est donc au cours de la troisième phase que « le contrôle du contre-transfert » est à l'œuvre. Ce dernier ne peut opérer que si les deux phases précédentes ont, elles, été dépassées. Elle offre alors la possibilité au psychanalyste de «se laisser aller » au long cours de la cure.

Ici, apparaît une distinction fondamentale avec la théorie freudienne. En effet, pour la première fois, le contre-transfert n'est pas envisagé comme un écueil au processus analytique mais plutôt comme un outil indispensable de compréhension qui prend en compte les affects du psychanalyste.

En 1924, un article co-écrit avec Rank « *Perspectives de la psychanalyse* » va mettre au centre toute l'importance des affects du patient dans le déroulé de la cure. Les auteurs vont présenter dans cet ouvrage « *une étude technique et théorique sur la manière de conduire le processus analytique* ». Selon l'indication de Freud, le but essentiel de la psychanalyse est de «se remémorer ». Les répétitions sont alors considérées comme des obstacles issus des résistances des patients que l'analyste doit combattre. Contrairement à Freud, Ferenczi, envisage comme but fondamental de l'analyse, la perlaboration analytique. Il s'agit donc de prendre en compte la compulsion de répétitions et les différentes manifestations du transfert en séance, comme le « véritable matériel inconscient » à traiter. La remémoration en soi serait sans valeur. Seul l'éprouvé affectif in situ, dans le temps de la séance, offre la possibilité de remonter jusqu'aux souvenirs traumatiques et à partir de là, de les élaborer. Ferenczi croyait fermement que ce qui émerge dans « l'ici et maintenant » du processus analytique naît de la rencontre entre le

---

\* FERENCZI S. (1918). A propos de la technique psychanalytique. Dans Ferenczi S., *Oeuvres complètes psychanalyse, tome 2*, (tr.fr). Paris : Payot, 1990.

transfert de l'analysant et le contre-transfert de l'analyste. Cette rencontre permet l'exploration des couches les plus profondes du psychisme. En même temps, cette exploration justifie la nécessité d'autoriser l'analysant à régresser aussi loin qu'il en a besoin, et confirme le rôle du contre-transfert comme outil majeur pour reconnaître et détecter les éléments les plus significatifs du transfert du patient, à mesure qu'ils se déploient. Ferenczi accorde à la répétition une valeur essentielle dans le processus analytique, elle en serait la voie unique dans l'accès aux éléments inconscients et refoulés. Par ailleurs, l'inconscient est considéré par cet auteur, comme ce qui ne peut être remémoré et qui, dès lors, ne peut que se répéter.

Dans ce texte, devant les difficultés rencontrées avec certains patients dans le déroulé du processus analytique, Ferenczi envisage que ces dernières peuvent aussi être induites par le psychanalyste lui-même et plus précisément à cause de ses résistances contre-transférentielles. Ferenczi fait ici l'hypothèse d'un « contre-transfert narcissique » et comme Freud, il conçoit la place non négligeable que peut occuper le narcissisme du psychanalyste dans les déconvenues d'un traitement. Dès lors, le patient serait enclin à produire en séance un matériel attendu par l'analyste, non exploitable véritablement et conduisant le processus vers une butée.

Recevoir des patients très difficiles qui de fait, induisent un transfert des plus complexes, amène Ferenczi à reconsidérer le cadre classique de l'analyse. Sa recherche va alors s'orienter sur la question du trauma, qui devient ici centrale. Un lien sera alors tissé entre trauma et séduction qui, liée à l'objet dans un trop ou pas assez présent, va venir marquer « *de son empreinte quantitative la constitution de l'objet primaire interne* ». Ainsi, prendre en compte le traumatisme précoce fait apparaître si le psychanalyste a les capacités de l'accueillir sans en être effrayé et de traiter un matériau archaïque, bien en deçà de la problématique oedipienne. À nouveau, le contre-transfert est ici convoqué et l'analyste renvoyé à la constitution de son propre moi ; qui, s'il est suffisamment solide, le rendrait en capacité d'accueillir celui de son patient fragile et mal délimité. Ses recherches sur la question des traumas et des traumas réels vont le conduire à conceptualiser le mécanisme de l'identification à l'agresseur, avec son redéploiement sur la scène analytique.

En 1926, un article de Ferenczi intitulé « *Contre-indication de la technique active* » paraît, dans lequel l'auteur reconsidère cette technique : à la lumière de ses expériences, il la remet alors partiellement en cause devant les effets de résistance accrus des

patients, induits par la technique elle-même. Cette dernière représente, à ses yeux, une répétition des traumatismes premiers. Il en vient alors à reconsidérer la position de l'analyste et fait la proposition d'une technique qui nécessite « une élasticité souple ». Pour Ferenczi l'analyse est un processus évolutif, il ne peut pas en ce sens être conçu comme « un travail d'architecte c'est à dire de manière planifiée. Ferenczi parle de l'analyse comme un mouvement processuel, qui demande suffisamment de souplesse et de malléabilité de la part de l'analyste pour se dérouler.

En ce sens, l'analyste cherche à se concentrer sur les attentes du patient vis à vis de son analyste. Ce dernier, doit alors « se sentir avec » le patient. Apparaît ici pour la première fois, la notion de « tact » qui induit une attitude d'empathie. Et si l'analyste doit « montrer une bienveillance inébranlable », il doit aussi selon la « deuxième règle fondamentale » qui est celle de l'analyse de l'analyste, contrôler de manière rigoureuse non seulement son propre narcissisme mais aussi ses réactions affectives.

Ferenczi indique que l'écoute du patient va avec le contrôle, sans rigidité du contre-transfert. Ce texte marque un passage important du positionnement de Ferenczi vis-à-vis de la théorie freudienne, sur laquelle il continue de prendre appui tout en se garantissant une autonomie de pensées suffisante ; arguant à partir de là, de nouvelles propositions techniques.

La publication, en 1930 de « *Principe de relaxation et néocatharsis* », revient sur l'effet de répétition potentielle du trauma, si le cadre proposé par l'analyste n'offre pas « une atmosphère psychologique adéquate ». Ainsi, le manque de « tact » de l'analyste induit un effet de répétition dans la cure, des traumatismes infantiles. Pour que le processus ait lieu, le « tact » de l'analyste par sa tolérance (principe de permissivité) est de rigueur. Il s'agit donc de proposer au patient, une nouvelle technique dite de « relaxation » (ou néocatharsis) qui permettrait de mettre à jour des processus psychiques liés au refoulements traumatiques primaires en favorisant l'expression corporelle. Ce qui permettrait l'émergence par le biais du corps des traces mémorielles non accessibles jusqu'alors. Cette nouvelle technique dont le but central est de lever le refoulement originaire va mener par sa permissivité même, Ferenczi à des impossibles. Il va alors mettre un terme à son utilisation et en créer une autre, intitulée « *l'analyse mutuelle* » dont il attend le dépassement de ces impasses transféro-contre-transférentielles. Là encore, il sera en butte à des impasses, aux prises avec ces excès qui montrent combien pour Ferenczi la question du contre-transfert est centrale dans le travail analytique. Il

reste essentiel pour lui, que l'analyste ait suffisamment et profondément eu accès à son propre psychisme comme préalable à une écoute analytique. Mais cela vient aussi pointer, là où, pour Ferenczi, cela a manqué dans sa rencontre analytique de (trop) courte durée avec Freud.

L'œuvre de Ferenczi, au-delà des excès, enrichit considérablement la psychanalyse. Il introduit par ses recherches la question devenue centrale du contre-transfert, avec la prise en compte des affects qui circulent entre l'analyste et le patient comme moteur et non comme obstacle au déroulé du processus analytique. La question qu'il met à jour, celle de l'archaïque qui se rejoue dans l'analyse.

#### ***4.2.4. La (r) évolution des années 50***

À la suite de Ferenczi, la thématique du contre-transfert a fait l'objet de nombreux travaux, sans pour autant marquer par leur caractère novateur une avancée quelconque. L'appréhension négative de ce concept persiste alors, et l'indication de la nécessaire « froideur » du chirurgien par Freud reste majoritairement de rigueur. Mais, à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, différents mouvements vont être lancés et venir profondément bouleverser le paysage psychanalytique par le biais d'idées créatrices et de débats fructueux. Ce bouleversement est sous-tendu par des mouvements profonds qui changent la société durant cette période : l'immigration des analystes, le décès du père fondateur de la psychanalyse, le travail clinique, nouvellement engagé avec les enfants et les psychotiques. En effet, cette période est féconde sur plusieurs plans mais au préalable, le développement d'une proposition au sujet des relations d'objet était nécessaire, référence faite ici à la proposition de M. Klein, au sujet de l'identification projective. Des auteurs comme D. Winnicott, P. Heiman, H. Racker, M. Little, H. Searles, H.A. Rosenfeld et J. MacDougall dont nous allons suivre le chemin sont engagés entre ébullition et émulation dans de nouvelles recherches.



## 4.2.5. Vers des définitions du contre-transfert inédites

### 4.2.5.1. Winnicott : la haine et le contre-transfert

Sur une période qui s'étale de 1947 à 1960, Winnicott va faire part du développement de sa pensée au sujet du contre-transfert au sein de l'École anglaise de Psychanalyse, nous allons retenir un texte central qui paraît en 1947, il s'intitule « *La haine dans le contre-transfert* » est le premier qui ouvre cette recherche, il prend sa source à partir de son travail clinique avec des patients psychotiques. Il souligne que le travail de soin non seulement, constitue

« *une lourde charge affective pour ceux qui les soigne* »<sup>50</sup> (Winnicott, 1947, p.72)

mais exigerait des soignants accompagnateurs, une vigilance quant aux affects qui émergent en eux, dans la rencontre avec ces patients. Ce surgissement des affects au contact des patients est nommé en psychanalyse : contre-transfert. Winnicott apporte des précisions et avance trois « sortes de phénomènes » qui relèvent du contre-transfert :

- Le premier, nommé « *déviations* » est le refoulement chez l'analyste des sentiments contre-transférentiels, des relations et des identifications établis à partir de la relation avec le patient. Le travail clinique s'en trouve alors endommagé et seule la poursuite ou la reprise d'une analyse peuvent y remédier.
- Le second souligne toute la singularité des identifications et des tendances de l'analyste qui relèvent de son développement et de ses expériences personnelles. Il lui offre alors, un « cadre positif », ce qui rend le contre-transfert de chaque analyste unique.

---

<sup>50</sup> WINNICOTT D. W. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (pp. 72-82), (tr.fr). Paris : Payot, 2005.

- Le troisième correspond à un contre-transfert objectif, à l'endroit duquel l'amour et la haine émergent en réaction à la personnalité et au comportement du patient en présence.

Il est donc essentiel de repérer de manière objective les affects contre-transférentiels qui comprennent aussi la haine comme « *les éléments importants de l'analyse* »<sup>51</sup> (Winnicott, 1947, p. 73)

Au sujet des deux premières catégories, soulignons ici que Winnicott insiste sur la personnalité même de l'analyste, dans la place centrale que ce dernier occupe au sein de la dynamique de soin. La première catégorie insiste sur l'émergence du refoulement comme élément central de la « déviation » contre lequel l'analyste doit combattre dans la mesure où il peut alors induire des effets néfastes sur le déroulé de la cure. La seconde, à l'inverse, met en exergue la part positive de la personnalité de l'analyste et son rôle dans son travail clinique. Ici, le processus d'élaboration personnelle et de prise de conscience se trouve être totalement lié au développement personnel de l'analyste. Ce dernier est donc un outil essentiel dans le travail de soin engagé avec un patient. La troisième et dernière catégorie a pour thème le « *contre-transfert objectif* », il en fait un élément majeur des thérapies engagées auprès de patients psychotiques ou antisociaux. Par « *contre-transfert objectif* », l'auteur entend les réactions de l'analyste aux agissements, à la problématique de ce patient singulier, là, en présence. Si Winnicott souligne la présence de l'affect de haine dans la relation analytique, c'est que pour les patients psychotiques, l'amour et la haine sont en coïncidence.

Ainsi, toute manifestation d'amour en provenance de l'analyste fera courir au patient un risque de mort. En ce sens, ce dernier doit donc accepter d'être placé à cet endroit et doit avant tout admettre la haine qui surgit en lui. Une haine ici « *justifiée* » précise Winnicott. Ceci implique que l'analyste se sera donné les moyens d'avoir, au préalable, élaboré sa propre haine. Cette capacité de l'analyste à supporter des affects aussi intenses dans une répétition transférentielle permet d'avoir accès au vécu archaïque du patient. Ce qui est alors ressenti par l'analyste est à saisir comme un éprouvé présent dans le lien du nourrisson avec son environnement primaire. Ici, l'analyste, comme la mère dans les relations précoces, exerce les fonctions de Moi

---

<sup>51</sup> Ibid

auxiliaire. L'intensité des affects alors perçue en séance vient comme un signe de l'échec du travail de transformation qui n'a pas pu avoir lieu entre le nouveau-né et son environnement. Ce qui est alors sollicité chez l'analyste, c'est sa capacité à haïr sans détruire, c'est-à-dire sans exercer de représailles ; une capacité considérée par l'auteur, comme normale chez la mère. Pour le patient, il est primordial de rencontrer la haine qu'il suscite. Ce dernier ne pourra supporter cet affect si et seulement si l'analyste le consent en lui. Pour Winnicott, en fin de parcours de l'analyse, la haine aura à être interprétée ; autrement, l'analyse ne se terminera pas.

Ce texte de Winnicott ouvre sur une réflexion extrêmement riche à partir d'une différenciation qu'il établit entre les affects convoqués dans les problématiques psychotiques et névrotiques. La question du contre-transfert en lien avec le développement de l'analyste devient centrale et ouvre alors, à une possible créativité dans l'analyse. Par ailleurs, par « le contre-transfert objectif », l'auteur manifeste tout son intérêt pour les différences qualitatives des affects qui se logent chez l'analyste, entre traces de refoulement, réactivité à la problématique du patient et parties vives de la personnalité de l'analyste ; chacune de ces différences subissant l'influence des autres organisent alors de manière singulière le travail de l'analyse.

#### *4.2.5.2. Paula Heimann : « À propos du Contre-transfert »*

Cet article de Paula Heimann, publié en 1950 dans l'international journal of psychoanalysis suite à la présentation de son texte dans le cadre du congrès de Zurich l'année précédente, se présente dans une lignée freudienne, dans une tentative d'affiliation à Freud avec en même temps quelques écarts que nous aborderons un peu plus loin. Par ailleurs, bien que nous percevions des traces profondes du travail de pensée de Ferenczi ici, ce dernier n'est à aucun moment cité en référence dans ce texte. Enfin, par cet écrit, Paula Heimann, semble vouloir montrer un écart avec les travaux conceptuels, inscrits dans le mouvement kleinien. Nous notons au sujet de cet article, le caractère positif exposé pour la première fois, au sujet du contre-transfert. Elle formule ainsi

*« La thèse est que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la*

*situation analytique constitue son outil de travail le plus important. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument d'investigation de l'inconscient du patient »<sup>32</sup> (Heimann, 1987, p.24)*

Dans ce texte, l'auteur, dès son introduction, insiste sur le fait que pour bon nombre d'analystes, le contre-transfert ne serait qu'une cause de perturbation induite par une mauvaise lecture des textes freudiens. Ainsi, pour ces analystes, l'évitement de toute émotion garantirait le bon déploiement du processus analytique. Nous retrouvons ici ce que Ferenczi avait pointé comme obstacle au procès du travail analytique et nommé « résistance au contre-transfert ». Pour autant, elle récuse la posture de ce dernier ainsi que celle, défendue par M. Little qui impliquerait le besoin de révéler quelquefois ses émotions au patient. Cette conduite, désignée par Paula Heimann de « *confession* », se révèle être un « *fardeau* » pour le patient.

Pour l'auteur, le contre-transfert représente

*« la totalité des sentiments que l'analyste éprouve pour son patient ». »<sup>33</sup>*

Paula Heimann fait donc du contre-transfert son « outil le plus important » et s'écarte ainsi, de la position freudienne qui place, elle, au premier plan, l'inconscient de l'analyste comme voie d'accès au monde interne du patient. Cette position marquée par son excès ne doit pas pour autant faire disparaître le caractère positif et la place fondamentale qu'elle donne au contre-transfert pour la première fois à ce concept. D'ailleurs à ce jour, peu de psychanalystes en contestent l'importance.

---

<sup>32</sup> HEIMANN P. (1987). A propos du contre-transfert. Dans Heimann (Eds), *Le contre-transfert*, (pp 23-29), (tr.fr).Paris: Navarin.

<sup>33</sup> Ibid

#### 4.2.5.3. Heinrich Racker : concomitance entre l'élaboration anglaise et argentine

En 1948, quelques mois avant la publication du texte de P. Heimann, H. Hacker, en Argentine, fait part de ses réflexions au sujet du contre-transfert devant l'Association psychanalytique argentine. De manière synchrone, ces deux auteurs vont élaborer sur ce même sujet qui comprend de nombreux points de convergence dont celui, essentiel du contre-transfert comme nouvel outil technique. À cela, s'ajoute le fait que si l'analyste devient son propre outil de travail, sa tâche primordiale sera de le bonifier par le biais d'une auto-analyse permanente.

Ainsi, H. Racker, indique

*« Presque dès les débuts de la psychanalyse, le travail par l'élaboration du transfert est apparu comme étant la tâche centrale de la technique. (...) D'un autre côté, le contre-transfert, contrepartie et complément du transfert, était un sujet à peu près inabordable avant la fin des années 40 »<sup>4</sup> (Racker, 1997, p.14)*

L'auteur s'intéresse de manière approfondie aux questionnements engendrés par un tel concept : il postule l'existence d'une « névrose de contre-transfert », semblable à la névrose de transfert que traverse le patient. Il va poursuivre sa réflexion et s'attacher à l'exploration du contre-transfert dans sa fonction d'outil en se concentrant sur ses formes « très intenses » voire « pathologiques » ; affirmant que ces dernières peuvent constituer un instrument de compréhension. Contrairement à P. Heimann qui circonscrit le contre-transfert aux seules réactions de l'analyste, H. Racker, lui, va l'élargir aux objets internes. Le contre-transfert ne se définit pas comme un piège ou un outil, il se combine au transfert en tenant alors un rôle essentiel sur son destin.

Pour H. Racker, transfert et contre-transfert ne cessent de dialoguer ensemble. C'est une « bipathie » qui va se créer dans le contexte de la situation singulière de la situation analytique. Cette dernière va donc orienter différemment l'attention de

---

<sup>4</sup> RACKER H. (1997). La névrose de contre-transfert. Dans Racker H., *Etudes sur la technique*, (tr.fr). Lyon : Cesura.

l'analyste, qui jusqu'alors se trouvait être canalisé exclusivement sur le patient. Par ailleurs, cet auteur distingue deux aspects de réactions contre-transférentielles : celles où le moi de l'analyste se trouve peu engagé, les fantasmes identifiés comme tels qui émergent sont alors associés à peu d'affects, et celles où le moi de l'analyste est convoqué massivement par des émotions, donnant alors aux fantasmes le statut de réalité. Cette forme de réaction contre-transférentielle est nommée par l'auteur « *des positions* ». Ces deux réactions émergent, précise l'auteur, comme réponse au transfert. Ainsi, lorsque le patient lui-même, peut reconnaître sa vie interne et la transmettre à l'analyste, ce dernier répond par des fantasmes, distincts de la réalité ; alors que les agirs du patient vont engendrer des fantasmes particulièrement investis et peu discriminés de la réalité. Selon H. Racker, transfert et contre-transfert sont indissociables dans le travail analytique. En prolongeant notre lecture, nous découvrons que l'auteur distingue différents types de contre-transfert : un premier nommé contre-transfert direct, tourné sur le patient. Ce dernier devient alors

*« de façon immédiate, une surface de projection pour les images de ses objets introjectés par l'analyste et des « egos-imagos » de l'analyste. En même temps, il devient l'objet des tendances de l'analyste dirigées sur ces images.»<sup>55</sup> (Racker, 1997, p.157)*

C'est la notion d'empathie avec le patient qui est à l'œuvre ici. Un second, le contre-transfert indirect qui concerne non pas le patient, mais un tiers investi affectivement (Institution d'appartenance, superviseur, groupe de travail...), un objet extérieur qui possède des propriétés surmoïques. H. Racker nomme par ailleurs, « *sous transfert* », un processus dirigé sur le patient qui est vécu alors comme le surmoi du psychanalyste.

Pour H. Racker, il existe plusieurs formes de contre-transfert associées à des formes d'identifications qui doivent être soumises à l'auto-analyse du psychanalyste dans le but d'accéder justement à une vision globale du contre-transfert. Cet auteur va inventorier les formes identificatoires à l'œuvre dans le contre-transfert. Le contre-transfert est

---

<sup>55</sup> Ibid

*« L'expression de la constellation interne de l'analyste, stimulée par l'analysant qui représente pour l'analyste, une part ou l'autre de son moi (et de son ça), ou l'un ou l'autre de ses objets. »<sup>56</sup> ( Racker, 1997, p.80)*

Tout d'abord, il y a l'identification partielle où le Moi de l'analyste va s'identifier au Moi de son patient, ce qui lui permet alors de garder une distance suffisante pour parer à des conflits éventuels avec ce patient. Ici, le moi de l'analyste se place en tant qu'observateur de la relation intersubjective entre patient et analyste. Ensuite, l'identification concordante où chaque instance de l'analyste va venir s'identifier à l'instance correspondante du patient, constituant les bases de l'empathie. Par ailleurs, une autre forme d'identification contre-transférentielle, nommée identification complémentaire correspond à l'identification de l'analyste aux objets internes que l'analysant a projeté en lui. Ces différentes identifications sont fondées sur les mécanismes d'introjection et de projection, c'est-à-dire sur

*« La résonance de l'externe sur l'interne, sur la reconnaissance de l'étranger comme sien (...) et dans la confrontation de ce qui lui est propre avec l'étranger »<sup>57</sup> (Racker, 1997, p.176)*

Les identifications concordantes ne peuvent pas être écartées du contre-transfert, dans la mesure où ces dernières reflètent aussi des processus infantiles du psychanalyste.

Il est nécessaire de souligner que pour cet auteur, l'identification de l'analyste aux aspects conflictuels de la personnalité du patient est la condition première qui permet d'une part de saisir et ensuite de restituer ce qui a été compris par le biais d'une interprétation appropriée. Ainsi, l'écoute de son contre-transfert offre à l'analyste la possibilité, non seulement d'avoir accès au conflit central de l'analysant, mais aussi d'envisager les objets internes que ce dernier a projetés sur lui. Et à partir du moment où les effets du contre-transfert sont potentiellement négatifs, ces derniers vont induire une

---

<sup>56</sup> Ibid

<sup>57</sup> Ibid

modification du transfert tout en restant un agent de compréhension. H. Racker est donc un de ces analystes pour lesquels les identifications projectives représentent un mécanisme central dans la compréhension de la relation transféro-contre-transférentielle. Il indique deux positions au sujet du rôle que joue les identifications projectives dans le contre-transfert. La première indique la prudence nécessaire à garder afin de ne pas établir une équipollence trop directe entre le ressenti de l'analyste et celui de son patient. La seconde part du constat que parfois, un fantasme perçu par l'analyste soit ensuite partagé par le patient, l'auteur fait alors l'hypothèse que cela puisse être le résultat de ce que l'analyste a saisi lors des séances précédentes, sans pour autant déduire la présence d'identifications projectives.

Les articles et ouvrages de H. Racker ainsi que l'article de P. Heimann indiquent combien, pour ces auteurs, le contre-transfert est un effet des identifications projectives, sans pour autant le pointer directement dans leurs écrits respectifs. Par ailleurs, pour H. Racker si l'aptitude à comprendre dépend de la disposition de l'analyste à s'identifier suffisamment à son patient, elle se trouve être également rattachée à sa possibilité à conserver une part de contre-transfert positif. À partir de là, le contre-transfert positif permet à l'analyste de dépasser ses propres résistances, accéder à une énergie suffisante pour permettre une transformation dans le processus analytique. Et afin de conserver un contre-transfert positif, il est nécessaire à l'analyste d'avoir recours à un clivage qui va maintenir séparé le Moi en une partie irrationnelle qui expérimente et une partie rationnelle qui observe. Par ce biais, H. Racker fait l'hypothèse que

*« La perception de ces réactions contre-transférentielles l'aidera à devenir conscient des situations transférentielles continues de l'analysant et à les interpréter au lieu d'agir, inconsciemment régi par ses réactions, comme cela arrive souvent »<sup>88</sup> (Racker, 1997, p.179)*

À partir du moment où un analyste est suffisamment habile pour comprendre ce qui se joue dans le transfert, ce dernier sait ce qu'il doit interpréter et dans quelles

---

<sup>88</sup> Ibid



circonstances le faire. En somme, pour cet auteur le contre-transfert a un effet direct sur la transformation psychique qui se produit au cours du travail de la cure. De manière opposée, le contre-transfert négatif ou sexuel vient perturber le processus et signaler l'existence de contre-résistances, souvent induit par un défaut des identifications concordantes de l'analyste. Le contre-transfert devient alors un frein au mouvement processuel de l'analyse. Selon H. Racker, deux facteurs principaux vont contribuer à l'émergence du contre-transfert négatif : d'une part, une prédisposition chez l'analyste dans son lien à ses patientes par exemple, à

« *Vivre tous les sentiments et les pulsions qu'il dirigeait sur sa mère pendant la phase oedipienne* »<sup>99</sup> (Racker, 1997, p.144)

et d'autre part, l'interdit pousse vers des formes passives de l'expression des pulsions phalliques (par exemple, le désir que la patiente n'ait pas de relation érotique en dehors de la cure ou que la patiente tombe amoureuse..).

Dans le prolongement de son étude, H. Racker observe que le surgissement de ces contre-résistances peut même apparaître comme un outil de compréhension. Il nomme *contre-résistances*, les moments où le psychanalyste ne fait pas une interprétation à laquelle il a pourtant eu accès. Leur apparition doit donc aider l'analyste à affiner la lisibilité de la situation jusqu'alors restée partielle.

La pensée de H. Racker, dans son raisonnement déductif, conduit à envisager cette présentation comme partiellement mécaniciste, où la surprise n'aurait pas sa place, réduisant ainsi la part de créativité qui pourrait surgir. Ce qui reste saillant ici, c'est la part que prend le contre-transfert comme moyen d'accès et de compréhension du transfert. Alors, en refoulant son contre-transfert, l'analyste va se priver d'un outil primordial pour la direction de la cure.

---

<sup>99</sup> Ibid

#### 4.2.5.4. Margaret Little : une réponse totale de l'analyste

M. Little donne à la subjectivité de l'analyste une place centrale dans ses écrits, là où P. Heimann et H. Racker se bornaient à une fonction de réceptacle. Le contre-transfert est ici rattaché à l'histoire infantile de l'analyste et il n'est plus question pour ce dernier de saisir ses affects comme étant la production du patient mais plutôt de les traiter afin que le patient puisse à son tour avoir accès, aux sources inconscientes de ses affects. Le travail de pensée de M. Little s'inscrit dans la lignée freudienne et prend par ailleurs son appui sur la pensée winnicottienne. Il est important de noter que Winnicott a été l'analyste de M. Little et que ce dernier a profondément marqué toute son élaboration théorico-clinique. Par ailleurs, la lecture des différents textes de cette analyste laisse paraître en fond, l'influence des écrits de Ferenczi mais ce dernier reste peu nommé. Cette analyste a développé une pensée originale dans un style personnel, incluant dans ses recherches théoriques des éléments de sa vie personnelle et de son expérience de patiente.

À partir de sa pratique clinique auprès de patients états limites, elle conceptualise un processus central qu'elle nomme *l'unité de base* dans l'intention de mieux comprendre tant les phénomènes limites que la relation transféro-contre-transférentielle. Cette notion fait référence à l'indifférenciation totale qui caractérise un état premier, celui du nourrisson, et, en ce sens, vie psychique et vie corporelle sont alors non distincts. Cette indifférenciation induit le fait que les souvenirs de cette période de la vie sont corporels, alors « la mémoire – dans sa forme primitive – consistera à

« Reproduire » ou à mettre en actes ces souvenirs de façon concrète, physique »<sup>60</sup> (Little, 1985, p.283)

Dans le temps de la cure, une remise en scène s'organise sur ce même mode.

Afin que l'enfant puisse intégrer psychiquement les différentes expériences

---

<sup>60</sup> LITTLE M. (1985). Sur la voie de la santé mentale : les soins maternels précoces. Dans Little M., *Des états-limites, l'alliance thérapeutique*. (tr.fr), (pp. 279-303). Paris : Des femmes, 1991.

auquel il est soumis dans un sentiment de continuité psychique, il est impérieux que l'environnement s'adapte étroitement à ce dernier. À partir de là, le processus de différenciation se trouve enclenché dans le passage de un à un à deux corps existants de plus en plus distinctement. Il est donc nécessaire que le bébé reçoive des réponses adaptées pour que les gestes-réflexes se transforment en gestes conscients. Mais, si l'environnement n'est pas en capacité de rétablir l'unité intra-utérine, une discordance va surgir, induisant à partir de là une rupture qui ne permettra pas à l'enfant d'intégrer psychiquement ses expériences. Des îlots délirants feront alors leur apparition si l'enfant demeure fixé à cet état de un. Ainsi, dans le travail de cure analytique un transfert délirant va faire son apparition avec des angoisses d'anéantissement associées au risque de perte d'identité. Le patient fera alors l'expérience d'une totale dépendance à l'analyste, seul témoin à confirmer l'existence d'une personne qui éprouve ces sentiments. Dès lors, c'est par le biais d'une régression à l'unité de base que les éléments délirants peuvent être circonscrits et déconstruits. C'est un moment extrêmement délicat dans la mesure où cette indifférenciation se trouve à la fois être attendue par le patient et dans le même temps à laquelle il tente de se soustraire. C'est un processus qui concerne autant le patient que l'analyste mais qui résulte de l'aptitude de l'analyste à « offrir » son Moi et à braver lui aussi un paradoxe. En effet, l'analyste doit être ici en mesure de supporter l'unité de base sans pour autant se soustraire de son identité différenciée. Et au cas où ce dernier ne parvient pas à sauvegarder cette différenciation, une psychose de contre-transfert risque alors de s'imposer.

M. Little souligne que c'est un danger qui reste en fond pour chaque analyste engagé dans un travail avec des patients psychotiques ou état-limite, où les émotions peuvent être d'une intensité paroxystique. Ici, l'auteur tente de préciser la place que tient l'analyste dans le déploiement des mouvements d'indifférenciation et de séparation qui marquent le parcours de la cure avec ces patients psychotique ou état-limite. L'analyste doit soutenir dans un premier temps, la régression à l'unité de base pour ensuite rompre le délire et à partir de là engager le processus de différenciation. Selon M. Little, une interprétation verbale reste inaccessible. Ici, c'est l'établissement d'un « contact » qui précède toute interprétation verbale et permet au patient de discerner son état d'être séparé. Cette proposition de « contact » à établir, émise par M. Little n'est pas sans rappeler le terme de « tact » utilisé par Ferenczi comme manière de consentir à la répétition du trauma dans la cure. Comme nous l'avons vu précédemment pour Ferenczi, il était primordial que les vécus traumatiques précoces se répètent dans

la cure grâce à la posture de l'analyste, son « tact », son aptitude à « sentir avec », autrement, ils pouvaient rester inaccessibles. Si Ferenczi met en exergue l'expression affective de ces traumatismes, M. Little, elle, en précise la nature corporelle. Pour cette dernière, c'est le procès analytique lui-même qui laisse émerger les vécus corporels précoces, dans une mémoire bien antérieure à toute représentation différenciée. Cela a pour effet un engagement autre de l'analyste dans le travail de la cure, quelquefois ce dernier est amené à se risquer dans une communication corporelle avec le patient. Ainsi, le « contact » prend forme à partir par exemple, d'une gestuelle, ce qui a pour effet de le rendre accessible au Moi corporel du patient. Ce « contact » peut prendre le chemin d'une parole, il s'agit avant tout de toucher psychiquement le patient.

M. Little publie quatre textes dont l'objet central est le contre-transfert et ses publications montrent comment ce concept évolue dans le temps pour elle. Dans le cadre de ce travail, nous allons retenir les trois premiers de ses textes, le quatrième apportant peu d'éléments nouveaux en lien avec la problématique que nous abordons ici. Son approche novatrice confère à ses textes une importance sans doute insuffisamment reconnue. Dans le premier texte, publié en 1951, ce sont les retentissements du contre-transfert sur le patient qui sont alors étudiés. Dans ce texte, M. Little se situe autant comme analyste que comme patiente et centre ici, sa réflexion sur les mouvements d'identification de l'analyste à son patient. Dans son second texte, « *L'apport positif du contre-transfert* », elle visite dans une approche qu'elle souhaite globale, la relation établie entre l'analyste et le patient et éclaire plus précisément les processus à l'œuvre dans l'auto-analyse. Elle dégage dans le « *Contre-transfert et les réponses qu'y apporte le patient* » quatre idées principales au sujet du contre-transfert :

- Les attitudes que l'analyste établit inconsciemment vis à vis du patient
- Les éléments refoulés et non analysés de son histoire qui sont alors transférés sur le patient
- Les comportements typiques provoqués par le transfert du patient
- Le comportement global de l'analyste en présence du patient

Une autre question est abordée ici et concerne les résistances de l'analyste. Ces

derniers mettent l'analyste dans l'obligation d'engager une analyse didactique dont le but premier est de lui permettre d'assumer ses pulsions afin de ne plus développer, à leur rencontre des formes de résistance, et ce, avec toute la limite induite par l'inconscient. Et si l'analyste persiste dans ses résistances à la prise de conscience de son contre-transfert, le patient peut alors s'y identifier ou tenter de les rompre, ce qui induira des angoisses massives pour l'un et pour l'autre. Et, précise M. Little, à partir du moment où l'analyste aura dépassé ses résistances, le patient l'aidera dans sa tâche. Il s'agit ici d'un « effort conjoint », transfert et contre-transfert n'ont pas à être circonscrits dans des synthèses individuelles mais en une synthèse. L'auteur se situe ici dans la lignée de Freud en s'étayant sur la fonction de miroir tenue par l'analyste. Elle rajoute à cela la fonction miroir tenue par ailleurs par le patient, ce qui va alors avoir pour effet de montrer le contre-transfert de l'analyste. M. Little a ressenti la nécessité d'apporter ici des précisions au sujet de la question des miroirs afin de se distinguer de la position férenczienne. En effet, ici, il n'est pas question d'analyse mutuelle, l'analyste reste dans sa position d'analyste sans faire référence à son histoire personnelle. Il s'agit d'être engagée tout en restant dans un écart. L'auteur indique

*« le contre-transfert inconscient est ce qui a le plus de chance de précipiter une réponse inappropriée, et la seule garantie à cet égard est que l'analyste s'auto-analyse en permanence. »<sup>61</sup> (Little, 1957, p.58)*

Ainsi, le miroir présenté par le patient à l'analyste serait le pivot d'une auto-analyse permanente. Un point particulier à la théorisation de M. Little touche l'erreur d'interprétation du contre-transfert. En effet, selon elle, l'analyste se doit de corriger toute interprétation inexacte et de reconnaître son erreur à cet endroit pour laisser au patient la possibilité d'exprimer ses affects. Elle doit donc être énoncée. Cette position a eu pour effet de provoquer des débats animés et des controverses au sein de la communauté analytique.

---

<sup>61</sup> LITTLE M. (1957). R- la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient. Dans Heimann P. et coll, *Le contre-transfert*, (pp 48-76), (tr.fr). Paris : Navarin Editeur, 1987.

L'auteur souligne que non seulement le patient aide l'analyste à prendre conscience de son contre-transfert mais qu'il parvient également par détenir un savoir inconscient sur les affects, conscients ou non, que l'analyste lui porte. Selon elle, ce savoir qui doit être distingué des fantasmes, doit apparaître consciemment et ici, l'analyste tient une place nécessairement importante ; elle va favoriser ou non son émergence, ceci en fonction du développement des résistances.

L'auteur poursuit sa réflexion et en 1957, publie un texte intitulé « -R- la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient ». Elle interroge plus précisément ici, la singularité du travail analytique avec des patients sujets aux angoisses psychotiques. Afin de ne pas restreindre la relation entre l'analyste et l'analysant au vécu infantile qui se répète, elle utilise donc cette expression « réponse totale » qu'elle définit ainsi

*« Tout ce qu'un analyste dit, fait, pense, imagine, rêve ou ressent tout au long de l'analyse, en rapport avec son patient. »<sup>62</sup> (Little, 1957, p.49)*

De la place de l'analyste, il va s'agir de répondre

*« Aux besoins de son patient, quels que soient les besoins, et quelle que soit la réponse »<sup>63</sup> (Little, 1957, p.49)*

Ici, c'est le sentiment d'exister qui va prévaloir et les mouvements pulsionnels vont alors occuper l'arrière plan. La réponse apportée par l'analyste sous forme variable de geste, de parole, de silence ou de réaction va être l'aboutissement de la liaison des mouvements libidinaux et agressifs de l'analyste envers son patient. Nous percevons ici toute l'influence de Winnicott avec le besoin primordial du sentiment d'exister. La forme de réponse apportée (expression de sentiments) souligne l'auteur n'est toutefois pas une interprétation, même si ils peuvent avoir des effets analogues. Ils vont permettre dans un temps second, l'accès aux interprétations. Il est à nouveau question

---

<sup>62</sup> Ibid

<sup>63</sup> Ibid

dans ce texte du double mouvement permanent d'indifférenciation et de séparation entre l'analyste et l'analysant. L'auteur précise que l'analyste

*« Entre dans le monde intérieur du patient et en fait partie, tout en demeurant simultanément extérieur à ce monde et séparé »<sup>64</sup> (Little, 1957, p.113)*

À partir de là, l'analyste s'engage en acceptant

*« D'éprouver des sentiments, à propos de son patient, avec lui et parfois même à sa place, au sens où il fournit des sentiments que le patient est incapable de trouver en lui-même et en l'absence desquels aucun véritable changement ne peut avoir lieu »<sup>65</sup> (Little, 1957, p. 116)*

Tout le travail de l'analyste consiste alors en une énonciation explicite et claire de ces sentiments sinon ces derniers ne seront ni perçus, ni tangibles par le patient en défaut de symbolisation. L'analyste, par ses capacités de présence et d'écoute, va permettre au patient de s'identifier à lui, en tant que sujet sensible qui éprouve des sentiments et qui est par ailleurs apte à les formuler. Dans le même temps, il doit pouvoir faire face aux assauts implacables de la folie tout en faisant savoir qu'il ne peut pas tout supporter.

Un autre élément saillant de cet article concerne, la place de la créativité dans la technique analytique, toujours en lien avec le contre-transfert. Ainsi, dans sa conclusion, M. Little précise que sa technique change en fonction du patient, de la phase de la cure et arguant que le contre-transfert n'est en rien quelque chose de fixe, de gelé. L'analyste doit donc au fil de sa pratique, créer une approche personnelle dans sa manière d'apporter une réponse aux besoins de son patient. La souplesse est donc de rigueur dans la technique analytique, ainsi que la prise de risque inhérente à la créativité. Cette

---

<sup>64</sup> Ibid

<sup>65</sup> Ibid

créativité pourra dès lors se déployer si l'analyste accepte de faire des expériences et de les renouveler. Nous reviendrons plus tard sur cette assertion dans la mesure où elle vient directement toucher notre pratique clinique prise dans les rets de l'impasse.

M. Little va continuer sa réflexion au sujet de la subjectivité de l'analyste avec la parution, en 1960, de l'article intitulé « *L'apport positif du contre-transfert* ». Elle va avoir à nouveau le souci de préciser le concept de contre-transfert mais c'est la question de la nécessaire créativité de l'analyste qui va être au centre ici. Cette créativité est convoquée par ces patients état-limite qui se distinguent des névrosés par leur caractère imprévisible qui va rendre impossible ce qui est décrit par Winnicott du processus analytique s'organisant à partir « *d'un effort mental, aisé mais conscient* » qui va induire l'émergence d'idées et de sentiments. Ces derniers sont alors « passés au crible » au préalable de toute interprétation. Avec les patients évoqués par M. Little, il est impossible de ne pas réagir face aux comportements imprévisibles de ces derniers. Une réaction alors équivalente à une interprétation, elle doit donc être une présentation de la réalité. Dans cette réponse apportée au patient de manière spontanée, c'est la partie inconsciente de son Moi qui se trouve alors impliquée, celle-là même qui prend part au contrôle des pulsions. L'auteur indique que les réactions imprévisibles du patient convoquent à la fois le Moi et le Ça de l'analyste. Cependant lorsque le Surmoi s'immisce, cela atteste d'un contre-transfert inconscient qui aura pour effet d'endiguer le processus créatif.

Être en capacité d'accueillir ces réactions intempestives de la part du patient implique une certaine liberté de l'analyste, c'est-à-dire avoir une confiance suffisante dans les potentialités de son « self », ce qui permettra alors à ce dernier de parvenir à la régression psychique nécessaire à ces patients. Cela pourra alors être une occasion pour les deux personnes en présence d'un changement psychique. L'auteur termine son article en mettant en avant la subjectivité de l'analyste, elle souligne

« *Sans contre-transfert inconscient, il n'y aurait ni empathie ni même analyse* »<sup>6</sup> (Little, 1960, p.233)

---

<sup>6</sup> LITTLE M. (1960). L'apport positif du contre-transfert. Dans Little M., *Des états-limites*, (pp. 225-233), (tr.fr). Paris : éd Des femmes Antoinette Fouque, 2005.



Ce qui offre à l'analyste la possibilité d'accéder à la compréhension de son patient prend son origine dans le souvenir des expériences de l'enfance ainsi que ceux issus de son travail analytique personnel. C'est bien dans l'intériorité de l'analyste et à partir de ses failles mais aussi de ses capacités, que ce dernier va tisser sa manière toute personnelle d'exercer la psychanalyse et de s'engager avec son patient.

La présentation de ces différents textes témoigne de la pensée singulière et riche de M. Little. Il est important de souligner que l'approche du concept de contre-transfert ne représente qu'un des aspects traités dans son travail de recherche. Ce dernier s'organise à partir d'une clef de voute nommée « unité de base » et se complexifie par la mise en place du concept de réponse totale de l'analyste aux besoins du patient. Ici, nous nous attacherons principalement à sa réflexion menée à partir de son travail clinique avec des personnalités limites où le corps tient une place centrale et le fait que chaque analyste dans son travail doit être en capacité de créer, de prendre des risques dans les réponses à apporter à ces patients singuliers. Aussi, répondre de manière créative et peut-être surprenante serait le gage d'un changement potentiel non seulement pour le patient, mais aussi pour l'analyste. N'est-ce pas justement dans la réponse unique et inventive, apportée à ce patient là, reconnu dans sa singularité que le travail de changement peut opérer ?

#### 4.2.5.5. Harold Searles

Le travail de pensée de H. Searles aux États-Unis se situe dans le prolongement de celui de M. Little et prend également sa source à partir d'une pratique clinique avec des patients psychotiques. Son questionnement s'est orienté sur le processus de régression, nécessaire selon lui à l'accomplissement de la cure qui entraîne chacun des deux partenaires à des états précoces. Il est important de souligner que dans la conception de cet auteur, transfert et contre-transfert s'articulent en permanence. Par ailleurs, il définit le contre-transfert dans son sens élargi, des attitudes et des affects conscients et inconscients pour le patient. Bien plus que M. Little, cet auteur dans son élaboration au sujet du contre-transfert, va prendre appui sur des exemples qui le concernent personnellement et sans hésitation, il mentionne tel ou tel trait de sa

personnalité, tel fragment de son analyse, tel obstacle rencontré dans ses relations précoces et son retentissement dans son travail d'analyste. Dans la lignée de D. W. Winnicott et de M. Little, pour H. Searles le cœur de la cure se déploie en l'analyste et le parcours analytique du patient va dépendre des capacités de ce dernier à mettre au travail fantasmes et traumatismes. Ainsi, le travail de la cure va conduire le patient autant que pour l'analyste vers une maturation.

Pour H. Searles, un enchevêtrement opère en permanence entre transfert et contre-transfert dans un rapport de symétrie. En effet, patient et analyste sont assujettis à un processus de régression, ils doivent donc tous deux affronter les mêmes angoisses archaïques et surmonter des mécanismes de défense. Cet auteur indique que le « besoin de dépendance » se trouve être au cœur des pathologies schizophréniques et état-limite et va émerger dans le travail de la cure, aux deux niveaux : transférentiel et contre-transférentiel. Ainsi, le patient

*« Recherche quelqu'un qui assumera totalement la responsabilité de satisfaire tous ces besoins tant physiologiques que psychologiques, l'autre ne devant, en contrepartie, ne rien attendre de lui »<sup>6</sup> (Searles, 1955, p.94)*

C'est donc de la dépendance éprouvée par le nourrisson dont il s'agit ici ; une dépendance qui aurait été contrariée durant l'enfance, n'ayant pas trouvé de satisfaction suffisante. La pathologie se révèle alors comme une défense contre cette nécessité de dépendance dans la mesure où elle devient une source d'angoisse massive qui se manifeste par exemple par l'effroi de disparaître en l'autre ou celle de perdre son identité. Admettre ce besoin de dépendance manifeste un désir intense d'être en relation avec un autre sur un mode infantile et dans le même temps être conscient que l'autre est essentiel à la survie va induire un fort sentiment de solitude qui va être insupportable. Et dans le cadre de la cure au niveau transférentiel, l'analyste va alors prendre des figures parentales rejetantes et hostiles et devenir à son tour aux yeux du patient rejetant et hostile. Il va par ailleurs, projeter sur l'analyste son rejet de la dépendance. Au niveau

---

<sup>6</sup> SEARLES H. (1955). Les processus de dépendance dans la psychothérapie de la schizophrénie. Dans Searles H., *L'effort pour rendre l'autre fou*, (pp. 93-163), (tr.fr). Lieu : Edition, 2006.

contre-transférentiel, la complexité est aussi de mise et se traduit par la capacité de l'analyste à accepter de sa place, son besoin de dépendance au patient. Ceci va engendrer chez lui de fortes angoisses contre-transférentielles en tentant de les maintenir inconscients. H. Searles souligne que pour l'analyste s'engager dans un tel travail signe bien chez ce dernier sa difficulté dans ce type de dépendance qui, refoulée va se traduire défensivement sous deux formes :

- L'irrésistible nécessité d'aider est la projection sur le patient de son besoin singulier de dépendance qui va se traduire en cas de difficulté en un sentiment de culpabilité. Ce dernier va alors provoquer des interprétations prématurées, en réponse au seul besoin de l'analyste de parler ; signe qui vient alors révéler un reste de l'omnipotence infantile. Ici, le travail de l'analyste ne va pas consister à réparer les insuffisances antérieures mais plutôt d'accéder à une prise de conscience afin de les élaborer. Pour se faire, l'analyste doit donc accepter ses propres limites et ainsi, le patient pourra-t-il à son tour renoncer à l'omnipotence infantile.
- Cet irrésistible besoin d'aider est une défense qui concerne les besoins du patient que le thérapeute se montre incapable d'entendre. Néanmoins, à partir du moment où l'analyste admet en lui-même la présence de cette dépendance, il offre la possibilité que se déploie progressivement avec le patient une symbiose thérapeutique par l'intermédiaire de laquelle le transfert psychotique peut alors advenir. Cette relation symbiotique, dans le transfert, va venir répéter le stade du développement auquel s'est arrêté le patient qui n'a pas eu accès à l'individuation. L'auteur précise l'individuation est un procès qui se récupère au long cours de la vie. Par ailleurs, lors de cette étape de symbiose ambivalente, le mépris est présent, révélateur dans le transfert du désillusionnement. Ce dernier point au cours du développement de l'enfant à la sortie de la relation symbiotique où l'objet au départ totalement bon, va devenir insatisfaisant. L'émergence du mépris est un passage nécessaire qui permet de quitter la représentation d'un autre omnipotent. Dans le cours du développement normal, c'est l'ambivalence qui émerge alors, suite au désillusionnement. Ce sentiment de mépris est par ailleurs une défense, tant du côté du transfert que celui du contre-transfert contre des affects chargés d'angoisse : celui qui est méprisé ne va plus susciter consciemment de l'effroi ou de la tristesse. Il vient donc se poser en défense contre la symbiose pré-ambivalente au cours de laquelle le patient comme l'analyste s'adonnent à une forme d'admiration. L'analyste aussi est soumis à ce

sentiment de mépris qui doit donc être reconnu, accueilli sans culpabilité et élaboré dans le but de permettre au patient d'affronter ses propres affects. Sinon, le mépris refoulé va surgir sur la scène analytique sous forme d'agirs, compromettant alors le déroulement du processus thérapeutique. L'auteur indique que

*« C'est maintenant le propre désillusionnement non « perlaboré » du thérapeute, datant de la symbiose infantile qu'il a eue avec sa mère, qui constitue un facteur contre-transférentiel sur lequel achoppe, dans bien des cas, le progrès thérapeutique »<sup>68</sup> (Searles, 1962, p.534)*

L'élaboration suffisante du contre-transfert est au centre du travail analytique. Par ailleurs, l'analyste doit se rendre suffisamment sensible au miroir que lui tend le patient afin qu'une démarcation se profile entre la place prise, dans le transfert, des aspects ignorés ou refoulés de la personnalité de l'analyste et la répétition de l'histoire infantile du patient. Nous voyons là apparaître chez H. Searles des modalités du transfert qui réfléchit à la fois les relations précoces du patient et divers aspects de la personnalité de l'analyste. À l'intérieur de l'analyste se compose une histoire, extérieure à lui, dépourvu de mots pour la dire. Ici, transfert et contre-transfert s'organisent dans un mouvement double qui va contraindre à un double cheminement afin que la symbiose thérapeutique émerge et qu'advienne ensuite le processus d'individuation.

H. Searles parle de la symbiose thérapeutique comme d'un levier à la condition que cette dernière fasse l'objet d'une analyse permanente, au risque sinon de voir cette relation symbiotique se transformer en folie à deux. À cet endroit, la position de H. Searles se différencie de celle de M. Little qui elle, préconisait à l'analyste de rester extérieur au fantasme d'unité habité par le patient, qualifiant les moments où l'analyste était inconsciemment le siège d'un tel fantasme de psychose de contre-transfert. Néanmoins, les deux auteurs sont en accord au sujet de la nécessaire régression à l'œuvre en l'analyste.

---

<sup>68</sup> SEARLES H. (1962). Mépris, désillusionnement et adoration dans la psychothérapie de la schizophrénie. Dans Searles H., *L'effort pour rendre l'autre fou*, (pp. 506-543), (tr.fr). Paris : Gallimard, 2006.

Nous voyons ici comment H. Searles met en exergue tous les obstacles auxquels se trouve confronté l'analyste dans un transfert psychotique. Il montre combien la violence des affects de rage, de haine assiègent l'analyste qui, loin de se placer dans une neutralité bienveillante, se trouve à les accueillir afin de ne pas les laisser agir à son insu. Cette violence des affects est issue des zones archaïques du patient et vient mobiliser chez l'analyste, en lui, ses propres zones archaïques. Ces affects violents, d'une grande intensité sont dans le même temps la répétition d'un vécu précoce et s'organisent comme un système défensif concernant le processus de régression qui se trouve mobilisé. La position ainsi décrite est une position symétrique s'organisant tant au niveau transférentiel qu'au niveau contre-transférentiel ; cette symétrie va dominer au cours de la symbiose thérapeutique. À cette étape, nous assistons à l'abolition des limites psychiques entre les deux en présence, patient et analyste. La dépendance est ici centrale et dans le même temps, menaçante ; elle va alors convoquer des mécanismes de défense. Ces derniers auront à être élaborés pour permettre la reconnaissance de cette dépendance vis-à-vis du patient, impliquant à la fois, un renoncement à l'omnipotence infantile et le fait de consentir que le patient tienne, parfois une place de thérapeute de son analyste.

Le contre-transfert est un outil incontournable dans le travail avec des patients états-limites selon H. Searles. Des vécus précoces doivent d'abord prendre corps en l'analyste pour ensuite revenir au patient afin qu'ils puissent les éprouver et par la suite se les approprier. La théorisation de cet auteur, est en écho à celle de Ferenczi au sujet des traumatismes précoces trouvant dans le cadre de la cure, un lieu où pour la première fois, le patient va pouvoir vivre des affects liés à une circonstance qui s'est déployé en un temps où le sujet n'était pas encore organisé comme tel. Par ailleurs, nous l'avons perçu tout au long de ce parcours, l'auteur donne au concept kleinien d'identification projective, une place importante. En effet, dans un premier temps, c'est l'analyste qui ressent des affects et des émotions qui ne lui appartiennent pas. C'est grâce au travail d'analyse personnelle de l'analyste que ce dernier est capable d'accueillir et de discerner toute une matière corporelle et psychique provenant du patient alors que ce dernier se trouve encore dans l'incapacité de la percevoir. Le sentiment d'identité de l'analyste peut être rudement mis à l'épreuve, en proie à des troubles qui sont induits par des phénomènes transférentiels de très forte intensité. Un vacillement peut alors se produire chez l'analyste.

« En ce sens, on comprend pourquoi les images transférentielles que le patient borderline a de l'analyste sont vécues par ce dernier comme une telle menace pour son sentiment d'identité personnelle (...) pourquoi l'image transférentielle, d'une si pleine et incontestable vérité aux yeux du patient, constitue par elle-même une menace pour l'analyste qui craint qu'elle ne le crée ou qu'elle ne le transforme et le rend conforme à elle. »<sup>68</sup> (Searles, 1979, p.141)

Malgré toute cette menace, l'analyste doit pouvoir garder en lui les ressources nécessaires qui vont lui permettre de tolérer d'être ainsi perçu, en lien à ces images archaïques comme un objet inanimé.

H. Searles n'a pourtant pas hésité à questionner le concept d'identification subjective en lien avec sa pratique auprès des patients schizophrènes chroniques, en soulignant le fait que ces patients n'avaient pas accès aux interprétations verbales. De ce fait, il ne partageait pas l'utilisation de cette technique, très présentes dans les écrits de Bion et de Rosenfeld. Pour l'auteur, la réponse la plus adaptée dans les premiers temps de la psychothérapie est celle du silence, une réponse neutre qui correspond à la mise en place d'un transfert, où l'analyste est identifiée comme une chose inanimée, à une part non humaine du patient lui-même. Le silence est toujours entendu par le patient, il prend des formes multiples et le travail de l'analyste va consister à l'examiner tout comme il examine et interroge ses ressentis ou ses éprouvés corporels.

#### **4.2.5.6 Harold Rosenfeld**

Justement nous allons à présent, nous intéresser, à nouveau à H.-A. Rosenfeld pour lequel le concept kleinien d'identification projective se trouve être au centre de sa théorisation sur le contre-transfert. Cet auteur, s'attache à attirer l'attention sur la dimension communicative de l'identification projective, à partir de laquelle le contre-transfert a accès à l'archaïque. À partir des échecs ou des situations en impasse issus de sa pratique clinique avec des patients psychotiques, H.-A. Rosenfeld insiste sur

---

<sup>68</sup> SEARLES H. (1979). Le contre-transfert : un instrument pour comprendre et aider le patient. Dans Searles H., *Mon expérience des états-limites*, (tr.fr), (pp. 131-166). Paris : Gallimard, 1994.

l'importance d'accéder à une fine compréhension des mécanismes en jeu dans la psychose dans le but de ne pas être envahi par son contre-transfert et ainsi risquer une rupture dans la communication avec le patient. Il est donc selon lui, crucial de déceler les identifications projectives dans leur lien à une relation d'objet narcissique omnipotente. Il caractérise la relation comme

*« La manière dont les patients psychotiques utilisent les autres (les objets) en tant que contenant dans lesquels, se sentant tout puissants, ils projettent les parties d'eux-mêmes qu'ils ressentent indésirables ou qui leur causent souffrance et angoisse. »<sup>70</sup> (Rosenfeld, 1990, p.33)*

La confusion entre sujet et objet va être la conséquence de ce mode relationnel, essentiellement basé sur les identifications projectives et introjectives. L'analyste va donc être le support de projections de la part du patient, ces projections vont alors induire des affects et des sensations contre-transférentiels que l'analyste aura à écouter afin d'en saisir le sens et la qualité. L'intérêt porté à cette matière particulièrement active et violente dirigée autant à l'intérieur que sur l'analyste, va permettre à ce dernier de saisir ce qui du patient, tente de se dire en lui.

Les recherches de H.-A. Rosenfeld au sujet de l'identification projective s'inscrivent dans une démarche plus générale qui concerne la situation analytique dans son ensemble. Il insiste sur la valeur communicationnelle de l'identification projective, un précieux outil qui entre en écho avec son élaboration au sujet de la situation analytique, défini comme un espace d'échanges où transfert et contre-transfert se répondent. En ce sens, la circulation des échanges marqués par l'identification projective sont à entendre à deux niveaux : un premier concerne l'expérience intérieure et profonde du patient, un second le lien établi dans l'actuel avec l'analyste. Ces échanges chargés par l'identification projective ont un effet physique ou/et psychique intense sur l'analyste. Ils restent pourtant délicats à analyser pour ce dernier dans la mesure où il est parfois difficile de les distinguer. À cela, l'analyste réagit, interprète au patient et ce dernier accueille ce retour comme une communication au sujet de ses processus

---

<sup>70</sup> ROSENFELD H.-A. (1990). *Impasse et interprétation* (tr.fr). Paris : Puf.

psychiques inconscients mais aussi comme la réflexion de l'état intérieur de l'analyste. Et en ce sens, ce retour de l'analyste comporte le risque de provoquer une formation délirante pour autant que le patient d'abord, reçoit ce retour, le dramatise et l'altère. Pour H.-A. Rosenfeld, le lieu de l'analyse et le transfert sont marqués non seulement par l'histoire infantile du patient mais aussi par la pensée de l'analyste, son expression et ses agissements et son contre-transfert. Par ailleurs, il est important et nécessaire que l'analyste s'intéresse à son patient sans pour autant se laisser gagner par une indifférenciation, ne serait-ce que partiellement. L'auteur indique

*« De telles expériences perturbatrices suscitées par le patient dans l'analyste devraient disparaître dès que l'analyste a la capacité de réaliser ce qui s'est passé. »<sup>71</sup> (Rosenfeld, 1990, p.25)*

Et si cette situation de confusion se prolonge, un télescopage entre l'analyste et le patient est alors de mise, oblitérant par là même, le processus de la cure. En ce sens, le contre-transfert peut être une entrave au bon déroulement de la cure et afin de la limiter, il est primordial d'acquérir une bonne connaissance des mécanismes psychotiques et notamment des effets des identifications projectives sur le vécu contre-transférentiel de l'analyste. Les matériaux psychiques inconscients et refoulés se déployant dans le contre-transfert altèrent les aptitudes d'écoute de l'analyste. Et en ce sens, il interroge le désir dans le travail de l'analyste comme la base du contre-transfert. Par là, c'est la dimension narcissique qui est questionnée dans le sens d'une entrave contre-transférentielle. Il souligne alors toute la dangerosité d'une telle dimension avec des patients qui ont tendance à provoquer de vives réactions contre-transférentielles, entraînant alors des réactions thérapeutiques négatives. Ici, la pensée de Freud est présente en fond avec l'impératif pour l'analyste, d'avoir à se protéger d'un danger qui nécessite à cet effet, un « contrôle » du contre-transfert. Et pour l'auteur cela passe par une compréhension rigoureuse des mécanismes de fonctionnement psychotiques et des mécanismes archaïques. À partir de là, l'analyste aura un accès plus aisé à la parole du patient ou plutôt à ce que ce dernier cherche à dire, mais cela aura aussi pour effet d'échapper à un contre-transfert négatif. Contre-transfert négatif induit par une

---

<sup>71</sup> ROSENFELD H.-A. (1990). *Impasse et interprétation* (tr.fr). Paris : Puf.



mauvaise analyse des mécanismes projectifs ; ainsi, l'analyste va se sentir agressé au lieu d'écouter à cet endroit par exemple un affect de détresse que va tenter de lui transmettre le patient.

H.-A. Rosenfeld insiste par ailleurs, d'une part sur le nécessaire discernement du rôle et de la force des identifications projectives, d'autre part sur le fait de ne pas, pour l'analyste se centrer uniquement sur l'écoute de ses ressentis internes. Sinon, son écoute du patient s'en trouvera trop entravée et dès lors, il ne pourra pas recevoir la détresse de ce dernier. De surcroît, il risque, à partir de là, de s'inscrire dans une lignée interprétative qui l'écartera de son patient. À l'opposé, si le contre-transfert prend appui sur une connaissance précise de la situation analytique, la fonction alpha telle que décrite par Bion sera à l'œuvre, l'analyste est alors en capacité de contenir les projections du patient.

H.-A. Rosenfeld partage avec d'autres théoriciens le fait que l'analyste soit soumis par le biais de l'identification projective à des effets massifs et violents qui induisent alors de la confusion, une difficulté à déployer sa pensée, une violence des affects. Selon l'auteur, le patient utilise inconsciemment ces mécanismes pour tenter de communiquer à l'analyste des matériaux psychiques en lien avec son passé mais aussi de l'histoire présente des liens établis entre patient et analyste. Ce dernier doit identifier les mécanismes à l'œuvre sans quoi le travail d'analyse va se trouver en impasse. Il s'agit ensuite de comprendre ces mécanismes pour pouvoir dépasser la confusion et l'indifférenciation induits par ces derniers dans la relation analytique. C'est à cet endroit que se situe la différence de position de cet auteur par rapport aux autres précédemment évoqués. Enfin, prendre en compte le rôle des identifications projectives permet de ne pas déployer un contre-transfert négatif. La reconnaissance de la fonction des mécanismes des identifications projectives et la compréhension de ces derniers permettent à l'analyste de protéger son intégrité psychique et alors d'accomplir un travail de cure avec un patient psychotique.

#### 4.2.5.7. Joyce Mac Dougall

Cet auteur, porte son attention sur la question du destin des évènements traumatiques qui ont émergé dans les liens précoces, à la période de l'infans c'est-à-dire avant l'acquisition de la parole. Ces évènements qui restent alors inscrits dans le corps par défaut de mise en représentation, vont se manifester dans le temps de la cure par une impossible mise en mots. En ce sens, le contre-transfert va dans ce cadre faire état, ce qui va entraîner à partir de là une modification de la position analytique. J. MacDougall indique

« À son insu aussi bien qu'au nôtre, il est en train de nous révéler au travers de sa parole et non grâce à elle et à son sens latent, les débris d'une expérience catastrophique, subie dans son vécu relationnel précoce à un moment où il était incapable de contenir et d'élaborer psychiquement ce qu'il éprouvait »<sup>72</sup> (MacDougall, 1978, p.122)

La parole est ici dépossédée de sa dimension symbolique, elle devient alors comparable à un acte qui a pour visée de décharger une tension interne intolérable. Par ailleurs, des trous et des incohérences relevés dans le tissage de la parole en séance ainsi que l'absence d'affects peuvent indiquer en négatif la présence de ces failles archaïques. Pour l'auteur, c'est à partir des ressentis contre-transférentiels et dans une attention singulière portée au jaillissement de sensations décalées en lien avec le contenu du discours que se montrent ces failles précoces.

J. Mac Dougall propose le concept de « *communication primitive* », communication dont le but est donc de faire éprouver à l'analyste

« *Quelque chose qui n'a pas encore de nom, et par quoi, il ne veut pas lui-même être saisi* »<sup>73</sup> (Mac Dougall, 1978, p.122)

Elle souligne

---

<sup>72</sup> MAC DOUGALL J. (1978). Le contre-transfert et la communication primitive. Dans Mac Dougall J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, (tr.fr), (pp.117-138). Paris : Gallimard.

<sup>73</sup> Ibid

*« (...) c'est la parole en tant qu'acte, cherchant à atteindre, à agir sur celui qui écoute, qui devient la visée de toute communication avec lui ce qui rend inopérante l'association libre. Il s'agit en premier lieu d'une décharge des tensions douloureuses par la voie d'une parole dont la visée occulte est avant tout de partager ce qui est encore indicible : parole qui tend vers la communication des idées : demande d'être entendu plutôt que d'être écouté »<sup>74</sup>  
(Mac Dougall, 1978, p.133)*

L'analyste est ici le destinataire d'une répétition qui se montre en négatif dans ses manifestations. La communication primitive concernerait l'existence même du sujet que ce dernier viendrait éprouver en présence et avec un autre consentant pour le faire.

La communication primitive n'a pas pour visée première de communiquer mais à agir sur celui qui écoute. L'analyste face au « transfert fondamental » perçoit des difficultés et doit à partir de là modifier sa position, tant le patient cherche à annuler la différence et dans le même temps à fuir une fusion vécue comme mortifère. L'analyste doit alors faire face à des mouvements paradoxaux à partir desquels, le patient cheminera alors de l'indifférenciation à un sentiment d'état de sujet. L'analyste, pour y parvenir, est placé – souligne l'auteur- dans la situation d'une mère qui reçoit le désarroi de son enfant et le transforme en mots. Il prendra alors le rôle d'un appareil à penser au sens de Bion. L'analyste en prêtant son appareil à penser, permettrait de rendre

*« Audible l'affect étouffé, rendre dicible le fantasme archaïque, il doit être prêt à contenir ce débordement, à élaborer ce vécu inexprimable »<sup>75</sup> (Mac Dougall, 1978, p.137)*

L'analyste n'aura pas à se tenir seulement à l'écoute de fantasmes se dépliant dans les associations libres, mais il devra pouvoir se rendre disponible à ce qui s'exprime autrement et dans un autre espace. L'auteur évoque ici la psyché et le corps de l'analyste. Sinon, le risque est grand d'être soumis à des résistances du contre-transfert.

---

<sup>74</sup> Ibid

<sup>75</sup> Ibid

J. Mac Dougall s'est attelée à définir la dimension communicative de l'identification projective, et en cela, elle prolonge la pensée de Bion et celle de Rosenfeld : en effet pour ce dernier seule l'interprétation offre au patient la possibilité de se réapproprier ses parties clivées et ce à partir du moment où l'analyste peut repérer les mécanismes à l'œuvre et ne se laisse pas leurrer par la confusion. Inversement, Joyce Mac Dougall, indique que si les interprétations sont sans effets, l'analyste doit alors se mettre dans la position d'une mère qui prête à l'enfant son appareil à penser. Il est important de souligner ici que la proposition qui fait du contre-transfert le fruit des identifications projectives est intéressante à condition que celles-ci prennent en compte le vécu singulier de l'analyste, ses points de faiblesse et ses fantasmes.

#### ***4.2.6. Deux auteurs fondamentaux à propos du contre-transfert : M. Neyraut, L. de Urtubey***

En France, deux auteurs contemporains ont, par leurs recherches approfondies, tenté de déployer une réflexion métapsychologique sur ce concept : M. Neyraut et L. de Urtubey. Ces derniers se sont attachés à préciser la dimension dynamique du contre-transfert, qui selon eux, semble s'effacer dans des descriptions trop évasives de cette notion.

##### **4.2.6.1 M. Neyraut : la précession paradoxale du contre-transfert par rapport au transfert**

Dans ses travaux et principalement dans son ouvrage intitulé « *Le transfert* », cet auteur énonce de manière originale « la précession » du contre-transfert sur le transfert, ce qui présente un caractère paradoxal dans une conception logique. Il semble en effet difficile de se placer contre un objet dont on ne connaît pas encore l'existence. M. Neyraut définit le contre-transfert comme le « contexte » qui va faire émerger le transfert. Ce dernier souligne

*« Si l'on considère que le transfert en tant que concept n'est apparu qu' « après-coup » dans l'œuvre de Freud et qu'il est apparu comme un obstacle, un accident sur le parcours d'une pensée et d'une technique déjà constituée ; le transfert est donc précédé par quelque chose (...) Le transfert apparaît au cours d'un processus en marche qui est le processus analytique, il se découpe sur un contexte »<sup>76</sup> (Neyraut, 1974, p.13)*

Il y a pour cet auteur un paradoxe constitutif du contre-transfert : en effet, si ce dernier précède la situation analytique, il ne va cependant se déployer pleinement qu'à partir des sollicitations internes que cette situation de rencontre produit en l'analyste. Le paradoxe paraît se redoubler d'un autre élément : en effet, si le contre-transfert est une réponse qui devance la demande émise par le patient, il se découvre être lui-même une demande. En ce sens, le contre-transfert vient refléter le désir de l'analyste, langage par le biais duquel ce dernier occupe sa place au sein des séances et qui va induire des effets de résistance. Le caractère paradoxal essentiel du contre-transfert va donc générer une tension. Par ailleurs, M. Neyraut va apporter une attention particulière au sujet du « lien conflictuel affectif et dynamique » qui s'organise dans la situation singulière de l'analyse. Il souligne que cette dimension a tendance à s'effacer dans une « théorie extensive » au travers des définitions données au contre-transfert qui incluent tous les fantasmes, désirs, représentations de l'analyste. En ce sens, l'auteur indique

*« Contre-transfert – transfert, semblent liés par le principe même de leur contradiction en une unité dont dépendent très étroitement l'allure et la nature du processus analytique. Qu'ainsi, transfert et contre-transfert participent d'une même unité impose que le processus analytique soit décrit d'un seul tenant, d'un seul mouvement qui conserve en les dépassant les deux points disjoints par la situation analytique. Celle-ci ne soutient sa dualité que de faire supporter à des subjectivités distinctes ce qui se déroulera dans un processus analytique unique (...) Le fait de concevoir transfert et contre-transfert comme inséparablement liés dans le procès d'élucidation de l'inconscient commande alors une sorte de transposition de la métapsychologie dans la situation analytique dont pourtant elle procède »<sup>77</sup> (Neyraut, 1974, p.67)*

---

<sup>76</sup> NEYRAUT M. (1974). *Le transfert*. Paris : Puf.

<sup>77</sup> Ibid

Selon M. Neyraut l'espace analytique par son caractère spécifique, duel et dialectique, rencontre des difficultés pour trouver sa place dans la métapsychologie freudienne qui prend sa base sur un système monadique comme le démontre la théorie des pulsions.

#### 4.2.6.2 L. de Urtubey

Cette auteure va au travers de son travail mettre en exergue la situation dynamique qui se crée entre l'analyste et l'analysant. En son sein se tisse non seulement le transfert et le contre-transfert mais aussi un espace mutuel, commun, aux deux protagonistes en présence. Pour L. de Urtubey, il est fondamental d'envisager la métapsychologie du contre-transfert avec cette formation psychique qui s'organise au sein de la situation analytique. Elle opère d'abord une distinction entre

« Les » contre-transferts qui sont des réactions fugaces sont différenciées « du » contre-transfert qui est selon elle, une attitude préconsciente se combinant avec des raisons inconscientes « animée par le désir initial d'analyser »<sup>78</sup> (De Urtubey, 2006, p.371) constitutive du « contre-transfert d'accueil »<sup>79</sup> (ibid). Le point original de cette auteure est de faire des propositions quant à l'origine du contre-transfert, insistant non pas tant sur les réminiscences de son histoire infantile que sur ses identifications à son ancien analyste. C'est à partir de cet endroit que le contre-transfert devient un outil. Dans le cadre de son analyse personnelle, l'analyste en fonction a eu l'intuition que son analyste usait de son contre-transfert dans ses interprétations. Selon L. de Urtubey le contre-transfert se transmet de manière imparable :

*« Par la qualité de l'écoute (le choix des éléments retenus à interpréter ou signaler), par la compréhension ou l'absence de celle-ci, par le souvenir de ce que le patient a dit ou rêvé (les oublis étant souvent pris pour du rejet), par les interprétations (où comme dans tout discours, des rejets inconscients de l'analyste s'expriment) et où se révèlent soit sa*

---

<sup>78</sup> De URTUBEY L. (2006). Des origines du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, (70), 371-384. Paris : Puf.

<sup>79</sup> Ibid

*compréhension suite à une identification réussie, soit une incompréhension, conséquence d'une déliaison »<sup>80</sup> (De Urtubey, 2002, p.72)*

De plus, avec la fin de la cure assortie du deuil de cette fin de cure, l'analyste intériorise son ancien analyste, ce qui lui donne accès à la possibilité de s'auto-analyser. À partir de là vont se déployer des identifications correspondantes à son ancien analyste, elles touchent d'abord à son Moi (ce qui lui permet d'accéder à la possibilité d'analyser, à être bienveillant), ensuite à son Surmoi (dans le respect des règles du cadre, d'abstinence, de neutralité ; à son Idéal du Moi (qui vont concerner entre autre les exigences narcissiques de réussite et à son Ça ouvrant à la curiosité, au savoir, au voyeurisme, au masochisme, au sadisme...). C'est donc à partir de ce mouvement identificatoire à son ancien analyste qu'il deviendra possible de s'identifier aux différentes attentes de ses patients, de discerner leurs mouvements transférentiels sans refouler ni cliver l'inconscient du patient qui se manifeste. C'est aussi cette internalisation de son ancien analyste qui va permettre à l'analyste d'effectuer « *un travail de contre-transfert* ». L. de Urtubey veut signifier par ce terme le travail d'interprétation et de décodage des signes contre-transférentiels. Le contre-transfert doit ici être examiné en prenant en compte les différents niveaux : conscient, préconscient, inconscient refoulé, inconscient inaccessible au risque de le restreindre à sa dimension manifeste. L'analyste doit assurément pour cette auteure, accorder toute son attention à la dimension latente des mouvements contre-transférentiels dans l'intention de soutenir et de faire vivre le processus analytique pour ses patients. En ce sens, le contre-transfert influe sur les possibilités techniques qui ponctuent le processus de l'analyse et ses points centraux que sont : le début de la cure, la fin de l'analyse et le travail interprétatif. Pour elle, le travail de contre-transfert doit être déclenché, dans le temps de la séance à partir du moment où l'analyste repère une incompréhension ou un débordement de ses affects. Ici, l'auteure nous interpelle directement sur le « in situ » de la séance qui semble venir oblitérer le précieux travail de l'après-coup.

Si L. de Urtubey souligne le caractère dynamique du contre-transfert, la dimension paradoxale pointée par M. Neyraut n'apparaît pas ici. Elle insiste sur la

---

<sup>80</sup> De URTUBEY L. (2002). *Du côté de chez l'analyste*. Paris : Puf.

formation du contre-transfert à partir des mouvements identificatoires de l'analyste à son ancien analyste. Nous retrouvons ici un caractère commun au travail de M. Neyraut. Il concerne la précession du contre-transfert dans la situation analytique et l'émergence du transfert. Chacun le conceptualisant de manière singulière avec le contexte pour M. Neyraut et le contre-transfert d'accueil pour L. de Urtubey. Ces deux auteurs attirent l'attention du lecteur sur les dangers à se satisfaire de définitions ainsi que les significations trop élargies données au contre-transfert qui ont alors pour effet de venir altérer les sensibles mouvements processuels de ce dernier. En ce sens, il devient impossible de concevoir le contre-transfert comme un élément étranger, projeté en soi par le patient ou de le circonscrire à ses signes.

Après avoir visité le concept de contre-transfert qui s'est ouvert au questionnement dans les années cinquante par les Écoles anglaise, argentine et américaine puis française, nous allons poursuivre notre exploration en choisissant un axe thématique qui concerne directement la problématique de notre travail en portant une attention particulière au thème du corps et du contre-transfert. En effet, « le langage du corps » et le « langage de l'acte » (Roussillon, 1997) comme le précise R. Roussillon, sont essentiels dans la mesure où ils font partie du matériel qui doit aussi être écouté par le psychanalyste. Je partage pleinement cet avis et d'autant avec la population d'enfants psychotiques et autistes qui nous occupe dans ce travail de recherche où le pré-verbal est au centre de la clinique. C. Potel dans un ouvrage récent présente des hypothèses qui vont dans le même sens et parle de « *contre-transfert corporel* »<sup>s1</sup> (C. Potel, 2015).

#### ***4.2.7. Contre-transfert et corps***

Au fil de l'exploration du concept de contre-transfert, cette thématique du corps s'est dessinée pour ensuite s'imposer à nous. Par ailleurs, dans le travail avec des enfants psychotiques et autistes, le corps devient une matière souvent énigmatique à

---

<sup>s1</sup> POTE C. (2015). *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès.



laquelle les soignants se trouvent confrontés quotidiennement. Avec ces jeunes patients, la parole n'est pas souvent de mise et le corps prend toute la place. Qu'en est-il à partir de là du corps du soignant dans le contre-transfert ? Et plus généralement qu'en est-il du corps de l'analyste ?

Comme pointé précédemment, cette question est au centre de la pratique clinique mais pour autant, elle est la plupart du temps tue, elle reste silencieuse et ce silence semble ramener à la question fondamentale de l'interdit du toucher et de l'effet de cet interdit sur le corps de l'analyste. En lien sans doute avec cet interdit, la prise de parole en groupe à ce sujet, va rendre suspecte toute évocation du dialogue établi entre les corps et celui des enfants et celui des soignants. Ces derniers vont alors tenter en permanence, pour se faire entendre, de vider leur vécu contre-transférentiel de sa substance qui se retournera la plupart du temps en un langage intellectualisé et théorique. À partir de ce constat, le travail va consister à différencier ces deux registres qui n'auront de cesse de se recoller et induire une parole aseptisée.

D. Anzieu, à partir de son ouvrage sur le Moi-peau, va nous servir de guide et ouvrir le débat. Ce dernier indique que Freud va ériger les règles fondamentales de l'analyse suite au rêve de l'injection faite à Irma : concernant l'analysant, s'établit la règle de non omission, l'interdit de chercher des contacts avec l'analyste en dehors des séances et concernant l'analyste, la règle d'abstinence est de mise ; l'interdit du toucher va concerner et l'analysant et l'analyste. D. Anzieu souligne que l'énonciation de ces règles va établir un rapport de dissymétrie. Cette dissymétrie constitutive du dispositif analytique a eu pour effet de favoriser le travail du rêve, aussi bien chez le patient que chez Freud. Ainsi, Freud fait la découverte du complexe d'Œdipe et c'est ici un point de jointure avec toute la réflexion de D. Anzieu au sujet du Moi-peau. Dans l'organisation de ce dernier et la voie qui le mène à la formation du Moi psychique, D. Anzieu va postuler l'existence d'un interdit du toucher ; un interdit bien antérieur à celui de l'interdit de l'inceste pense l'auteur. Cet interdit du toucher est un organisateur du développement de l'enfant qui va avoir une valeur, précise l'auteur, si et seulement si la frontière entre le dedans et le dehors se trouvent suffisamment établie. À partir de là, l'interdit du toucher dans le travail d'analyse avec les patients névrosés est bien établi mais il vient interroger son bien fondé dans le travail de soin avec les patients psychotiques, autistes ou états-limites pour lesquels cette question de différenciation entre dedans et dehors dont nous parlions précédemment est difficilement repérable, voire impensable. La pratique clinique menée par certains psychanalystes auprès de ces

derniers a ouvert la question et mit le corps de l'analyste autant que celui du patient en circulation dans une prise en compte de l'acte et de l'action.

En ce sens, Winnicott, bien qu'il accorde au corps une place centrale dans sa clinique et ses écrits, n'a pourtant pas théorisé ce formant en lien avec le contre-transfert. Dans sa lignée, M. Little a questionné le rôle du corps de l'analyste dans l'analyse mais uniquement dans une réponse apportée aux besoins du patient. Toutefois, pour cette auteure, la première mémoire est une mémoire corporelle qui va être inévitablement présente dans le transfert. Elle indique que face à un transfert délirant lorsque toute différenciation se trouve être alors annulée, l'analyste doit formuler sa réponse corporellement, unique forme possible de retour accessible à la compréhension pour le patient. Dans le but de rompre le délire du patient, un engagement corporel de l'analyste sous forme de geste ou de mouvement est nécessaire dans la mesure où il vient marquer dans ce contexte une différenciation. M. Little va ensuite peu interroger la dimension contre-transférentielle de cet acte comme réponse, elle évoque la culpabilité d'avoir touché le patient mais sans pour autant étudier plus avant la dimension inconsciente.

M. Khan dans les années soixante va enrichir ce questionnement par ses recherches. Ce psychanalyste s'inscrit dans la pensée winnicottienne tout comme M. Little et va engager un travail clinique avec des personnalités schizoïdes. Cet auteur va souligner l'importance du corps de l'analyste en séance qu'il définit comme un lieu de résonance. En ce sens, l'analyste se doit d'être pleinement présent en séance, dans une écoute autant psychique que corporelle. L'attention portée aux sensations corporelles ressenties pendant la séance, représente alors un indicateur sur ce que le patient tente de révéler ou de livrer. À partir de l'écoute de son corps, l'analyste réussit à comprendre les mécanismes de défense mis en œuvre par le patient. Élargir à tous les sens sa présence a pour effet selon l'auteur de modifier l'écoute de l'analyste. Il s'agit pour l'analyste d'accorder une importance singulière au corps du patient ; l'auteur indique

*« Entendre avec ses yeux renvoie à la connaissance de l'autre au travers de l'expérience visuelle qu'on a de lui. »<sup>22</sup> (Khan, 1971, p.98)*

---

<sup>22</sup> KHAN M. (1971). L'oeil entend. Dans Khan M., *Le soi caché*, (tr.fr). Paris : Gallimard, 1976.

Donc, écouter de manière élargie, avec tous ses sens, offre à l'analyste la possibilité de saisir un clivage qui se manifesterait entre ce qui est montré par le patient et ce qu'il verbalise. Nous voyons ici que le fait M. Khan aborde la question du corps dans le contre-transfert lui permet d'affiner sa compréhension de ce qui se déploie dans le transfert pour le patient. Cette approche du contre-transfert ne prend pas pourtant en compte ni les failles de l'analyste, ni les fantasmes convoqués en lui.

En France, P. Fédida parle de « *présence corporelle* » indiquant ici l'implication du corps tout comme l'implication de la psyché de l'analyste dans une même présence. Selon cet auteur, il est primordial de prendre en compte dans l'écoute une dimension à double formant incluant le visuel et le tactile. Ce concept de « *présence corporelle* », l'auteur le lie à la capacité de jouer de l'analyste, cette dernière se situant au delà de la psychanalyse de l'enfant. En ce sens, c'est une conception élargie qui consiste pour l'analyste à écouter une parole en utilisant plusieurs voies, dans une écoute qui rétablit ses mots au corps. C'est à cet endroit qu'une différence se marque entre la théorisation de P. Fédida et celle de M. Khan. En effet, pour ce dernier nous avons noté précédemment que les mots ne peuvent parvenir à exprimer cette expérience du corps.

Des auteurs comme A. Anzieu, évoque « l'influence de la corporéité » de ses patients sur son attitude intérieure avec un lien qui lui paraît évident à tisser entre ces deux termes : corps et contre-transfert. Elle a élargi le concept de contre-transfert et se référant à Hanna Segal, elle le définit alors comme « la réponse globale de l'analyste ». Ainsi, la situation analytique par son cadre-dispositif implique non seulement une sensibilité plus grande des émotions et des affects mais aussi un insu, échappé de l'inconscient de ce rapport établi entre corps et psychés. Et ce qui vient organiser le rapport troublant des corps et de la parole en séance c'est la règle de l'abstinence, A. Anzieu indique

*« La très « surmoïque » règle d'abstinence ne permet guère de nous laisser prendre à l'observation de notre vécu corporel, de bien être ou de souffrance, de calme ou d'excitation. Notre mode de théorisation dérive donc en grande partie de nos capacités d'élaboration de notre contre-transfert. Et il apparaît parfois que l'analyse se conçoit plus dans l'élaboration de la relation transfert-contre-transfert que dans les constructions de*

*théories destinées à nous défendre de la conscience de notre incapacité* »<sup>83</sup> (Anzieu, 2006, p.27)

L'analyste aurait à faire un pas de côté pour se dégager et à partir de là, prendre en compte aussi ses éprouvés corporels dans le processus analytique. Ici, en plus de la prise en compte des mécanismes de l'identification projective dans le cadre de l'analyse, elle interroge : « *puis-je oser dire que l'analyste a besoin d'être bien dans sa peau pour y accueillir la souffrance de ses patients ?* » Cette question vient prendre appui sur la reconnaissance de Freud au sujet de « la matérialité de chair et de sang de la personne humaine ». A. Anzieu rappelle le texte de ce dernier paru en 1913, intitulé « *Les débuts du traitement* » où Freud expose pour quelles raisons il propose au patient de s'allonger sur le divan : deux causes essentielles, celle de ne pas supporter d'être regardé toute la journée durant par ses patients et son appréhension dans la situation de face à face de trop influencer le patient par certaines réactions lisibles sur son visage donc potentiellement interprétables. Corps et contre-transfert sont au cœur de cet article. A. Anzieu pointe la nécessité de penser non seulement le corps de l'analyste dans ses ressentis et dans le dialogue de corps à corps avec le patient mais aussi le corps sexué de ce dernier, homme ou femme dans son rapport à l'analyste en présence, homme ou femme et de la question importante de la séduction dans le cadre de l'analyse, entre le maternel et le féminin. Cette dernière vient à son tour interroger l'émergence de l'entrave à la neutralité dite bienveillante. Elle est ravivée lorsque l'analyste travaille avec des enfants et plus particulièrement avec les enfants autistes ou psychotiques. Intervient et est remis en cause ici le fondamental interdit du toucher de la règle d'abstinence, qui, selon A. Anzieu oblige l'analyste à se réinterroger à cet endroit en lien à la culpabilité, le surmoi et le moi-idéal. Par ailleurs, dans le travail de soin engagé avec les enfants, elle indique

*« si nous considérons le contre-transfert comme un état mobilisable, les fondements de notre intérêt pour les enfants en construction reposent évidemment à mon sens sur des identifications archaïques : le souvenir ou la recherche des premiers contacts extérieurs*

---

<sup>83</sup> ANZIEU A. (2006). Corps et contre-transfert. *Le carnet Psy* (111), 27-32. Paris : Cazaubon.

*avec le corps maternel : odeurs, toucher, première tétée (...) Les enfants dont nous avons le souci sont restés en détresse faute d'un amour maternel initial. Enfants non désirés ou que la mère ne peut accueillir dans sa propre difficulté à vivre »<sup>84</sup> (Anzieu, 2006, p.31)*

Cette assertion vient aussi questionner l'intention inconsciente de l'analyste dans le fait de prendre en charge ce type d'enfants. L'auteur dans le lien thérapeutique engagé avec ces enfants fait référence à la nécessaire « élasticité » de la technique analytique et au « tact » férenczien dont nous avons parlé précédemment.

Travailler avec ces enfants, souligne l'auteur, c'est de la part de l'analyste, homme ou femme mettre à

*« Leur disposition un contre-transfert dont la forme précède les différenciations sexuelles adultes. Nous utilisons des capacités antérieures à la différenciation, à la désintrinsication des pulsions entre vie et mort, au ressenti de la détresse primaire. Ce que notre analyse nous a permis d'aborder et de surmonter »<sup>85</sup> (Anzieu, 2006, p.32)*

Il s'agit de mettre en avant ou en creux les possibilités de régression de l'analyste plutôt que ses capacités de maternage, et elle ajoute que

*« Notre propre plaisir réside alors dans la jouissance inconsciente que nous éprouvons à sentir la solidité de notre attachement basique »<sup>86</sup> (Anzieu, 2006, p.32)*

En ce sens, il est important de ne pas oublier et aussi nécessaire de s'étayer sur des appuis intérieurs suffisamment solides et pensés comme tels dans un souci de

---

<sup>84</sup> Ibid

<sup>85</sup> Ibid

<sup>86</sup> Ibid

différenciation fondateur de l'écart dans le travail de soin avec ces enfants.

Anzieu, dans cet article, fait le lien entre corps et contre-transfert dans le travail engagé autant avec des adultes qu'avec des enfants soumis à de graves difficultés dans le travail premier de symbolisation et de subjectivation. Cet engagement ne mobilise pas le corps aux mêmes niveaux : entre archaïque, régression et différence sexuelle.

Au long cours de ces différents travaux des points de vue différents sont à noter au sujet de la prise en compte du corps de l'analyste dans le processus de soin et c'est dans la rencontre clinique avec les états-limites que la discussion s'est à nouveau ouverte. Deux points centraux se sont dessinés : le premier concerne la règle de l'interdit du toucher et sa dérogation dans certaines situations et la seconde place au centre le corps comme un lieu d'écoute supplémentaire. En somme, les vécus contre-transférentiels concernent autant l'appareil psychique que le corps dans une disposition d'écoute de l'analyste d'un matériel transférentiel circulant sous différentes modalités.

## SYNTHESE PARTIE 4

### DE L'HISTOIRE DES CONCEPTS DE TRANSFERT ET DE CONTRE-TRANSFERT DANS LE CADRE INSTITUTIONNEL

Ce parcours historique et thématique du transfert et du contre-transfert s'inscrit dans le champ psychanalytique et indique qu'à partir de la prise en charge de patients psychotiques et états-limites, ces deux concepts ont fait l'objet d'un développement théorique riche et précieux. Ce sont les limites auxquelles les analystes ont été confrontées dans la rencontre avec ces patients d'un genre nouveau qui ont permis l'accès à ces mécanismes d'expression singuliers. Des difficultés ont, à partir de là, émergé : le fonctionnement régressif a induit des mouvements défensifs qu'il a été nécessaire de questionner pour tenter de les dépasser. Ces concepts ont donc connu une évolution importante : de Freud en passant par les auteurs d'obédience kleinienne qui ont grandement marqué ces avancées conceptuelles, à ceux qui ont permis leur appréhension dans une acception élargie et dans le même temps, plus précise.

A partir de ces évolutions deux directions de pensée ont émergé : la première concerne les failles précoces et la seconde les aménagements techniques. Ainsi, au sujet des failles précoces, l'analyste vise à saisir les mécanismes de défense primaires par lesquels ces analysants ont tenté de se préserver, dans le but de repérer les mouvements transférentiels en jeu. Cette saisie transférentielle offre alors à l'analyste la possibilité de questionner la position nécessaire à tenir dans ce cadre. En ce sens, l'espace analytique se dessine autrement sur une seule scène et réunit patient et analyste suivant la forme des interactions précoces.

Des interrogations ont continué par la suite au sujet de ce lien singulier établi dans le cadre analytique : comment s'organise le lien entre transfert et contre-transfert ? Une opinion communément partagée par les analystes consiste de plus en plus à souligner que l'analyste prend part à l'émergence du transfert et que cette dernière doit prendre en compte le contexte, original et unique à chaque fois, de la rencontre entre un patient et son analyste, au cours de laquelle transfert et contre-transfert se développent. Cette originalité du lien transféro-contre-transférentiel doit fonder le déploiement du procès et permettre ainsi des effets singuliers, au risque sinon de voir apparaître un déploiement réduit à une forme stéréotypée. Cette dernière va venir figer par là-même tout déploiement du processus soignant et obstruer tout mouvement créateur.

# **SECONDE PARTIE**

## **Processus de soin institutionnel et intégration du clivé**



« L'intermédiaire à construire dans la relation avec l'autiste, c'est l'affect partagé qui permet de construire une forme, pas au sens de l'autisme mais au sens de l'analyste »<sup>87</sup>

A. Green,

L'empathie théorique en dépit des différences dans la pratique, 1995

---

<sup>87</sup> GREEN A. (1995). L'empathie théorique en dépit des différences dans la pratique. Dans *Bulletin du Gerpen* « Hommage à Frances Tustin », (32).

## 5. PARCOURS CLINIQUE EN INSTITUTION

À présent, je vais justement prolonger cette question du lien transféro-contre-transférentiel et venir l'interroger sous un double formant : institutionnel et clinique, à partir de ma pratique clinique. Nous verrons que des vécus contre-transférentiels massifs convoqués avec des enfants aux prises avec l'archaïque vont entraîner une violence et une destructivité sourde et bruyante qui vont difficilement se prêter au processus de transformation. La créativité, face à ces mouvements transférentiels archaïques, sera de mise mais elle ne pourra se déployer que dans certaines conditions. Des situations-limites telles qu'elles se présentent avec Anaïs, Nabil et Jean obligent un ensemble institutionnel à reconsidérer ses positions et à re-questionner cadre et dispositifs inscrits dans un procès de soin institutionnel.

### 5.1. JEAN ou le « non » indépassable

Jean est né en mai 2001, il est âgé de 5 ans lorsqu'il est adressé à l'hôpital de jour par des collègues d'un des CMP (Centre-médico-psychologique) en mai 2006, après une année de maturation de cette indication. Ce garçon est suivi par ailleurs en psychothérapie en libéral depuis 2004 et bénéficie de deux séances hebdomadaires d'orthophonie.

Les trois premières consultations à l'hôpital de jour s'organise comme habituellement en présence du pédopsychiatre, du cadre de santé et du psychologue: Jean est accompagné de sa mère. Cette dernière nous apprend qu'elle et le père sont en instance de divorce, et que Mr a déménagé dans le centre de la France. La mère nous expose le lien paradoxal qu'elle a établi avec son fils, dernier enfant d'une fratrie de trois

avec deux sœurs âgées de 17 ans et 15 ans : tout à la fois Jean lui échappe « il se met dans un coin, dans sa bulle où il est perdu » et en même elle dit « le comprendre ».

Dès la naissance, le regard ne s'est pas installé entre eux mais la maman n'a pas parlé à ce moment-là des idées qu'elle se faisait face à ce nourrisson. Elle nous dira qu'elle se trouve en difficulté pour « lâcher » ce fils qu'elle perçoit « décalé » par rapport aux autres. Elle explique sa culpabilité d'avoir voulu ce dernier bébé contre l'avis du père. En effet, elle ne lui a révélé sa grossesse qu'au bout de deux mois.

Enfin, Jean est inscrit pour sa mère dans le prolongement d'évènements de vie personnelle extrêmement traumatiques. Le grand-père maternel de Jean a été assassiné par deux de ses fils, deux de ses enfants nés de mère différentes. Ces deux demi-frères l'ont assassiné à coups de couteaux, maquillant cet assassinat en suicide. Ces derniers ont été arrêtés, jugés et mis en prison. Durant cet entretien, Jean apparaîtra comme présent et effacé. Il laisse un dessin sur papier que je n'ai pas gardé en mémoire.

La seconde rencontre a lieu cinq mois plus tard en raison de l'indisponibilité du père et de sa difficulté à se rendre à la consultation. Les deux parents sont présents avec Jean. L'hospitalisation potentielle de Jean suscite une réticence chez le père: il ramène la question de l'autisme « aux journées de l'autisme 2006, il a été dit qu'il fallait surtout éviter l'hôpital de jour ». En fait, dans le temps de cette seconde consultation, se montre surtout l'inscription de Jean dans la lignée paternelle : peut-il y perdre pied ou prendre racine ? En effet, Mr ne souhaitait pas ce troisième enfant mais il l'a inscrit dans la génération paternelle en lui donnant pour quatrième prénom celui de son père et il l'a fait sans en parler à la mère. Celle-ci redit à l'envie combien elle voulait cet enfant, combien elle le veut pour elle et combien il lui échappe depuis sa naissance.

L'histoire paternelle est douloureuse : Mr relate le décès de sa mère et l'alcoolisme de son père. La mère de Jean rapporte d'autres événements de sa vie personnelle, particulièrement chargés tels que les viols répétés dont elle a fait l'objet, perpétrés par son oncle maternel, à partir de l'âge de 9 ans et pendant plusieurs années.

Lors de la troisième rencontre, les parents évoquent la naissance de Jean qui fut un moment de panique lorsque la sage-femme trouve le cordon trop court pour permettre la sortie du bébé, elle fait alors appel au médecin. Le père a l'impression que son fils est mort « il est sorti tout violet, cyanosé ». Il y a une urgence vitale, un moment de flottement, lors de la coupure du cordon.

Pour la mère, son bébé est sorti « comme un obus ». Il lui a été pris, dit-elle, pour l'oxygéner et cette absence à l'aube de leur première rencontre lui a semblé durer des heures. Elle a demandé au père de « filmer ce qu'ils ont fait de lui ». Et puis, l'échange de regards ne s'est pas fait entre eux, la mère et l'enfant. Elle indique : « je ne lui ai pas parlé pendant deux jours, je ne lui parlais pas, je faisais que le regarder, il n'y avait que de l'angoisse, il regardait le plafond. Jean, c'était son père réincarné. Il regardait sans expression comme son nouveau-né ». À cette thématique, Mme associe sa difficulté, par rapport à son histoire, d'être la mère d'un garçon. La place que tient les hommes dans sa vie est difficile pour elle, elle évoque tant le destin tragique de son propre père, la position d'abuseur de son oncle maternel que la place de tueur de ses deux frères.

La quatrième rencontre est le temps de l'admission de l'enfant à l'hôpital de jour avec la présence de la référente du projet de soin, Marine, infirmière.

Dans les premiers temps de son hospitalisation, Jean se montre à la fois énigmatique, lointain et aussi enjoué, en jeu dans l'échange et la circulation de la parole. Lors de la première réunion clinique qui lui est consacrée en janvier 2008, il est noté que Jean se présente comme un enfant calme au milieu des autres, plutôt dans l'observation de ce nouvel espace. Il participe à un atelier « jeux chantés » et montre beaucoup de plaisir à être avec le groupe, en chantant, en indiquant même ses chansons préférées et celles qu'il connaît, reconnaît.

Dans l'espace d'accueil, il observe, joue seul à la balle, avec une poussette, avec l'ordinateur. Il prend souvent une couche qu'il manipule, la met entre ses cuisses et répète « la couche, la couche ».

Suite à une consultation, un changement radical s'est opéré : Jean hurle, tape, lance les objets avec beaucoup de violence. Il semble exprimer une souffrance intense où les mots des soignants ne peuvent l'atteindre, et les contacts pour tenter de le contenir le fait hurler encore plus. Les ateliers « jeux chantés » et « jeux et corps » continuent à se dérouler dans le calme mais le reste du temps, Jean montre un mal-être important qu'il exprime en attaquant l'autre tant dans le cadre de l'hôpital de jour qu'à l'extérieur. Comment dire à Jean, écrit Marine l'infirmière référente de son projet de soin, qu'il peut jouer cela à l'hôpital de jour mais pas à l'extérieur ?

Dans la suite, Jean va bénéficier d'un temps de prise en charge en psychomotricité : le travail y est difficile note le psychomotricien, le climat est lourd, la

violence palpable et la menace est permanente. Les passages entre l'espace d'accueil et les différents espaces de soin sont souvent difficiles : Jean crie qu'il « ne veut pas y aller ». Souvent, à la fin de l'après-midi, un temps d'activité « percussion » mis en place spontanément par un soignant lui est proposé avec un autre enfant. Il attend ce moment avec joie.

Le temps des « jeux chantés » se poursuit et l'enfant montre un réel plaisir à chanter et à jouer avec les autres même si des cris surgissent s'il n'est pas le premier choisi.

Au temps des repas, Jean mange peu, sauf les desserts. Il veut avoir une assiette bleue et il ne change jamais de place. Il semble dans ce temps dans un autre monde et s'exprime encore beaucoup avec des cris. L'équipe soignante l'aide à mettre des mots là où des cris surgissent, ce que Jean accepte bien plus facilement.

À la réunion clinique en date du mois d'avril 2010, il est noté que Jean s'est posé. Il s'exprime plus avec tous les soignants qu'il interpelle différemment. Il se rend à l'école de l'hôpital de jour de manière plus tranquille. À l'atelier « jeux chantés », c'est encore difficile de ne pas être le premier mais il peut à présent rester dans le groupe malgré son immense chagrin qu'il exprime maintenant par des pleurs et quelquefois, par des mots. Au temps du repas, il semble encore dans un autre monde mais mange plus d'aliments variés. Le rituel de l'assiette bleue et de la chaise bleue existe toujours et il ne veut toujours pas changer de place.

Lors de la réunion clinique de novembre de la même année, il est évoqué l'intégration de Jean dans un nouvel atelier « conte » depuis la rentrée, au sein duquel il semble de mieux en mieux accepter les règles communes du groupe. Il parvient plus facilement à dire sa colère sans prolonger ses hurlements, à respecter le déroulement de l'histoire. Il semble accepter sa place de sujet parmi les autres enfants. Dans l'espace d'accueil, il accepte les jeux de bagarre avec moins d'angoisse même s'il se mord encore. Il semble en plus grande capacité de faire la distinction entre le jeu et la réalité. Par ailleurs, un temps lui est toujours nécessaire pour accepter la parole de l'autre et la réalité, sinon, il peut paniquer et crier. À l'atelier « jeux chantés », il peut mieux accepter la frustration et attendre son tour.

À la réunion clinique d'avril 2011, Marine confirme les progrès de Jean dans son comportement. S'il rencontre une situation difficile, il peut alors se retirer du groupe, s'ensuit une explication, une excuse, un mouvement positif semble se construire en lui.

Dans l'atelier « conte », il manifeste ses difficultés devant un changement au sujet du cadre. Il est particulièrement sensible aux absences, plus précisément à celles d'une enfant avec laquelle il a tissé des liens plus serrés. Parfois, il est présent dans l'atelier mais n'ayant pas pu « liquider » un rapport difficile avec d'autres enfants de l'espace d'accueil, il lui est alors impossible de s'installer, de s'apaiser dans le groupe ; il transgresse alors, parasite les paroles échangées, jusqu'à quitter l'atelier dans un mouvement de grande colère. Cependant, malgré cet aspect clastique, Jean trouve des possibles pour ne pas rompre et revenir dans le groupe pour participer à sa clôture. Parfois, c'est impossible, et les soignants sont alors les témoins de manifestations d'angoisses et de violence qui montent crescendo. Ces dernières font tellement peur aux enfants et aux adultes en présence que l'exclusion devient alors la seule solution possible ; alors que lui souhaiterait ne pas être seul dans son désarroi. Dans un second temps, il peut dire sa tristesse d'être mis à l'écart et peut alors reprendre les événements dans un lien affectueux avec l'adulte concerné. Il peut aussi en reparler chez lui avec sa mère, Jean pleure alors en énonçant ses difficultés.

Dans le rapport aux autres enfants, s'il est blessé, il réagit violemment, se retourne et fait mal à l'autre ou détruit des objets. À cet endroit, son mouvement pulsionnel est incontrôlable, il est très perméable à la parole.

À l'atelier « jeux chantés » qu'il continue de fréquenter, ses mouvements qualifiés de « tempête intérieure » ont évolué aussi, les soignants perçoivent que « ça travaille en lui », « ça se tend, ça se déchire mais ça ne casse plus ».

Dans « l'espace d'accueil », Jean peut raconter une histoire, souvent en lien avec une expérience vécue pendant le temps du week-end par exemple, et il la représente par le dessin. Il commence à faire des récits.

En psychomotricité, lorsque les mimiques de Jean qui déforment son visage sont repérées et énoncés par l'adulte, il peut se décaler et en sourire. Il apprend aussi à réguler ses gestes lorsque le psychomotricien, lui exprime ses peurs ou quand ses coups sont trop forts.

Un travail de différenciation et d'apprentissage autour des émotions s'organisent pour lui, en lien avec l'adulte qui les nomme, il apprend à les distinguer en lui.

Dans le compte-rendu clinique de la réunion de bilan de fin d'année de juillet

2011, il est noté que la question de la violence de Jean est centrale. Cette dernière agite les soignants et ils ne parviennent plus à moduler leur attitude avec lui. L'une d'elles dit ne plus pouvoir lui dire « non », comme si ce mot pouvait le détruire et potentiellement la détruire elle aussi ; aussi, elle lui cède tout. Un autre se retrouve « externalisé » de son cadre de soin, plus à sa place.

Chacun semble agir pour son compte, sans être relié. Cette violence de Jean semble être réactivée avec la perspective du départ prochain des enfants atteints par la limite d'âge de 12 ans, ils vont bientôt quitter le service. Les soignants évoquent un sentiment d'abandon ressenti par cet enfant à qui il reste une année de soin à l'hôpital de jour.

Jean exprime de plus en plus de la colère dans l'espace d'accueil et aussi dans les différents ateliers à médiations thérapeutiques qu'il fréquente. Il apparaît que l'évocation de sa place dans l'espace d'accueil est souvent éludée, évitée parmi les soignants. Ces derniers évoquent par ailleurs la grossesse de sa mère qui depuis quelques temps partage sa vie avec un autre homme avec lequel les relations sont difficiles pour Jean.

À la réunion clinique de février 2012, il est noté que Jean a passé une période difficile. Il était très violent, allant jusqu'à frapper les autres enfants. Il pouvait s'excuser mais refusait de reparler des événements. L'équipe soignante avait le sentiment de ne plus le comprendre, jusqu'au moment où il a pu parler avec Marine, lui dire qu'il n'était pas bien, exprimer son désir de rester à l'hôpital de jour. Il a pu en reparler en consultation, en présence de sa mère. À cette période, il ne se rendait plus au groupe « conte » depuis un long moment et avant de s'en absenter, il avait pu jouer avec beaucoup d'émotions, le rôle du « vilain petit canard ». Peut-être Jean était-il aussi travaillé par la grossesse de sa mère, suggèrent quelques soignants dans le cadre des réunions cliniques? L'accouchement a eu lieu, une petite fille est née.

Durant les semaines qui suivent la naissance de sa soeur, Jean exprime une grande violence physique, hurlant et ne pouvant s'arrêter. Lui-même pouvait le vivre très mal. Il anticipait toutes les réprimandes qu'on pouvait lui faire, comme s'il voulait être irréprochable. Les doigts d'honneur, les insultes pouvaient fuser. Il donnait par ailleurs l'impression de vouloir se punir tout seul.

Au cours des temps du repas, il s'isole de nouveau dans son monde. Aujourd'hui,

il retourne à l'atelier « conte ». Il peut jouer le rôle du chasseur du Petit Chaperon Rouge mais n'utilise pas le fusil, ne parvient même pas à prononcer le mot. Dans des moments de colère, il peut dire « je vais te tuer ».

D'autre part, Jean semble préoccupé par ce qu'il y a dans la culotte. Il baisse son pantalon et se regarde dans le miroir, dans l'espace d'accueil, baisse le pantalon d'autres garçons, parle de couche, se met dans l'excitation quand il s'agit de péter, faire caca, faire pipi. Il parle de gros bébé mais dit ne pas savoir par où sortent les bébés. Il ne différencie pas l'anus et le sexe, les orifices. La naissance reste une énigme pour lui. Dans l'espace d'accueil, il a pu demander à une stagiaire éducatrice de jouer avec lui à « changer la couche ».

À l'atelier « jeux chantés », il est beaucoup plus tranquille, dans les chansons, dans les jeux. Il y a moins de drames lorsqu'il n'est pas choisi, lorsqu'on ne peut pas répondre à une de ses demandes. Quand il est fâché, il peut partir sans que ce soit catastrophique. Des mouvements agressifs peuvent se transformer.

À l'école, il joue avec des enfants qu'il ne connaît pas. L'enseignante voudrait l'accueillir plus, ça se passe très bien. Il profite beaucoup des inclusions en mathématiques, en cirque et en musique. Il fait beaucoup d'efforts pour être grand mais cela reste compliqué à gérer dans des moments de désaccords.

De son côté, sa psychothérapeute précise qu'elle travaille avec lui sur les limites, sur l'estime de lui-même. Sa demi-sœur à présent née, Jean s'imaginait, dit la mère, qu'il pourrait déjà jouer avec elle. Il est déçu.

La réunion clinique du mois d'octobre 2012, pointe que cette année, Jean est accueilli à l'hôpital de jour deux demies journées par semaine. Le temps d'hospitalisation a diminué à la demande de l'école qui souhaite le recevoir plus de temps. Ainsi, le lundi après-midi, il continue de bénéficier de séances en psychomotricité et le mardi avec un temps d'école et l'atelier « conte ».

Il a pu dire à Marine combien il était en colère de ne plus être présent le mardi matin.

Ses colères restent imprévisibles et spectaculaires. La frustration, la peur de perdre, le manque, sont toujours à l'origine de ses éclats. Dans ces moments, il casse, propulse, peut taper les adultes. Dans ses excès de colère, après les cris, les mots arrivent : « je veux tuer les enfants de l'école avec un couteau point » ; il parle de justice, de loi.



L'instant d'après, il s'excuse et les phrases semblent plaquées, non incarnées. Comme s'il voulait annuler ce qui s'est passé.

À l'atelier « conte », il peut demander de l'aide lorsqu'un enfant l'intruse. Au moment du dessin, il dessine des séquences comme des bandes dessinées et de ce fait, il ne parvient jamais à aller jusqu'au bout. Comment le ramener dans un temps commun se demandent les thérapeutes de cet atelier ?

Jean semble être pris par de grandes peurs, de manière omniprésentes : peur du rejet, de l'abandon.

À la réunion clinique de janvier 2013, consacrée à Jean, le psychomotricien associe spontanément sur l'évolution de cet enfant qui autrefois évoquait des images comme un rébus souvent bizarre, sans pouvoir les lier, peut-être la co-modalité sensorielle lui faisait elle défaut ?

Désormais, il parvient petit à petit à lier les images entre elles pour trouver le fil narratif qui rend les vécus moins inquiétants. Ce dernier fait cesser la redondance des jeux, comme si de multiples sensations se liaient entre elles pour former un objet total.

Son jeu favori : se jeter sur un ballon qui le renvoie et se retrouver sur ses pieds. L'ambiance a beaucoup changé, sa colère n'est plus projetée mais il raconte pourquoi il est en colère.

À l'annonce du départ prochain du psychomotricien du service, il peut dire son mécontentement et en même temps il peut évoquer un futur voyage avec son père à Saint Martin aux Antilles. Le psychomotricien quitte le service pour un emploi qui se trouve sur l'île de la Réunion...

Globalement, Jean semble plus tranquille, n'a plus peur des mimiques de l'autre ; il peut jouer sur l'expression émotionnelle, l'échange circule dans la confiance, la séparation semble possible et l'ouvre à des affects dépressifs.

Aujourd'hui, il peut parler de sa colère due au départ du psychomotricien, en consultation avec son père.

En contrepoint de ces avancées, l'accordage avec sa mère ne s'est pas fait et ça continue ; ça renvoie à l'isolement de Jean et de sa mère. Marine évoque les difficultés

récioproques dans leurs liens avec des superpositions d'images : celle du grand-père dans le regard de la mère sur son fils.

Le psychomotricien associe sur la grande difficulté de cet accordage entre eux. Dans les jeux, le psychomotricien reste sur les bords, Jean rebondit sur le ballon et parfois évoque des images incompréhensibles autour du bébé. Peut-être tente-t-il ici de traiter en sa présence, les liens avec sa mère, autour du portage ?

Nous voyons apparaître au fil des séquences annuelles, relatées dans les différents comptes-rendus, la place centrale que prend la violence dans la vie de Jean. Elle semble se déployer dans tous les plis relationnels à l'autre, enfants et adultes, sous des formes variées et variables, en fonction des situations ; et aussi avec des objets lancés, cassés. Nous pouvons percevoir que cette violence prend de l'ampleur avec le temps, en lien peut-être avec une meilleure perception de son corps tout entier. Ce qui semble sous-tendre cette violence à l'œuvre en permanence, ce serait la question de son identité sexuelle : entre fille et garçon le destin ne serait alors pas envisageable sous le même angle : entre fille victime ou garçon meurtrier ou assassiné. Mais bien plus avant, ce serait la question de son destin de vie ou de mort qui serait d'abord constamment mis en jeu, mise en scène.

Dans les différents comptes-rendus et lors des réunions cliniques, Marine est en permanence présente, elle semble être la seule interlocutrice de Jean et son unique interprète. Les hommes de l'équipe, pour certains d'entre eux, tentent de prendre une place ; il est remarquable que deux d'entre eux semblent s'allier comme pour faire exister autrement cet enfant. Le psychomotricien et un des infirmiers de l'équipe, chacun de leur place respective de soignant, tente d'organiser un lien avec Jean. Le premier dans le temps de séances régulières, l'autre dans l'espace d'accueil avec l'activité « percussion ». Par ailleurs, ces deux soignants se trouvent être les derniers arrivés au sein de l'équipe et passent beaucoup de temps ensemble, discutent, échangent. Marine, dans sa position d'ancienne du groupe des soignants, est un de leur sujet de discussion, de par son omniprésence dans les différents espaces institutionnels, elle est vécue par eux comme caprice de la parole et du « savoir soigner ».

La scène semble se dérouler à trois plus un, trois soignants et un enfant.

Par ailleurs, il est question de la peur que ressent cet enfant dans différentes occasions et rencontres et de la peur ressentie par certains membres de l'équipe

soignante face aux colères et aux cris répétées de Jean et à la violence qu'elle engendre chez lui. La question d'une mort potentielle par ricochet ou par accident semble planer tout au long de cette clinique se déroulant dans l'espace d'accueil.

Il semble qu'entre eux, il n'y ait pas le moindre écart, il y aurait plutôt comme un effet d'abîme dans le miroir, sans que la moindre petite différence possible n'émerge. Chez les adultes, la fuite ou l'évitement sont alors de mise, alors que vraisemblablement, Jean par ses actions répétées à l'infini, tenterait de réactiver des parties gelées en lui, se manifestant par des mises en scène d'une violence extrême. « J'ai l'impression -dit une stagiaire éducatrice- que dès qu'il a une émotion très vive, une douleur, il fait mal aux autres. Il m'a dit « non je n'ai pas mal » et m'a donné un coup de pied. Je lui ai dit qu'il m'avait fait mal. ». Un processus de différenciation tenterait-il de s'inaugurer ici entre objet inanimé et humain, entre le cassable de l'objet lancé et la douleur ressentie par l'humain, atteint par l'objet ou le coup donné ?

Dans le déroulement des réunions cliniques, plus particulièrement en tout début, chacun des protagonistes semble être pris dans son rapport avec Jean, unique qui resterait non partageable et ainsi, le processus associatif qui se déroule, semble être comme des bouts mis ensemble sans liaison possible. Chacun des soignants raconterait une histoire, la sienne ; seuls les faits de violence semblent faire liaison avec les cris de Jean, le jet des objets, les coups donnés. Ce serait sans doute à partir de cet endroit précis que le travail de soin pourrait se tisser.

Ce qui déclenche cette violence chez Jean est nommée « imprévu » par les soignants. Marine note dans un compte-rendu « l'imprévu provoque des crises chez Jean » ; c'est aussi ce à quoi les soignants sont confrontés dans l'espace d'accueil au quotidien, en différence avec les cadres-dispositifs des ateliers à médiations, organisés dans le temps. Cet impact de l'imprévu, l'équipe soignante tente constamment de le contrôler par des propositions de jeux ou d'activités, adressées aux enfants. Nous retrouvons ici l'effet miroir dont nous parlions précédemment qui ne permet pas à l'équipe soignante de penser pour et avec Jean ses mises en scène répétées. Par ailleurs, la question de la colère est à l'oeuvre dans les interstices de l'institution et dans les temps de régulation. Marine est souvent l'objet de cette colère qui ne semble jamais lui être renvoyée directement au sujet de son savoir-faire avec cet enfant qui ne laisse aucune place aux autres soignants.

## 5.2 NABIL : de la fuite au cri, comme tentative d'émergence au milieu du groupe

Nabil est né en décembre 2004, il est orienté vers l'hôpital de jour en avril 2008 par le centre-médico-psychologique de son secteur. Trois consultations sont proposées comme habituellement à cette famille. Ce sont des co-consultations encadrées par le pédopsychiatre, le cadre de santé et moi-même, psychologue. Lors de la première rencontre, Nabil est alors âgé de 3 ans et demi, ses deux parents sont présents ainsi que sa petite soeur alors âgée de huit mois. C'est une sympathique famille avec laquelle l'identité culturelle est d'entrée beaucoup mise en avant comme un bien fondé à ne pas perdre et à transmettre aux enfants. La mère est originaire d'Algérie et le père de Tchéquie par sa mère et d'Algérie par son père.

Pour ses parents, l'enfant s'est développé normalement jusqu'à l'âge de 2 ans et à partir de ce moment, ce dernier s'est arrêté de parler et s'est enfermé dans une « bulle ». Pour la mère, il y a eu à ce moment là, une coupure avec son fils qu'elle ne comprenait plus. Depuis une année, un soin s'est engagé au centre médico-psychologique sous la forme d'un entretien hebdomadaire avec une infirmière et une consultation mensuelle avec le pédopsychiatre. Les parents constatent depuis une grande amélioration : Nabil semble revenir avec eux dans la communication, ses rituels obsessionnels semblent s'assouplir. La mère dit avoir renoué le contact avec lui, au point de connaître ses besoins en observant ses gestes.

Néanmoins, ce petit garçon présente de graves difficultés : il ne parle pas, est en difficulté pour nouer des relations avec les autres enfants, il a des troubles importants du sommeil et se réveille à 2-3 heures chaque matin, sans rendormissement possible, il ne regarde jamais l'autre dans les yeux, il aligne en permanence des voitures et les fait se dérouler à la hauteur de ses yeux, il ne semble pas entendre quand on l'appelle.

Durant l'entretien avec nous, il est comme dans un monde parallèle, il fait des allers retours dans la pièce de consultation. Il manifeste sa présence en écho au discours de ses parents mais pas dans des liens avec nous, comme s'il était parlé dans cet espace familial qui du coup le représente et le constitue. A chaque extrémité de la pièce de consultation, le médecin a installé des bibliothèques dont les portes sont envers et lors de ses va et viens, Nabil va s'y attarder, ouvrant et fermant ces portes. Il émet alors des sons comme des mots dans cette alternance. Il prononce des mots qui ne semblent pas

adressés et dans un jargon improbable. Par ailleurs, ces portes, en verre, semblent lui permettre de s'y voir dans le même temps.

Nabil a un grand frère, né une année avant lui, en 2003, et une petite soeur, née en 2007. La mère dit son épuisement devant la tyrannie de Nabil qui exige d'elle une attention permanente, ne supportant pas l'attention portée à son frère aîné.

Les parents pour expliquer le basculement de l'enfant dans une symptomatologie plutôt autistique évoquent leur déménagement en février 2005. Nabil est alors âgé de trois mois environ. Ce déménagement se déroule de manière précipitée et dans de mauvaises conditions. Ils emménagent alors dans un appartement au confort réduit, avec une surface moindre. Par ailleurs, quelques mois plus tard, les nouveaux voisins du dessous vont se plaindre du trop de bruit généré par les enfants : il a fallu alors contrôler au maximum les déplacements de chacun dans ce nouveau lieu d'habitation. Il s'agissait de s'effacer. Ce contrôle des bruits de chacun occupait particulièrement la mère, dans la mesure où cette dernière craignait un dépôt de plainte à la police. En effet, si ce dernier était mis à exécution, cela pouvait alors impliquer son expulsion du territoire car elle se trouvait à ce moment là sans papiers officiels lui permettant de séjourner en France. Ainsi, pour la mère, la menace permanente d'une séparation de ses enfants était alors en fond d'un quotidien familial devenu angoissant qui nécessitait alors une maîtrise des bruits et des sons dans la maison, dont les pleurs de Nabil.

Par ailleurs, le père souligne avec une intense émotion les antécédents des pathologies psychiatriques dans sa branche maternelle. En effet, enfant, une tante qu'il appréciait particulièrement et à laquelle il était attaché a décompensé. Lui-même a traversé un épisode pathologique à l'âge de 17 ans suite au décès de son père. La grand-mère paternelle est elle décédée en 2008, elle était très proche de Nabil. Lors de la seconde consultation se déroule en mai 2008, le grand frère de Nabil qui se prénomme Ryan, né en 2003 est présent ainsi que sa mère et sa sœur ; le père lui, n'a pas pu se rendre disponible. Madame semble épuisée et elle le dira à plusieurs reprises. Cet enfant ne l'écoute jamais, il a des symptômes d'allure autistique : il aligne en permanence des voitures, les font se dérouler à la hauteur de ses yeux, ne regarde jamais l'autre, ne semble pas entendre quand elle l'appelle. Cet enfant, elle voudrait qu'il soit comme les autres, cet enfant la fatigue et lui prend beaucoup d'énergie. D'autant plus qu'il n'est pas le seul enfant de la famille et qu'il se montre avec elle possessif et tyrannique. Elle semble prise dans un double mouvement impossible avec son fils « ne pas le lâcher » pour le protéger et vouloir le sortir de cette bulle ; même elle perçoit qu'il s'est enfermé.

Elle a par exemple, bien vu que l'enfant voulait aller à l'école comme son frère aîné mais elle n'est pas encore prête à accepter qu'il y aille avec des aménagements. La question du regard des autres porté sur l'enfant donc sur elle et sa famille prend beaucoup d'importance : c'est blessant dit-elle.

Elle nous laisse lors de cette consultation, un document sur la méthode ABA. Elle semble alors venir interroger la dynamique de travail à l'hôpital de jour. Elle souligne que son mari est un ingénieur agronome sans travail actuellement; ce dernier a des hypothèses quant aux graves manifestations que présentent Nabil dans sa manière particulière d'être au monde. Il cherche entre autre sur internet les causes probables ainsi que des techniques de soins, le plus souvent en lien avec l'alimentation.

Par ailleurs, Ryan, son frère aîné qui a souhaité venir à cet entretien, manifeste grandement son existence. La maman insiste pour dire combien Nabil ne supporte pas qu'elle s'occupe de son aîné ; ce doit être pareil pour les deux dans la pression impulsée par Nabil.

L'équipe de cadres est donc d'accord pour accueillir cet enfant à l'hôpital de jour et les parents aussi. Nabil va donc venir à l'HJ deux demis journées chaque semaine durant un trimestre dans le but de mieux faire sa connaissance et ainsi penser son projet de soin. Cette rencontre est riche et dense, elle nous donne beaucoup d'informations relatives à la place de cet enfant dans l'histoire de ses parents et leur lien conjugal. L'enfermement à cet endroit se décline dans l'insécurité quant au statut de résident en France pour la mère et la menace d'expulsion sous jacente en permanence puisque la mère est toujours sans papier; en fond la potentielle explosion de la famille reste vivace. Et tout cela est pour le moment suspendu au fait que le père trouve du travail.

La place de Nabil, comme « réparateur » apparaît clairement en lien avec la détresse maternelle ; étayage de cette femme déracinée et insécurisée, coupée de sa famille d'origine. Père en transit de citoyenneté entre l'Algérie et l'Europe qui semble trouver refuge dans une pièce close de l'appartement où Nabil est interdit de séjour, dans laquelle il fait l'élevage de plantes.

Ces quatre consultations me laisse dans l'après coup le souvenir d'un enfant qui serait au monde de manière bien singulière : il semble pris dans des mouvements répétés de va et viens dans la pièce comme pour sentir une délimitation, percevoir un périmètre, une limite. Il semble sensible au déplacement de l'air. Il vocalise, utilise différentes intonations comme dans un dialogue mais sans adresse. De ma place il

semble être en quête de stratégies pour se sentir et aussi se voir comme dans les portes vitrées des bibliothèques du bureau du médecin.

La mère souligne lors des premières rencontres, que son mari est un ingénieur agronome actuellement sans travail. Ce dernier consacre du temps à chercher entre autre sur internet, les causes probables de la maladie de son fils, ainsi que des techniques de soins, le plus souvent, en lien avec l'alimentation. Son fils est d'ailleurs soumis à un régime sans gluten.

Nabil, suite à ces premières consultations, est admis à l'hôpital de jour. Il se rendra au rythme de deux demies journées par semaine à « l'espace d'accueil » et ce, pendant trois mois, pour un temps d'observation. Une infirmière Sophie, nouvellement arrivée dans l'équipe est désignée comme référente de son projet de soin. Nabil sera le premier enfant dont elle aura la charge du projet de soin. Cette fonction consiste à assurer la liaison entre les différents espaces de soins et la vie de l'enfant, c'est une place attendue qui est attendue du côté de l'articulation.

Dans « l'espace d'accueil », des jouets sont mis à disposition ainsi qu'un espace psychomoteur où l'enfant pourra circuler « librement » . Rapidement, les soignants remarquent son attachement à quelques voitures, toujours les mêmes, avec lesquelles il répète inlassablement les mêmes scénarios en les alignant et en les faisant se déplacer à la hauteur de ses yeux. Par ailleurs, il semble éviter soigneusement les adultes et les enfants en présence dans cet espace, s'isolant alors au milieu des autres.

Au terme des ces trois premiers mois, lors de la réunion clinique qui lui est consacrée, confirmation est faite quant à la poursuite de son soin à l'hôpital. Un projet se dessine alors, à partir de la proposition de certains soignants dont deux éducatrices qui proposent que Nabil puissent intégrer un atelier « piscine en eau chaude ». Par ailleurs, le psychomotricien, suite au bilan réalisé pendant la période d'observation suggère une prise en charge hebdomadaire de l'enfant. Une année plus tard, en 2009, un atelier « terre » va lui être proposé avec Sophie (la référente de son projet de soin) et Yvan, infirmier récemment arrivé dans l'équipe. Atelier qu'il va investir avec plaisir en manipulant la terre. Les soignants en présence font un parallèle avec son encoprésie et ses difficultés de maîtrise de ses sphincters, ils évoquent des colombins. Sophie une des thérapeutes et aussi référente de son projet de soin a remarqué que s'il lui arrivait de quitter l'atelier, elle pouvait lire sur le visage de Nabil du désarroi.

Dans « l'espace d'accueil », Nabil va continuer à se tenir à l'écart, évitant le regard, s'accrochant aux voitures tantôt alignées, tantôt défilant à hauteur de ses yeux. Au long cours des semaines, l'enfant va se mettre à quitter brusquement les espaces où

se trouvent enfants et soignants ; le mot « fuite » va alors être utilisé pour caractériser ce mouvement répété inlassablement. Il va aussi se mettre à ouvrir les portes fermées qu'il trouve sur son passage, apparaissant alors tout aussi brusquement aux yeux de ceux qui occupent ces pièces. Il s'agit alors de l'arrêter dans ses mouvements intempestifs, de le surveiller.

Nabil a aussi intégré un atelier piscine, il s'y rend avec plaisir mais les thérapeutes sont en grande difficulté dans la mesure où elles doivent gérer ses selles avec la crainte constante que ces dernières ne contaminent l'eau du bassin. Bassin se situant au coeur de l'hôpital et qui est utilisé par d'autres usagers. Une tension est perceptible entre les deux soignantes, leur avis au sujet de cet enfant diffère : quand l'une décrit son angoisse qu'il ne se noie, l'autre raconte la merveilleuse évolution d'un petit poisson dans l'eau.

En 2011, un atelier « poney » lui est proposé et après un temps de découverte de l'environnement il a pu montrer ses peurs même s'il commence à toucher l'animal et à le sentir.

Et en cette fin d'année, Sophie, la référence de son projet de soin évoque le sentiment de tristesse ressentie : elle a le sentiment que dans l'espace d'accueil cet enfant n'est pas investi voire même rejeté. Le psychométricien qui le rencontre depuis plusieurs mois à présent parle de séances éprouvantes avec des séances conflictuelles où il se sentait pris dans une position de maîtrise. Il lui semble avoir pu trouver une place différente auprès de Nabil le laissant vivre des expériences sensorielles autour du corps et des objets. Les séances depuis se sont apaisées dit-il.

En 2012, Nabil rencontre les autres avec une grande maladresse : ou il se tient à distance ou il percute l'autre. A l'école par exemple il a fallu rencontrer l'équipe pour donner sens à son comportement. Son temps de prise en charge scolaire a malgré tout baissé quelques semaines plus tard. Dans le cadre de l'hôpital de jour, Nabil refuse de plus en plus ce qui lui est proposé ce qui a pour effet d'éprouver grandement les soignants. Comment faire avec lui est-il demandé en réunion clinique, le laisser faire ou l'amener au changement ? l'orthophoniste et l'institutrice ont opté toutes les deux pour la fermeté et l'exigence. Après des pleurs, un visage ruisselant de larmes quelque chose s'est déclenché : il a accepté le changement et peut reprendre certains jeux. Il est devenu plus flexible. Nabila peut dire quelques mots en classe et dans l'espace d'accueil il imite les cris et les gestes des autres enfants en présence. Il montre sa jalousie, demande à être bercé. Il reste pris dans la vérification des portes entre ouverture et fermeture.



Dans le cadre de l'atelier « poney » après avoir montré ses peurs, il peut maintenant monter sur son poney tout en criant. Au temps des repas, il a accepté de diversifié son alimentation mais le régime sans gluten demandé par les parent est compliqué pour lui, alors il chaparde. La propreté n'est toujours pas acquise malgré une certaine prise de conscience de sa part.

En 2013. Deux départs marquent la fin d'un soin pour Nabil, en effet l'orthophoniste et le psychomotricien ont quitté le service. L'enfant a marqué ces absences en se dirigeant vers le bureau de ces deux professionnels pendant un certain temps. Tout semble bien se dérouler pour cet enfant au sein du service mais l'enfant ne semble toujours pas investi par les autres soignants qui ne le rencontrent pas dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques. Ainsi dans l'espace d'accueil ses mouvements sont arrêtés, ses fuites répétées oblige qu'un soignant délégué soit avec lui pour le surveiller. Un événement qui a fait grand bruit en cette année 2013, n'est pas consigné, est resté sous silence dans le dernier compte-rendu. Il a abouti au départ d'un soignant de l'unité.

Au début de l'année une sortie spectacle au théâtre de la ville est organisée par l'enseignante de la classe de l'hôpital de jour, elle regroupe huit enfant pour huit adultes de deux unité distinctes, l'hôpital de jour et l'internat séquentiel. A la fin de la représentation, Nabil disparaît et un important dispositif est rapidement mis en place pour le retrouver. Nabila a semble-t-il fugué comme à d'autres reprises notamment de l'école. Il est finalement retrouvé au bout d'une heure de recherche. La majorité des membres de l'équipe soignante n'était pas d'accord pour assurer l'accompagnement de cette sortie, étant alors en sous effectif mais un soignant infirmier, dernier arrivé dans l'équipe décide alors seul de se charger de deux patients dont Nabil. Quelque chose de la cohésion de l'équipe à partir de cet évènement semble s'être défait ou plutôt mis à jour.

### 5.3. ANAÏS : entre chute, démantèlement et rassemblement du corps

Anaïs est une enfant née en 2001, au début du mois de novembre. Une demande de la part du CMP de son secteur est formulée à l'HJ en avril 2006, suite à un refus de prise en charge par l'école qui la trouve trop agitée dans la classe où elle se mettait constamment en danger en tentant notamment de fuir de l'établissement. Anaïs est alors âgée de deux ans. Elle est la 5<sup>ème</sup> d'une fratrie de 6 enfants dont un frère diagnostiqué autiste, restant toujours à la maison sans aucune prise en charge extérieure ; ce dernier est né en 1992.

Un événement marquant dans la vie de cette enfant se déroule à l'âge de 3 ans: Anaïs bascule par la fenêtre de son habitation située au 3ème étage d'un immeuble, elle fait alors une chute de 6 mètres. La mère, alors présente, se trouvait dans une autre pièce de l'appartement. Cette dernière rapporte les dires de la voisine, « Aron, (le frère autiste) l'a poussée », elle est alors tombée, se fracturant la jambe droite. Suite à cet accident, selon la mère, Anaïs aurait cessé de parler, s'exprimant uniquement à partir de là par des sons, des cris et une agitation constante.

Aux trois temps d'observation qui précèdent son admission à l'HJ, il est noté :

Le premier temps d'observation, une éducatrice spécialisée note : accompagnée par son père, Anaïs s'en sépare sans difficulté. Elle ne regarde pas l'adulte, mais s'empare de tout ce qu'elle voit et touche les objets sans conscience du danger. Elle s'active avec le sentiment de ne pouvoir s'arrêter. Elle cherche à sortir constamment de l'hôpital de jour dans un mouvement de fuite perpétuelle. Elle porte constamment des objets à la bouche, grimpe, court, touche. Elle ne regarde pas, ne parle pas. C'est une enfant qu'il faut surveiller constamment. Cependant, elle semble apprécier la protection. La cuisine et les toilettes sont deux espaces qu'elle occupe très régulièrement.

Au second temps d'observation : elle regarde davantage et semble s'accrocher à une expérience plus posément (toboggan, musique, goûter) cependant elle ne répond pas aux sollicitations des autres enfants. Elle ne réagit pas devant la porte fermée, ni devant le « non » mais répète son expérience. Elle semble éviter les adultes. Elle ne veut

pas voir les jeux proposés sauf pour la musique, la lumière. Semble dans la peur de l'autre, elle se centre sur ses chaussures. Anaïs regarde régulièrement par la fenêtre.

Au troisième temps d'observation : les premiers éléments constatés reviennent et se répètent ; Anaïs évite les adultes et les enfants. Elle tente constamment de sortir de l'espace « hôpital de jour », et ne réagit pas aux sollicitations. Elle s'intéresse à la lumière.

Suite à ces différents temps d'observations, 4 demies journées d'hospitalisation lui sont proposées, à partir de novembre 2006. Les ateliers à médiations vont faire leur apparition au fur et à mesure, suite aux réunions cliniques qui lui sont consacrées mais aussi disparaître au fil des déconvenues de certains membres de l'équipe ou de la dynamique institutionnelle. Une thématique va se dessiner pour cette enfant autour de la médiation « eau » avec les jeux d'eau, « la piscine en eau chaude » durant les deux premières années pour ensuite s'ouvrir sur un atelier peinture, un temps d'orthophonie et un atelier poney. Par ailleurs, le projet d'un travail au domicile des parents est envisagé, deux soignants se portent volontaires avec l'intention de partager des moments avec Anaïs et sa famille.

Je reprendrai ici les différents bilans annuels réalisés pendant l'été avec toute l'équipe soignante par ordre chronologique :

Au temps de bilan du mois de juin 2007, écrit par le référent du projet de soin de l'enfant, je relève :

Anaïs est une enfant qui semble occupée par la question de l'espace. Les adultes sont constamment préoccupés par les fuites potentielles d'Anaïs pour des lieux vécus comme dangereux. Ces derniers la surveillent. Cette enfant investit les activités chant, peinture, jeux d'eau, massage. Elle court moins, peut s'asseoir pour manipuler une poupée (surtout l'oeil), cherche moins à s'échapper de la pièce d'accueil. Elle s'assoit facilement sur les adultes en face à face et elle peut poser sa tête sur l'épaule. Elle peut jeter des objets quand on lui dit non et insister vivement pour avoir ce qu'elle désire. Mais ses absences sont fréquentes, sans cause particulière.

Le projet pour l'année 2008 se profile alors avec une scolarisation envisagée dans la classe de l'hôpital de jour, sur des temps courts, deux fois par semaine. Une prise en charge sur 4 demies journées à l'HJ est décidée avec la concrétisation des ateliers jeux

d'eau, piscine en eau chaude, jeux psychomoteurs, peinture et des séances en orthophonie. Il s'agit d'alterner les temps seule et en groupe.

Au bilan de juillet 2008, il est noté qu'Anaïs continue de faire des expériences sensorielles qui concernent la bouche et la peau. Comme si elle cherchait à éprouver son intériorité avec la recherche systématique des bombe aérosols dès son arrivée à l'hôpital de jour. Dans ce processus, elle donne l'impression de se mettre en danger et du coup elle suscite de l'effroi chez l'adulte. Elle fuit moins, elle semble être mieux repérée dans le temps. Elle est capable de supporter une distance entre elle et l'adulte mais elle demande encore à être portée.

À cette période il n'est pas envisagé de changement dans les dispositifs de soins, si ce n'est de lui proposer un repas à l'hôpital.

Les deux éducateurs spécialisés -Charles et Anna- n'ont pas réussi à concrétiser le projet de travail à domicile. Peut-être est-il trop difficile de travailler à la fois avec l'enfant dans l'intimité des soins à l'HJ et dans la réalité de ses liens familiaux, à la maison. Face à cette difficulté vivante, le médecin propose que le dispositif soit porté par la cadre de santé et l'assistante sociale de l'unité. Mais là encore, ce projet ne va pas se concrétiser.

Il est noté par l'équipe que le père d'Anaïs a conscience que sa fille lui demande de s'occuper d'elle mais qu'il est incapable de répondre à ses sollicitations car dit-il le « frère « autiste » prend toute la place ». Nous faisons l'hypothèse que l'indisponibilité de cet homme vis-à-vis de sa fille est en lien avec la fonction que tient son fils pour lui, à savoir qu'il représente peut-être une partie malade du père qui n'est pas soignable et qui est externalisée sur ce fils.

En septembre 2009, la proposition est faite de mettre en place un atelier peinture le lundi et d'arrêter le temps des jeux d'eau ce même jour. Pourtant, la piscine en eau chaude semble un espace sécurisant qui a permis à Anaïs d'aller à la rencontre de l'autre dans un va-et-vient entre le bord du bassin et les soignants, dans un vrai échange. Cela a permis aussi un maternage avant et après la piscine, ce qui était presque impossible les années précédentes, Anaïs ne supportant pas la fin des séances. Encore cette année, il est difficile de trouver un fil conducteur dans tous les éléments qui ont été rapportés au sujet d'Anaïs. Elle suscite beaucoup d'incohérences et de désaccordage dans le groupe soignant. À la peinture ainsi qu'à la pataugeoire, elle laisse le média pour le relationnel.

En orthophonie, Yvette trouve qu'elle est intéressée par les images, les livres, surtout quand le travail se fait avec une certaine distance corporelle. Au repas, c'est difficile : Anaïs jette, casse, refuse, ce qui fait osciller les soignants entre le rapproché fusionnel ou la rupture. En conclusion : Anaïs trouve dans l'institution de multiples plis et niches, pour déployer les plis et les replis de son monde interne. Comment les soignants vont pouvoir l'aider à mettre au dehors d'elle, projeter, propulser sans trop être mis à mal ?

Au bilan du mois de juillet 2010, il est noté qu'il est toujours très difficile de trouver un fil conducteur dans tous les éléments. Cela nous fait penser à une petite fille qui tente de traiter les questions « des limites du cercle de son existence ». Elle suscite les mêmes incohérences et désaccordages dans le groupe des soignants, malgré notre projet de l'installer dans un rythme relationnel. Le vendredi apparaît comme un premier jour et le lundi comme un jour de reconstruction : elle arrive mal, blessée, il faut la remettre en état. À l'intérieur même de sa journée de soins, elle traverse des moments où elle s'unifie (principalement dans les ateliers dont la porte est fermée) et à des moments où elle s'éclate : dans les entres, dans le groupe d'accueil. Elle a alors la capacité de faire éclater le groupe, de créer des disputes entre les soignants qui ne sont pas d'accord avec les conduites à tenir. Elle fait peur aux autres enfants par son agitation constante et ses déshabillages à répétition.

Le projet de soin 2010-2011 s'inscrit alors comme tel « Rendez-vous est pris pour une « concertation » avec les partenaires du soin et du social, le 23 septembre au CMP » de son secteur, pour parler de la situation de cette petite fille qui inquiète tout le monde et déroute. Ainsi, pour ne pas rester dans un confinement en miroir de ce qui se passe dans la famille, il est question de réunir tous les partenaires qui s'occupent de cette enfant.

Les soignants disent leur intention de remettre en cohérence, à la fois les ateliers qui lui sont proposés et l'articulation des différents dispositifs entre eux, en ayant une attention particulière à la façon dont chaque soignant se parle de cette enfant quand elle passe d'un lieu à l'autre. Une proposition d'accordage des espaces institutionnels est envisagé par l'équipe soignante suite à des réunions cliniques houleuses où je perçois en moi l'émergence de mouvements de rejet et de haine vis-à-vis de l'équipe devant leur insistance à vouloir comme rejeter cette enfant.

Il est proposé un accompagnement d'un soignant pour la « porter » dans les moments

de l'entre deux. Cela nous permettra d'évaluer si c'est seulement la relation qui peut la contenir dans ces temps si difficiles. Aussi, je souligne qu'il est l'essentiel que cette promesse soit tenue par les soignants dans la mesure où jusqu'à présent, plusieurs propositions d'accompagnements ont été émises sans pour autant être tenues pour des raisons diverses.

L'atelier peinture et les temps des jeux d'eaux se poursuivent. Par contre l'activité « percussion » va prendre fin du fait de l'arrêt de cette activité.

Au bilan de l'année 2011-2012 il est indiqué que cette enfant, âgée aujourd'hui de 10 ans 1/2, vient toujours à l'HJ sur quatre demis journées : le lundi après-midi pour un temps d'accueil et l'atelier « peinture », le mardi après-midi pour un autre temps d'accueil et l'atelier « jeux d'eaux », le jeudi matin pour l'atelier « poney », le repas et l'atelier « être ensemble », le vendredi matin pour un temps d'accueil, un temps « école » (l'orthophonie s'est arrêtée du fait du départ de la professionnelle).

C'est la 6ème année à l'HJ pour Anaïs, qu'est ce qui a changé pour elle ?

Il est noté qu'elle est plus tranquille dans les moments d'accueil. Aux « jeux d'eaux », Anaïs montre qu'elle se rappelle des objets, même trois semaines après. Elle a bénéficié de cet atelier sans que l'équipe ne « voit passer le temps ». Pendant longtemps, elle a été dans l'eau tous les jours, actuellement il ne reste que le mardi après midi. C'est Sophie qui assurait la continuité dans tous ces temps « eau » avec l'intention de faire le lien avec les autres soignants de l'institution. Cette infirmière nouvellement arrivée dans l'équipe participe à bas bruit au long cours des soins apportés à Anaïs. Elle semble s'être alliée avec Charles le référent du projet de soin de l'enfant pour faire couple avec lui et se retrouver avec Anaïs dans le cadre de plusieurs ateliers à médiations thérapeutiques comme la peinture par exemple.

Il y a eu un changement à l'atelier « peinture » où Anaïs fait maintenant de la « terre », elle y est plus tranquille. Pendant deux ans et demi, elle a eu du mal à s'installer dans cet atelier. L'idée d'y introduire du volume est venue suite à une consultation avec le médecin. Les soignants -et c'est Sophie qui l'a le plus exprimé- se sont trouvés « coincés » entre les paroles différentes des deux « psy » du service. Le médecin qui a plus porté le processus suite à la consultation et le psychologue qui a plus porté le cadre lors de la régulation de cet atelier. Une différence de position émerge alors entre le médecin et moi, une conflictualisation de la situation clinique d'Anaïs se fait jour et permet de

sortir en partie du clivage dans lequel les soignants se sont installés. Une réunion clinique au sujet de laquelle je reviendrai plus tard dans ce travail.

Cette sixième année d'hospitalisation est la dernière pour Anaïs, les soignants disent ne pas avoir vu le temps se dérouler mais plutôt se précipiter : rien ne semble s'être installé dans un processus mais plutôt un précipité, sans liaison aucune. Entre les soignants les conflits larvés au sujet de cette situation enflent et trouvent leur expression dans les temps interstitiels de l'institution et les conflits ouverts. C'est comme si un processus s'était amorcé sans pouvoir se déployer, contraint pas des forces destructrices. Charles est le référent du projet de soin de cette enfant : son manque de rigueur lui est reproché par plusieurs membres de l'équipe ainsi que son incompetence à s'inscrire dans le temps. Je peux faire ici l'hypothèse que la difficulté des soignants à investir Anaïs serait en écho avec la difficulté des soignants à investir Charles comme un suffisamment bon soignant. Ce qui est très important de souligner ici, c'est la force déployée par Anaïs pour se faire entendre par l'équipe : en installant un climat de plus en plus chaotique dans l'espace d'accueil, elle a pu attirer l'attention des soignants. Nous allons revenir sur ce propos plus tard dans notre travail.

# 6. TRAVAIL DE LIAISON DE LA CHAÎNE DE TRANSFERTS DANS LE PROCESSUS INSTITUTIONNEL

## 6.1. Les processus de soin institutionnel

Le processus de soin, tel qu'il est envisagé, s'organise à partir des ateliers thérapeutiques à médiations, selon une idéologie institutionnelle partagée. Ces temps thérapeutiques jouent un rôle majeur car « l'enfant viendrait déposer sa problématique » et le processus de soin s'initierait dans ces cadres privilégiés. Le projet global de l'hôpital de jour prend donc son assise sur ces ateliers à médiations thérapeutiques. Classiquement, ces cadres-dispositifs viennent s'inscrire dans le cadre du projet de soin pour chacun des enfants pris en charge par l'institution. Ils ont pour intitulé : piscine en eau chaude, pataugeoire, poney, peinture, modelage, photo, comptines. La dynamique se déployant à l'intérieur de ces différents cadres fait l'objet d'une attention particulière : en effet, à la proposition d'un atelier s'adjoint un temps de régulation avec le psychologue de l'institution. Chaque régulation s'inscrit alors dans le temps et vient, par ricochet, rythmer le déroulé des séances des différents ateliers à médiations. On peut d'abord se poser la question de savoir si ces ateliers thérapeutiques ne sont pas particulièrement investis par le personnel de l'hôpital de jour (infirmier, éducateurs, orthophoniste, psychomotricien), non pas seulement dans l'intérêt thérapeutique pour les enfants mais aussi ce qui évidemment n'est pas dicible en ces termes parce qu'ils se sentent reconnus ici comme des thérapeutes. Autrement dit, une hypothèse consisterait à penser que c'est l'effacement des différences entre les psychologues, les psychiatres et leur propre statut. Il est vrai que c'est un fondement du fonctionnement institutionnel de considérer comme clinicien tout intervenant référé à la perspective psychodynamique, en appui sur la supervision du psychologue.

Les effets bénéfiques de ce dispositif à médiations thérapeutiques paraissent une



évidence consensuelle pour tous les soignants qui évoquent volontiers les métaphores de la détoxification, de la digestion, voire la fameuse transformation des éléments bêta en éléments alpha, en appui sur cet aspect de la théorie de Bion qui fonctionne pour tout type de situation. Comment dépasser ce discours convenu de l'institution, discours si général qu'il n'explique pas la complexité des processus en jeu ?

Je propose de décondenser selon plusieurs niveaux la complexité de ces processus.

Elle a pour effet de permettre dans le temps de l'après-coup, la ressaisie régulière, du vécu transféro-contre-transférentiel des soignants qui co-animent ces cadres de soin ; ceci a pour effet d'ouvrir sur un mouvement processuel. Ce dernier se transforme alors en éléments cliniques suffisamment digérés donc pensés, partageables en grand groupe et va venir alimenter les différentes réunions institutionnelles. Il y a, ici, comme une détoxification des éléments bruts, livrés au départ, en sensations et en impressions sensorielles par les soignants, dans une incompréhension première qui tente, à partir de là, de s'organiser en récit. Cette mise en récit se déploie à partir de la rencontre entre les soignants et un autre, le psychologue, extérieur au travail engagé en direct avec les enfants. D'abord, les soignants disent dans une précipitation de mots, des impressions sensorielles qui vont venir s'organiser dans un temps second en vécu d'affects contre-transférentiels. Ces vécus d'affects, reliés à la théorie vont alors permettre l'organisation d'un récit clinique de l'atelier au long cours. Cette mise en récit ou cette mise en narration, sur laquelle J. Hochmann a particulièrement mis l'accent dans un contexte institutionnel, permet effectivement d'introduire un processus de réflexivité, au sens de la capacité de se voir, de s'entendre avec le retour d'éléments de réflexivité. Ainsi, ce qui est devenu réflexif pour les soignants est transmis aux jeunes patients mais pas forcément de manière consciente. C'est donc un travail de liaison qui tente de se mettre à l'œuvre lors de ces temps de régulation, dans un passage des processus primaires des vécus contre-transférentiels des soignants aux processus secondaires de la mise en récit clinique.

Mais une focalisation trop grande avec une perspective unique sur cette mise en récit, ne manque-t-elle pas le repérage de processus infra verbaux tout à fait essentiel dans cette clinique ?

## 6.2. Prise en compte d'autres types de langage que le langage verbal

Dans une perspective après-coup, avec un regard rétrospectif d'une douzaine d'années de régulation, il m'est apparu avec force que les moments féconds de la supervision s'organisaient souvent de manière incidente à partir de la gestuelle, ou des postures corporelles des enfants. Cette sensibilisation à ces moments d'évocation du langage mimo-gesto-posturale m'est venu dans une clinique directe dans le cadre de deux groupes que je co-anime dans une place d'observateur-écrivain, avec d'autres collègues : infirmière, orthophoniste, éducateur et psychomotricienne, pour des enfants autistes et psychotiques. J'évoquerai comment j'ai été peu à peu conduit à prendre en compte dans mon écoute et à sensibiliser les soignants à l'associativité sensori-motrice. J'aborderai dans un chapitre ultérieur les modalités de ces écoutes de ces chaînes associatives singulières.

On entend aussi souvent dire que le temps de régulation est un lieu de dépôt et d'élaboration des ressentis et des vécus contre-transférentiels mais, en fait l'élaboration des vécus inter-transférentiels joue un rôle fondamental, dans mon expérience. C'est aussi un des points les plus difficiles de la pratique des soignants, j'aborderai cela plus loin, la difficulté à engager une telle reprise dans l'après-coup de l'atelier pour les soignants. Ces vécus inter-transférentiels jouent un rôle fondamental dans la dynamique de l'atelier ; en effet, les soignants prennent conscience que l'analyse de cette partie de la dynamique des ateliers à médiations thérapeutiques vient profondément modifier la qualité des liens intersubjectifs, avec une incidence sur l'évolution du processus et ses effets soignants. Bien évidemment, prendre appui sur ces vécus inter-transférentiels reste compliqué car dans une visée de bonne entente entre collègues, il est difficile de les évoquer dans la mesure où se trouvent ici intriqués des affects contradictoires, de grande intensité.

En somme, cadre et processus soignant vont de pair dans l'évocation des ateliers à médiations. Elle nécessite alors, de fait, un dispositif d'analyse des vécus transféro-contre-transférentiels. Une idée communément partagée dans le discours institutionnel consiste à asséner la certitude que ce type de cadre convoque d'emblée le transfert pour les enfants. Ce type de certitude oblitère complètement le fait qu'il y ait d'autres lieux de

transfert, notamment le transfert dans les lieux et moments interstitiels, le transfert et le transfert de transfert dans les espaces de réunion.

### **6.3. Transferts en chaîne ou chaîne de transferts**

Dans le cadre du soin institutionnel, l'enfant accueilli obéit à un véritable parcours au sein de l'institution. En effet, en fonction de son projet de soin, établi en réunion clinique, l'enfant bénéficie sur un rythme régulier des ateliers à médiations thérapeutiques, des séances avec le psychomotricien et/ou l'orthophoniste ainsi que des temps d'école. De cette manière, l'enfant suit un cheminement à l'intérieur des différents espaces, fait de passages d'un lieu à un autre et à chaque fois transite par l'espace d'accueil. Dans son parcours, l'enfant va vivre, à partir de la relation transféro-contre-transférentielle établie lors de chacune des rencontres avec les professionnels et les autres enfants hospitalisés, toute une suite d'émotions et de sensations corporelles vives. À l'intérieur de chaque espace de soin ou de travail éducatif, l'enfant est considéré être pris dans un cadre-dispositif qui s'organise dans un lien transféro-contre-transférentiel. L'attention du ou des soignants est alors centrée sur le processus enclenché dans ces différents cadres et ce, d'autant plus que le travail de régulation dans sa double visée (supervision des phénomènes transféro-contre-transférentiels et contrôle de la bonne marche du travail de soin pour l'institution) ainsi que les différentes réunions institutionnelles se trouvent être en arrière plan. L'institution, dans la visée de sa tâche primaire qui est celle de soigner, fait entrer et sortir l'enfant de ces différents cadres-dispositifs et observe à partir de là, le processus de soin engagé au sein de chacun de ces cadres. Chaque cadre-dispositif dans son ensemble, au long cours des séances, s'inscrit alors dans une continuité, entre un début et une fin de séance et d'une séance à l'autre, mais l'enfant ne semble pas être pensé et vécu dans un ensemble, dans son ensemble.

Ce qui semble alors primer, ce sont les relations qui se déploient entre les soignants et la dissonance dans laquelle ces dernières s'inscrivent, entre ceux de l'espace d'accueil et les soignants des ateliers à médiations thérapeutiques, qui raccompagnent

dans cet espace premier. L'enfant qui revient sur l'espace d'accueil n'est alors plus le même, il est plus agité ou alors vécu comme plus fou. Le souci premier de l'accueillant est alors de le calmer afin de déranger le moins possible le groupe en cours sur l'espace d'accueil, de l'occuper afin qu'il manifeste le moins possible les angoisses ou les vécus en lien avec l'atelier qu'il vient de quitter ou/et l'espace d'accueil qu'il retrouve. Et ce, tout en portant un regard toujours critique des soignants, les uns vis-à-vis autres, entre ceux qui quittent l'enfant et ceux qui le retrouvent. Un climat de suspicion semble régner entre les soignants et la qualité des échanges en pâtit.

Deux mouvements sont ici à l'œuvre :

- Un premier, institutionnel qui se manifeste lors de ces temps de séparations/retrouvailles entre soignants
- Un second qui semble ignoré et dont nous faisons l'hypothèse, est la chaîne de transferts qui se déploie pour l'enfant. En effet, ce dernier bénéficie du travail de soin déployé dans différents ateliers à médiations thérapeutiques et, au sein de chacun de ces derniers, des liens transférentiels singuliers sont déployés par le sujet tant sur l'objet médiateur (malléable), le thérapeute et le groupe dont il fait partie. La singularité de ces mouvements transférentiels doit être envisagée dans une occurrence étendue au « transfert sur le cadre », tel que nommé par R. Roussillon en 1977, en lien avec l'apport conceptuel de J. Bleger en 1981. Ce dernier pense le cadre comme le dépositaire des liens symbiotiques primitifs se situant alors dans une indifférenciation du corps et de l'environnement, telle la fusion primitive avec la mère. En ce sens, il est le dépositaire de la partie psychotique de la personnalité du patient et tout remaniement entrainera ce dernier vers un danger de déstructuration, à une menace relative à son identité même. Le cadre est selon cet auteur un « non processus », c'est-à-dire

*« l'ensemble des constantes à l'intérieur duquel le processus (les variables) a lieu (...) Le cadre est, et n'admet aucune ambiguïté »\** (Bleger, 1966, p.263).

---

\* BLEGER J. (1966). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans Kaës R. (Eds) *Crise, rupture et dépassement*, (pp. 257-276). Paris : Dunod, 1987.

À partir des constantes garanties par le cadre il devient possible alors d'explorer le processus, défini comme l'ensemble des variables. La fonction première du cadre est donc de potentiellement offrir au sujet la possibilité de liaison des angoisses et des représentations symbiotiques. Cette symbiose comme indiquée plus avant est envisagée comme une indifférenciation entre moi et non moi, une non délimitation entre le dehors et le dedans. J. Bleger parle ici de relation à l'objet agglutiné : agrégat d'expériences très primitives du Moi en relation avec les objets intérieurs et des parties de la réalité extérieure. A cet apport fondamental de J. Bleger, R. Roussillon ajoute que ce qui se transfère spécifiquement sur le cadre n'est pas lui-même symbolisable mais conduit à symboliser la symbolisation ; il conditionne alors l'activité de symbolisation elle-même. En ce sens, le rapport transférentiel au cadre indique les pré-conditions et la préhistoire de la représentation. Et dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques, le médium malléable est fondamental dans la mesure où il donne au sujet accès aux processus de symbolisation et de figuration par le biais de la sensorialité. Selon A. Brun

*« Les patients vont projeter les éléments morcelés de leur monde interne non seulement sur les thérapeutes et sur les autres sujets du groupe, selon le processus de diffraction du transfert dans un dispositif groupal conceptualisé par R. Kaës (1976), mais aussi sur les éléments sensoriels du cadre thérapeutique, qui représentent un aspect important de la groupalité du transfert »<sup>98</sup> (Brun, 2013, p.164)*

A. Brun a donc proposé de nommer ce processus « *diffraction sensorielle* » (Brun, 2007, 63-67)

*« Puisque les fragments projetés sont diffractés en partie sur les éléments du cadre et notamment sur le médium malléable »<sup>99</sup> (Brun, 2013, p.164)*

Au sein des ateliers à médiations thérapeutiques, ce processus de « *diffraction sensorielle* » va entraîner un transfert spécifique qui va prendre appui sur le langage de

---

<sup>98</sup> BRUN A., CHOUVIER B. & ROUSSILLON R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.

<sup>99</sup> BRUN A., CHOUVIER B. & ROUSSILLON R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.

la sensori-motricité du patient dans une interaction avec la mimogestualité du clinicien, le signe se transformant alors en message grâce à l'interaction avec le groupe. A. Brun souligne

*« Il s'agira donc de rendre signifiants les mouvements, les sensations, les vécus corporels d'ordre cénesthésique, kinesthésique, mimo-gesto-postural, de donner une valeur de message aux éprouvés de l'enfant psychotique, notamment par le partage d'affects et de les doter d'un sens partageable avec les thérapeutes et le groupe, processus au cours duquel les sensations pourront se transformer progressivement en émotions »<sup>91</sup> (Brun, 2013, p.172)*

À l'intérieur de chacun des ateliers à médiations thérapeutiques dont bénéficie l'enfant lors de ses temps d'hospitalisation, se déploie ces mouvements transférentiels et ce processus de transformation. Qu'en est-il si ces espaces de soin sont envisagés dans leur succession réelle au sein d'une même journée ou dans la continuité des espaces-temps de l'hospitalisation de l'enfant donc pensés en chaîne ?

Avec R. Kaës, nous pouvons envisager le transfert dans un groupe comme diffracté, ce dernier indique

*« La notion de diffraction du transfert fournit une figuration des connexions d'objets transférés, ou groupes internes. La diffraction du transfert n'est pas seulement le résultat d'une répartition économique des charges pulsionnelles : elle décrit les lieux probables d'une topique intersubjective, dans la mesure où elle est un des processus responsables des dépôts dans la psyché d'un autre et que ces mouvements sont repérables dans les transferts et les contre-transferts habituels en situation de groupe, et généralement décrits comme des transferts latéraux dans le processus de la cure individuelle»<sup>92</sup> (Kaës, 1976, p.180)*

---

<sup>91</sup> Ibid

<sup>92</sup> KAËS R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod, 2000.

C'est à dire une connexion entre plusieurs réseaux ou circuits et c'est du côté de cette interconnexion que je propose de parler de chaîne de transferts. En effet, des mouvements transférentiels se manifestent à plusieurs endroits de l'institution au sein des différents ateliers à médiations thérapeutiques dont bénéficie l'enfant et aussi dans les espaces de transition où l'enfant rencontre à chaque fois un autre. L'espace d'accueil comme un espace analytique dans le sens où l'enfant pourrait être libre de ses mouvements sans concentration sur un objet médiateur précis et particulier et entrer alors dans une associativité sensori-motrice qui participe à l'émergence de son Moi corporel au sens de G. Haag, à la constitution de son image corporelle. Le jeune patient confronté alors à une indifférenciation de ces espaces va continuer de déployer son « jeu corporel » engagé en attente de symbolisation sur toutes ces aires institutionnelles. Nous assistons à un enchaînement de transferts se déployant sans pour autant avoir la possibilité de s'organiser dans une articulation, laissant l'enfant comme démantibulé, sans potentialité d'appropriation subjective. Ceci, dans la mesure où le soignant en présence serait pris dans les rets d'une temporalité tourbillonnante.

### ***6.3.1. Les résistances contre-transférentielles***

Des résistances contre-transférentielles s'organisent, à un autre niveau, celui des soignants entre eux et ainsi, à partir de la qualité du lien inter-transférentiel établi entre les soignants et essentiellement avec un soignant, celui qui est référent du projet de soin de l'enfant. En effet pour tenter de rester le plus précis possible, je dirai que le nouage du contre-transfert est subordonné à la qualité de ce lien comme le dit M. Neyraut, là où « le contre-transfert précède le transfert » (Neyraut, 1974).

Un manque d'articulations opère entre les soignants, tour à tour accueillant sur l'espace d'accueil et thérapeute dans le cadre de l'atelier à médiation. Et c'est la notion de thérapeute qui pourrait venir oblitérer cette articulation, à partir du sens entendu de cette fonction, de manière latente être soumis au secret et n'avoir rien à en dire à l'autre collègue dans une analogie à la thérapie d'enfants où les parents attendant dans la salle d'attente souhaiteraient connaître le contenu de la séance comme si les psychés et de l'enfant et celles de chacun des parents ne pouvaient être séparées, le thérapeute

résistant alors en n'accédant pas à la demande des parents dans l'intention première de garantir à l'enfant son intimité et le secret de son espace de pensée. Le clivage se fait jour.

Le retour à Freud est fondamental et conduit à lier ici pulsion de mort et clivage : dans la théorisation freudienne, l'activité première de l'appareil psychique se fonde sur la recherche d'un but pulsionnel qui est celui de parvenir au plaisir et par ailleurs, d'éviter le sentiment de déplaisir. La réalité extérieure va venir entraver cette quête de satisfaction pulsionnelle et à partir de là, la vie psychique va être soumise à deux principes fondateurs : d'une part, le principe de plaisir-déplaisir et d'autre part le principe de réalité. Dans l'article intitulé « *Formulations sur les deux principes du cours des évènements psychiques* » paru en 1911, Freud indique que dans les problématiques psychotiques le principe de réalité se trouve être enrayé, il souligne alors que

*« la réalité de pensée équivaut à la réalité extérieure, le désir à son accomplissement à l'évènement ; ceci, découle directement de la domination du vieux principe de plaisir »<sup>98</sup>*  
(Freud, 1911, p.142).

Mais lors de la parution en 1920 de « *Au delà du principe de plaisir* », le terme de « domination du vieux principe de plaisir » au sujet des psychoses va être remis en cause. En effet, l'auteur, en prenant pour base les traumatismes de guerre, le jeu des enfants et surtout le déploiement du transfert en lien avec la question des réactions thérapeutiques négatives, va mettre en exergue une certaine compulsion à répéter les expériences porteuses de déplaisir. Le concept de « traumatisme psychique » va venir prendre place ici : ainsi, une circonstance issue de la réalité va par son intensité et son caractère soudain entraîner un débordement pulsionnel venir effracter les capacités de liaison de l'appareil psychique. Cette effraction aura pour effet de submerger l'enveloppe protectrice du système sensoriel. La régulation des motions pulsionnelles par les processus secondaires de liaison et de transformations psychique va devenir

---

<sup>98</sup> FREUD S. (1911). Formulation sur les deux principes du cours des évènements psychiques. Dans *Résultats, idées, problèmes* (tr.fr). Paris : Puf, 1984.



essentielle, Freud indique

*« L'autre tâche de l'appareil psychique, maîtriser ou lier l'excitation, qui prévaudrait non pas sans doute en opposition au principe de plaisir, mais indépendamment de lui et partiellement sans en tenir compte »\** (Freud, 1920, p.78)

Plus avant dans ce traité, l'auteur, dans l'intitulé « Dualisme des instincts de vie et instinct de mort », aborde le caractère singulier de la vie pulsionnelle qui va concourir non pas comme il serait attendu vers une action régulatrice mais à contrario vers la production de déliaisons psychiques. Freud va lier cette pulsion « a contrario » à la recherche d'un minimum énergétique, c'est à dire un retour vers l'inanimé organique. A partir de cette distinction des forces en jeu au sein de l'économie psychique, une nouvelle théorisation de la pulsion va se faire jour : Freud va donc faire une distinction entre la pulsion liante nommée « pulsion de vie » qui va contribuer au développement et à l'assimilation énergétique des investissements et la « pulsion de mort » va viser à la déconstruction du travail de liaison psychique et à l'anéantissement de la tension provoquée par les excitations pulsionnelles. Une vingtaine d'années plus tard en 1927, Freud va se baser sur une étude consacrée au fétichisme et ensuite en 1938 dans un texte intitulé l' « *Abrégé de psychanalyse* » pour élaborer une définition précise du processus engagé dans le clivage du Moi : la co-existence au sein de cette instance, de deux attitudes psychiques en lien avec la réalité extérieure dans la mesure où cette dernière vient contrecarrer une revendication pulsionnelle : l'une va prendre en compte la réalité, tandis que l'autre va la dénier. Ces deux mouvements se maintenant simultanément sans pour autant s'influer. Freud indique

*« D'une part à l'aide de mécanismes déterminés, il (le sujet) déboute la réalité et ne se laisse rien interdire ; d'autre part, dans le même temps, il reconnaît le danger de la réalité, assume, sous forme de symptôme morbide, l'angoisse face à cette réalité et cherche*

---

\* FREUD S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (tr.fr). Paris : Payot, 1981.

*ultérieurement à s'en garantir. (...) Les deux parties en litige ont reçu leur lot : la pulsion peut conserver sa satisfaction ; quant à la réalité, le respect dû lui a été payé. Toutefois comme on le sait, seule la mort est pour rien. Le succès a été atteint au prix d'une déchirure dans le moi, déchirure qui ne guérira jamais plus, mais grandira avec le temps. Les deux réactions au conflit, réactions opposées se maintiennent comme noyau d'un clivage du moi »<sup>95</sup> (Freud, 1940, p.284)*

Le Moi se trouve coupé en deux face à une situation conflictuelle et dans « *Abrégé de psychanalyse* » (1938), Freud va étendre ce concept de clivage à la problématique des psychoses tout en évoquant les causes probables du développement d'une psychose : une première cause où la réalité extérieure se montre insupportable au sujet, une seconde où la base pulsionnelle de ce dernier supporte un important renforcement. Dans l'une ou l'autre situation, les effets subis par le Moi sont semblables l'incitant à se retirer de cette expérience insupportable. Freud va apporter un élément essentiel de plus à la compréhension de ce mécanisme de défense dans la psychose en parlant du « morcellement du Moi » :

*« Au lieu d'une attitude unique, il y en a deux : l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière »<sup>96</sup> (Freud, 1938, p.78)*

Ce processus de clivage tel que décrit ici par Freud, ne concerne pas uniquement la problématique psychotique mais est aussi identifiable tant dans le champ du fétichisme que celui des névroses.

Au clivage du Moi énoncé par Freud succède dans le temps la présentation du clivage de l'objet décrit par M. Klein. Ce mécanisme est envisagé par l'auteur comme la défense la plus primitive contre l'angoisse : l'objet, visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en « bon » et « mauvais » objet. Leurs destins seront relativement

---

<sup>95</sup> FREUD S. (1940). Le clivage du moi dans le processus de défense. Dans *Résultats, idées, problèmes*, (tr.fr). Paris : Puf, 1985.

<sup>96</sup> FREUD S. (1938). *Abrégé de psychanalyse* (tr.fr). Paris : Puf, 1992.

indépendants dans le jeu des introjections et des projections. Dans la position schizo-paranoïde que A. Ciccone propose de nommer « *position symbiotique* » (Ciccone, 2010 p.122), le clivage de l'objet est particulièrement à l'œuvre : il s'applique alors sur les objets partiels et dans la position dépressive, il va s'appliquer sur l'objet total. Le clivage des objets va entraîner un clivage corrélatif du moi en « bon » et « mauvais » moi. Le moi, pour l'auteure, est essentiellement constitué par l'introjection des objets. Cette description concerne le développement normal, quant au développement pathologique M. Klein indique

*« La fragmentation schizophrénique est liée à un clivage des objets. Dans ce cas, il n'y a pas de division nette de l'objet en bon ou mauvais objet, il y a un clivage multiple. Il s'agit d'une tentative de défense, aménagée dans le fantasme, afin de faire disparaître un objet redouté en le fragmentant »<sup>77</sup> (Hinshelwood, 2000, p.270)*

Les soignants ont au sein de l'institution une position double : de soignant et de thérapeute. Cette dernière position induit d'une part un clivage des espaces qu'ils fréquentent avec les jeunes patients et d'autre part un clivage intérieur. Ce double clivage alors en miroir à celui des enfants organise une relation en symétrie c'est-à-dire sans écart.

R. Roussillon aborde la question du clivage sous l'angle du clivage du Moi et du clivage au Moi. Il souligne

*« Le clivage opère lors de (ces) premières opérations du cours des événements psychiques, il affecte la possibilité du sujet à venir ou revenir sur la scène pour en prendre le contrôle, en devenir le sujet, l'acteur et sortir de la contrainte de répétition « sans sujet ». L'impression première, la matière première de l'expérience est traumatique, elle produit de l'effroi, de la terreur et une agonie psychique qui marque l'effort du sujet pour tenter de la dompter, de s'en rendre maître mais aussi son échec. Face à cet échec, le sujet potentiel se*

---

<sup>77</sup> HINSHELWOOD R. D. (2000). *Dictionnaire de la pensée kleinienne*. Paris : Puf.

*retire pour « survivre », « clivage au moi » et il mobilise les défenses contre le retour de l'expérience traumatique – immobilisation, gel de l'expérience, tentative de neutralisation énergétique par des contre-investissements »\** (Roussillon, 1999, p.20)

L'ensemble de soin institutionnel va donc se retrouver pris contre-transférentiellement dans la « fonction miroir du visage de la mère », fonction fondamentale qui permet l'une des expériences majeures de la régulation narcissique première (Roussillon, 1994). -L'environnement par son reflet va restituer à l'enfant ses affects et ses processus internes et l'enfant va se découvrir et s'identifier à partir de ces reflets et échos.

Afin de proposer à l'enfant une possibilité supplémentaire de reprise d'une expérience clivante, l'ensemble institutionnel doit pouvoir lui-même être en capacité de dépasser le stade de l'effroi et de la terreur et aussi le rapport symétrique sinon le risque est grand de maintenir une fois encore l'enfant dans son retrait. Pour ce faire, les soignants de l'ensemble institutionnel doivent être en capacité de distinguer sans cliver leur double position de soignant et de thérapeute et par ailleurs de reconnaître les mouvements sensori-moteurs de l'enfant comme inscrits dans un ensemble à la recherche d'un objet autre-sujet. Mais chacun est pris dans ses propres enjeux narcissiques et participe au maintien du clivage.

Un silence opère à partir de là et induit ce que je propose de nommer une « *trouée transférentielle dans la chaîne des transferts* ». Cette trouée transférentielle produit alors une déliaison des effets de transferts en chaîne en attente de liaison.

---

\* ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

## 6.4. Travail de liaison à partir des faits divers transformés en faits cliniques

Chacun de ces temps de régulation oblige généralement les soignants à quitter leur lieu de pratique avec jeunes patients et collègues, pour venir rejoindre le bureau du psychologue. L'arrivée et le départ du bureau du psychologue sont deux moments qui, généralement, amènent les soignants à évoquer leur séparation et leurs retrouvailles avec le groupe de jeunes patients et celui des soignants. Des temps interstitiels émergent alors aux deux bords du temps de la régulation, entre deux espaces institutionnels. Dans ces entre-deux, des évocations se font jour et concernent la vie institutionnelle au sein de « l'espace d'accueil » sur son versant le plus redoutable, dans un saisissement entre rage, colère et haine et des autres soignants alors en présence et des enfants.

J'aborderai donc la question du contre-transfert à partir de l'analyse de tels moments limites aux marges de la régulation, moments qui parfois semblaient mettre radicalement en échec la régulation et aussi le temps des retrouvailles avec leurs collègues et les jeunes patients. Ce sont ces moments limites sur lesquels je vais choisir de focaliser mon attention, ici.

Par ailleurs, le mouvement perpétuel des déambulations au sein de l'espace institutionnel crée un mouvement tourbillonnaire, dans lequel enfants comme soignants semblent parfois aspirés, au risque d'une indifférenciation. Dans le cadre de cet « espace d'accueil », rien n'est jamais stable, tout change perpétuellement au gré des allers et venues tant des soignants que des patients. C'est donc un lieu de passage et dans le même temps, cet espace est pensé comme un lieu de stabilité qui permettrait à l'enfant de se rassembler entre deux activités de soin. Dans cet espace, non pensé comme un cadre thérapeutique, l'enfant, devant une telle instabilité, ne serait-il pas enclin à s'agripper à son propre corps, aux objets durs et au corps de l'autre pour tenter de maintenir un mantèlement, ajoutant ainsi au désordre permanent un danger de bascule dans le chaos ?

Les soignants tentent alors de projeter au sein de l'espace de régulation leurs

affects de rage, de colère ou de haine, afin de les évacuer dans un acting de parole. Ces paroles alors émises et déposées dans le cadre des temps de régulation me convoquent à mon propre contre-transfert. Pour effectuer l'analyse de ces situations limites, il semble impératif de partir de l'évocation d'un essai d'interprétation de mes vécus contre-transférentiels dont le sens ne m'est souvent accessible que bien longtemps après.

## **6.5. Moments limites de la régulation et vécus contre-transférentiels**

J'oscille alors entre deux mouvements contre transférentiels qui alternent l'un avec l'autre. Des éprouvés de lâchage, des sentiments de discontinuité et de ruptures, constituent en effet un premier mouvement contre-transférentiel, défensif, avec des sensations de trouées qui m'envahissent en lien avec ma colère contre l'incompétence des soignants à se rendre suffisamment disponibles aux manifestations mimo-gesto-posturales des enfants et aussi à celles des soignants en présence. Et dans un temps second, ces ressentis archaïques me paraissent en attente d'énonciation. Ils prennent de manière manifeste, la forme répétitive de plaintes, d'incidents et de maladresses au fil du quotidien abordé comme une succession de faits divers, au sens journalistique du terme. C'est la rencontre entre ces faits divers et mon vécu contre-transférentiel qui va me permettre de les transformer en faits cliniques, au cours des régulations suivantes. Ainsi, ce qui revient avec insistance dans les interstices de la régulation, prend une forme singulière, celle d'un matériel clinique, à partir d'une écoute en creux du contre-transfert de contre-transfert, de ces manifestations bruyantes répétées et répétitives. Ici, la prise en compte du contre-transfert de contre-transfert, sous la forme d'une éruption d'affects débordants, sous la pression desquels je ne pense plus qu'à échapper à cette situation car fortement contrarié d'être ainsi entraîné dans une pseudo limite du cadre. Je résiste aussi souvent à l'envie de les jeter dehors et de claquer ma porte. Il m'a fallu un certain temps pour comprendre le sentiment d'incompétence auquel ils me renvoyaient.

Le bruyant de l'entre-deux peut, à partir de ce mouvement, devenir un élément clinique de la plus haute importance qui vient m'indiquer un formant supplémentaire de la dynamique transféro-contre-transférentielle du soin institutionnel.

Ces faits divers, transformés en faits cliniques, induisent un changement de point de vue et de regard. En ce sens, le fait clinique indique la nécessité d'une observation plus fine, avec une ouverture sur des hypothèses de travail, à partir d'une « mise en intrigue » au sens de Paul Ricoeur, des événements qui vont alors venir s'organiser en récit. Ce nouveau point de vue ne va pas pour autant faire cesser la plainte, ni l'agressivité ou la violence déployées dans ces espaces interstitiels. Il va me permettre de porter dans le temps de l'après-coup, un regard nouveau sur des événements jusqu'alors pas pris en compte et qui ont une valeur clinique essentielle.

C'est à l'appui d'un exemple clinique que je vais dégager la valeur heuristique de ces vécus contre-transférentiels en marge.

## **6.6. De « processus sans sujet » à l'émergence d'une potentialité subjective**

Un des moments-limites rencontré dans le cadre de ma clinique institutionnelle, à partir des temps de régulation et des différentes réunions institutionnelles est celui de l'évocation répétée de la situation d'Anaïs, non seulement dans le cadre des différents ateliers à médiations thérapeutiques mais surtout dans l'espace d'accueil.

Anaïs, par ses agirs répétés, induit un climat chaotique au sein de l'équipe, avec des éprouvés de confusion qui s'agglutinent et tirent l'ensemble institutionnel du côté du négatif et du mortifère. De manière patente, ses répétitions désorganisent profondément l'équipe et ont pour effet, l'altération des processus de pensée en groupe, ainsi que l'activation explosive des liens entre soignants. Face à ce climat chaotique, à plusieurs reprises, tour à tour, certains membres de l'équipe ont évoqué le fantasme d'une

explosion ou d'une disparition de l'hôpital de jour.

Nous avons évoqué précédemment à propos d'Anaïs, un événement survenu alors qu'elle avait 3 ans : Anaïs bascule un jour par la fenêtre de l'appartement familial situé au 3ème étage de l'immeuble d'habitation. Elle fait alors une chute de 6 mètres et se fracture la jambe droite. Sa mère se trouvait dans une autre pièce de l'appartement. D'après Mme, c'est à partir de cet accident que l'enfant cesse de parler, ne s'exprimant que par des sons, des cris et une agitation constante.

Depuis le début de son hospitalisation et au cours des années, cette enfant a convoqué de nombreuses fois l'équipe, à parler d'elle de manière passionnelle, ensemble, à son sujet. À maintes reprises, ses agitations corporelles constantes font l'objet d'un contrôle permanent de la part des membres de l'équipe soignante car le drame guetterait à nouveau, le danger de mort rôde. Ce danger potentiel est plus suggéré que véritablement verbalisé, à différents moments de réunions, mais cela ne laisse pas transparaître véritablement l'épuisement et l'impuissance des soignants devant tant de violences vécues. Son dévoilement s'effectuera de manière progressive, cinq années durant, au gré des événements évoqués avec un caractère de plus en plus spectaculaire. Ces derniers vont venir impacter gravement le groupe des soignants par leur caractère envahissant et effractant, mais à bas bruit. Anaïs, selon les soignants, est une enfant qui « déboule comme une bombe », qui « (nous) fait vivre le monstrueux », « nous épuise ».

De ma place, de ces dires entendus à différents endroits de l'institution, entre les temps de régulation, de réunion et surtout lors de moments interstitiels, je pouvais percevoir et ressentir de l'effroi, de la sidération, de l'évitement, voire de la haine, devant ses tentatives de fuite de l'hôpital de jour, ses fugues réelles, ses accrochages répétés à l'infini aux bombes aérosols pour les odeurs se trouvant dans les toilettes dont elle se servait pour innerver sa bouche. Un spectaculaire en permanence évoqué, qu'il s'agissait de calmer, sinon de faire disparaître, afin de ne pas provoquer un éclatement du groupe des soignants. À partir de ces propos, des affects diffus circulaient, provoquant de mon côté, un sentiment de haine vis-à-vis de l'équipe soignante. Cette dernière me semblait se liguer pour faire disparaître cette enfant. Nous subissions sans le savoir une impossibilité radicale de penser ensemble cette situation et mon agressivité lors de ces réunions, émergeait de plus en plus ou alors, tout se passait comme si je



m'effaçais de ce mouvement institutionnel, m'effacer de ce tableau institutionnel. Ce contre-transfert m'apparaît à postériori parfaitement en écho au processus sans sujet dans lequel l'enfant était immergée et que l'équipe ne pouvait pas penser.

### ***6.6.1. Une clinique en impasse***

Nous voyons apparaître dans cette suite clinique la question des incohérences, des désaccordages et des conflits explicites ou implicites. Dans l'après-coup, l'entre-deux interstitiel, le passage d'un lieu à un autre, d'une personne à un groupe, se laisse percevoir l'émergence d'éléments transférentiels qui se manifestent par diverses défaillances dans la fonction soignante : défaillance du regard, défaillance de l'attention, défaillance de la préoccupation maternelle primaire des soignants pour les enfants en difficulté. Tout ceci semble atteindre implacablement le processus de soin dans sa potentialité de transformation et montre que le mouvement processuel se trouve dans une impasse, figé dans un mouvement répétitif ne parvenant pas à sortir de son mouvement circulaire. Malgré toutes les tentatives de rassemblement et les efforts déployés par certains membres de l'équipe pour contrôler la situation, les objectifs du soin continuent d'apparaître comme disloqués. L'échec du processus de symbolisation se manifeste ici particulièrement par le fait que l'équipe ne propose aucune hypothèse globale pour rendre compte de la problématique de cette enfant.

Ce bombardement psychique et physique quasi permanent de l'institution par cette jeune patiente venait mettre à jour une question fondamentale que nous pourrions tenter de formuler ainsi : comment l'institution tente-t-elle d'élaborer ou non des questions fondatrices de l'humain et de l'humanisation, à savoir comment le négatif associé à la destructivité, à la haine est-il traité ?

### ***6.6.2. Une mise en scène hors de la scène institutionnelle ou la répétition à l'œuvre sur la scène institutionnelle***

Dans la situation clinique d'Anaïs, la question du deux revient avec insistance, entre mêmes et différents, ou plutôt entre confusion et clivage. Elle vient se loger à plusieurs endroits de la clinique, et se manifeste plus précisément, lors d'une réunion clinique, entre les deux « psy » de l'équipe (pédopsychiatre et psychologue), lorsqu'une divergence au sujet d'une décision prise par le médecin avec le référent du projet de soin de l'enfant apparaît : elle concerne le changement d'un médium peinture par le modelage, sans pour autant modifier l'appellation de cet atelier pour Anaïs. Le pédopsychiatre a pris seul la décision, en lien avec l'animateur de cet atelier initial de peinture, sans en informer ni le psychologue, ni l'équipe. L'évocation de ce désaccord par un membre de l'équipe soignante permet un dégagement et un déplacement du conflit vécu dans le groupe des soignants sur la scène institutionnelle et ainsi de la laisser se traiter hors d'eux, du côté des cadres ce qui pourrait faire conflit entre eux au sujet de cette jeune patiente. Certains membres de l'équipe se sentent « coincés » entre les deux « psy » à partir de positions jugées divergentes, vécues comme clivantes, plus précisément, au sujet de cet atelier « peinture » d'Anaïs.

La configuration de cet atelier est intéressante, elle est nouvelle sans vraiment l'être, elle semble venir focaliser et mettre en scène à un niveau institutionnel ce qui a du mal à advenir pour Anaïs, à savoir, le déploiement du processus de symbolisation. Cet atelier a en effet subi des changements : depuis quelques mois une même pièce réunit plusieurs ateliers à médiations (peinture, collage, terre). Le but premier de cette « réunion » était de favoriser une meilleure utilisation des locaux. Cette mesure économique a d'autres incidences, notamment sur le changement des espaces et ensuite sur la délimitation des bords des espaces à l'intérieur même de la pièce, tant et si bien que le cadre des trois ateliers à médiations s'en est trouvé profondément modifié. Aujourd'hui, il est possible pour le patient, si le soignant n'y prend pas suffisamment garde, de passer d'une médiation à une autre, le matériel étant à disposition en permanence. Cela s'est organisé sans que cela ne soit énoncé ni élaboré en groupe. Et ce qui fait divergence entre les deux « psy » se situe à plusieurs niveaux ; cela renvoie d'une part au pouvoir du médecin à décider en dehors du groupe, suite à une

consultation, un changement de médiation (ce qui, par ailleurs, semble trouver chez Anaïs un écho favorable) et, d'autre part, à un changement de médiation qui n'est pas accompagné d'un changement de nom de l'atelier. Ne s'agissait-il pas d'un passage à l'acte, d'un agir induisant une confusion des espaces en miroir avec la problématique qui nous occupe dans le cadre de ce travail ? Le déploiement d'un transfert sur l'inanimé semble à l'œuvre ici.

### ***6.6.3. Le transfert sur l'inanimé ou le médium objet inanimé***

En référence aux travaux de Searles qui distingue à partir de son expérience avec des patients états-limites et psychotiques deux temps initiaux quant au déploiement transférentiel dans le travail analytique : le premier où il indique « *Les situations transférentielles dans lesquelles le thérapeute ne se sent pas en relation avec le patient* »<sup>»</sup> (Searles, 1977 p.379). Il y a ici un sentiment d'absence de contact, ce dernier est lié au fait que le patient investit son thérapeute comme un objet inanimé, non humain. Dans le second temps, le patient va chercher sous une forme dévorante à établir une relation symbiotique avec son thérapeute tout en redoutant que cette dernière ne le réduise à néant ou détruise son thérapeute.

En nous arrêtant plus précisément sur ce premier temps indiqué par Searles où l'analyste est investi par le patient comme un objet inanimé, non humain, nous pouvons avancer dans le cadre de notre travail que : le transfert de ces enfants dans le premier temps de l'arrivée dans l'institution va s'organiser sur la partie inanimée du cadre, différent de la dimension symbiotique dont parle Bleger, à savoir : les murs, les arrêtes et les angles de ces murs, les fenêtres et les portes avec son cadre et sa partie mobile comme une maison-corps, le corps du bâtiment. Des parties architecturales qui tiennent

---

<sup>»</sup> SEARLES H. (1955). *L'effort pour rendre l'autre fou* (tr.fr). Paris : Gallimard, 2006.

ensemble, dans une stabilité sans pour autant être animé dans le sens de l'humain. Le regard de l'enfant qui semble rester fixe sans possibilité de croiser le regard de l'« autre sujet » au sens de R. Roussillon lors de chacun de ses retours à l'hôpital de jour, mais qui en fait, retrouve un inanimé animé de stabilité et de permanence immuable, non angoissant, à partir duquel un transfert s'organise.

Dans le même temps et peut-être paradoxalement à première vue, ce transfert sur l'inanimé convoque « *un environnement médium malléable* » (R. Roussillon 2013) avec comme principales caractéristiques, le fait que ce dernier soit

« (...) saisissable, facilement atteignable, immédiatement disponible, « animable », réceptif, indestructible, indéfiniment transformable, extrêmement sensible, constant, prévisible, fidèle, endurant... »<sup>100</sup> (Roussillon ,2013, p.191)

Le corps de bâtiment offre à l'enfant ces caractéristiques fondamentales : cela n'est pas sans rappeler Anaïs qui « déboule comme un canon » selon les dires d'une soignante de l'équipe mais en se rendant suffisamment disponible à ce fracas, la même soignante a pu s'apercevoir que l'enfant dans ce mouvement chaotique pouvait avoir une intention, celle de retrouver un angle d'une des fenêtres de l'institution et plus tard un objet, une coccinelle comme un ballon de baudruche gonflé entre le dur et le mou tout en restant dans la permanence de sa forme donc reconnaissable.

Ce déploiement spectaculaire et bruyant fait émerger tout un ensemble de questions au sujet du transfert sur le cadre : qu'est-ce qui se répète et se remet ici en scène de l'histoire intime de cette enfant sur l'espace institutionnel ? Quelles incidences cela a-t-il sur le processus de soin pour Anaïs ?

---

<sup>100</sup> ROUSSILLON R. (2013). La fonction du médium malléable et les pathologies du narcissisme. Dans Brun A., Chouvier B. & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp. 188-202). Paris : Dunod.

#### *6.6.4. Du transfert sur le cadre à la chimère interstitielle*

C'est la question de la discordance qui semble émerger ici, une discordance entre un dedans et un dehors, entre l'intériorité et l'environnement.

Ce qui se manifeste ici nous amène à porter notre attention sur le dépliement de l'intersubjectivité dans le cadre du processus de soin institutionnel, du travail de soin à plusieurs. Nous pourrions envisager l'hypothèse que l'équipe des soignants de base, par le biais de cette mise en scène hors de, « hors d'eux », tente de trouver non seulement une mise en sens de la discordance à l'intérieur même de sa groupalité mais aussi à partir de là, vise à vivre une éventuelle transformation de ce qui fait conflit. Cette discordance serait au cœur de la dynamique transféro-contre-transférentielle dans la clinique d'Anaïs. Ne s'agit-il pas ici d'une forme de figuration scénique selon le concept de Piera Aulagnier ?

Cette séquence clinique met en perspective un dépassement du conflit fondé à partir d'un passage à l'acte entre les deux parties en présence, présentées comme clivées et clivantes, grâce à l'appareil de langage. Ce vécu d'expérience de co-élaboration en groupe, de manière inconsciente, dans une co-construction, me permet d'envisager dans l'après-coup pour chacun des membres du groupe des soignants de base, une potentielle modélisation du processus de transformation de ce qui est présenté comme mortifère chez Anaïs et répété jusqu'à l'infini de manière infinie. En ce sens, l'évocation de ce trouble vécu par l'infirmière et la discussion qui en découle lors de cette réunion clinique, conduit cette soignante à poursuivre ses associations et à parler de son vécu catastrophique au sujet des déambulations chaotiques d'Anaïs sur l'espace d'accueil qui se répètent par un manque de disponibilité de la part de l'équipe, trop engluée dans des clivages. Clivages qui ont émergé suite à des désaccords répétés au sujet des conduites à tenir devant le chaos submergeant de l'enfant. Nous pouvons faire le lien sur l'importance de la prise en compte de l'intersubjectivité dans un travail de soin à plusieurs et plus précisément ici, il est essentiel de souligner l'impact inconscient de ses effets à partir de cette séquence de la réunion clinique. En effet, les échanges engagés entre le pédopsychiatre et le psychologue, à partir d'un désaccord qui ouvre sur une possible conflictualisation, au sujet des positionnements différents vient impacter cette infirmière sur une possible mise en mots de son sentiment d'effroi face aux mises en

scène d'Anaïs. Pour la première fois alors, dans le cadre de la réunion clinique et de manière beaucoup plus détaillée, d'autres scènes vécues, cette fois-ci en direct avec Anaïs, sont évoquées. Elles se déroulent dans plusieurs espaces de l'hôpital de jour : des lieux communs aux toilettes. L'enfant se déshabille totalement malgré les tentatives de contention de la part des différents soignants en présence pour aller se coller au sol et chercher à partir de cette position, avec ses doigts, ses selles ou son urine, tout en restant vigilante aux différents regards l'entourant alors. Une scène décrite comme « inracontable en groupe » car « inhumaine », où toutes les frontières avec les personnes en présence auraient été abolies, confondues, en une même chose monstrueuse, juste avant de trouver le moyen ultime de s'en débarrasser, en la recouvrant d'un drap ou en l'emmenant de force à l'écart des regards.

À partir de cette première évocation en groupe de vécus de groupe, dans l'après-coup, le spectaculaire peut prendre figure, celle de l'inhumain, la scène décrite peut prendre une forme, celle du monstrueux. Et dans l'évocation de ces répétitions vécues comme mortifères par les membres de l'équipe soignante, devenues à partir de là non transformables, ce qui semble poindre, c'est le vécu d'échec dans le processus de soin attendu, dans la réalisation de la tâche primaire qui est celle de soigner.

## SYNTHÈSE PARTIE 6

### TRAVAIL DE LIAISON DE LA CHAÎNE DE TRANSFERTS DANS LE PROCESSUS INSTITUTIONNEL

Ainsi, le transfert se déploie de manière singulière dans le champ du soin à plusieurs, du soin institutionnel : il s'organise dans une diffraction (R. Kaës, 1993) et, de manière plus précise dans le cadre du soin apporté aux patients psychotiques et autistes, cette diffraction est sensorielle (A. Brun, 2013). Le transfert diffracté s'organiserait ici de manière originale en transferts en chaîne ou en chaîne de transferts dans un déploiement, au sein des différentes zones géographiques de l'institution et se manifesterait essentiellement sous une forme associative sensori-motrice.

Du côté des vécus contre-transférentiels, une écoute singulière est ici de mise : elle doit prendre en compte le niveau inter-transférentiel, essentiel dans son élaboration à partir des vécus contre-transférentiels souvent catastrophiques qui engendrent des résistances contre-transférentielles. Cette élaboration à partir des vécus contre-transférentiels en groupe s'étaie par ailleurs sur le matériel émergent des temps et des espaces interstitiels et permet par le biais d'un dispositif analysant singulier de transformer les faits divers au sens en faits cliniques. Le fait divers est appréhendé ici dans le sens d'une mise en scène surgissante du surprenant (Barthes, 1962) ou selon G. Auclair d'une dérogation aux normes établies (Auclair, 1980). Et l'espace interstitiel est une zone de l'entre-deux, un espace qui permet de traiter ce qui n'a pas pu être élaboré dans des lieux dédiés de l'institution (Roussillon, 1987). La métaphore du « corridor » utilisé par Fustier rejoint la première définition elle se détermine comme « un corridor du quotidien » (Fustier, 1993) : un temps qui se prolonge et un espace de la quotidienneté où s'organise des liens complexes, entre banalités et drames. Cette transformation des faits divers en faits cliniques permet d'assurer alors tout un travail de liaison entre les manifestations corporelles vécues comme destructrices (moments chimériques au sens de de M'uzan, 1994) par l'équipe soignante incluse dans l'ensemble institutionnel et l'émergence d'une potentialité subjective.

Nous allons à présent interroger la part créative nécessaire de l'institution pour transformer cette chimère interstitielle en un lien de sujet à sujets.

## 7. ÉMERGENCE D'UNE REPONSE EN CO-CREATION

### 7.1 Un vécu d'échec ou le négatif primordial

Ce vécu d'échec, innommable en groupe pendant plusieurs années au sujet de la situation clinique d'Anaïs, peut désormais s'énoncer. Cette énonciation inaugure dès lors non sans hésitation et retenue, un possible début de dialogue dans le groupe des soignants au sujet des processus de soin en impasse, impliquant des éprouvés archaïques qui saturent la pensée, altérant par là même la dynamique du mouvement processuel de la chaîne associative groupale. Parler de ce vécu d'échec révèle enfin un transfert négatif institutionnel, mis à découvert devant le risque encouru d'implosion ou de destruction de son entité. Ce vécu d'échec a représenté pour moi de façon répétitive une incitation particulièrement heuristique à la relance de la pensée et il a, à chaque fois, signé pour moi un rebond dans une possible appréhension des phénomènes institutionnels donc transférentiels. En somme, les faits divers transformés en faits cliniques font leur apparition sur la scène institutionnelle par mon intermédiaire. À partir de la séquence qui se déroule à trois, entre l'infirmière, le médecin pédopsychiatre et moi-même dans le cadre de cette réunion clinique, mon vécu contre-transférentiel chargé de haine resurgit, et je deviens alors porte-voix de cet affect transmis par les soignants. Cette haine projetée sur Anaïs par les soignants, je perçois que, de ma place, je la retourne contre eux lors de cette réunion clinique. Je les pense alors incompetents tout comme la mère a été incompetente dans l'attention portée à sa fille lors de sa chute. Cette incompetente vient me toucher aussi, dans la mesure où, de ma place de régulateur, je ne parviens nullement à transformer par ricochet les agirs de l'enfant qui se répètent alors indéfiniment. Rien ne peut alors se passer puisque je suis resté jusqu'à présent dans une passivité à toute épreuve face à ces différents mouvements très durs, pensés comme des attaques de liens au sens de Bion.



Il m'apparaît alors seulement que cette place de régulateur, je l'avais envisagée uniquement comme un réceptacle en creux, pour faire penser et ainsi rester en arrière fond. Lors de cette clinique, ma position change manifestement à mon insu, elle devient plus active à partir de la discussion engagée avec le pédopsychiatre induite par cette collègue infirmière aux prises avec un conflit de loyauté. Le désaccord se fait jour, m'obligeant à me positionner, j'accepte ainsi, un point de conflictualité possible avec le médecin pédopsychiatre. Je ne peux alors plus me soustraire à une conflictualisation qui ouvre alors sur un débat à trois.

Cette modification de position vient réorganiser mon angle de vue qui alors s'élargit et me permet de faire une proposition dans le cadre de cette réunion clinique, à savoir l'organisation d'un petit groupe de travail ouvert à des soignants volontaires dans l'intention de se rendre suffisamment attentifs à ces mises en scène effroyables répétées d'Anaïs. Dans l'après-coup, cette proposition se base sur une hypothèse centrale que j'émet, celle d'envisager les agirs d'Anaïs comme des mises en actes plutôt que des passages à l'acte (R. Roussillon) qui viennent trouver leur inscription dans une chaîne associative, à partir de la sensori-motricité et dans un lien intersubjectif. L'idée d'arrière-plan est d'envisager ses mises en actes comme des récits de son vécu de la prime enfance, qu'Anaïs raconte dans le langage de l'acte.

Ce petit groupe de travail sera composé de trois soignants : l'éducateur, référent du projet de soin de cette enfant, l'infirmière aux prises avec le conflit de loyauté (tous les deux co-animent l'atelier peinture-modelage) et une éducatrice qui rencontre Anaïs sur l'espace d'accueil. Il va se réunir régulièrement et rapidement, un climat d'intimité va s'installer, favorisant alors une élaboration féconde, fondée sur le vécu contre-transférentiel de chacun au sujet d'Anaïs et des mouvements affectifs qu'elle convoque, qui se rejouent dans un second temps à un niveau institutionnel donc intertransférentiel. Par ailleurs, la mise en place d'un petit groupe de travail va aussi concerner Nabil, sur laquelle je reviendrai plus tard. Pour le moment, il s'agit juste de souligner que dans cette situation, le conflit de loyauté est à l'œuvre et met en scène, l'infirmière référente du projet de soin de Nabil qui va devenir un point central du travail en petit groupe dans la mesure où cette dernière va, à partir de ses associations, reprendre ce qui s'est déroulé en réunion clinique avec les deux « psys » de l'équipe pour mettre dans un second temps au travail la place de la mère avec d'une part la question de son omniprésence dans l'espace de soin par l'intermédiaire de cette infirmière comme porte-voix de cette dernière, et d'autre part, la mise en exergue des parties clivées de la mère

et son incidence dans la « communication primitive » avec son fils.

## **7.2. Mise en place du petit groupe de travail : une amorce de créativité**

Ce petit groupe de travail s'organise comme un groupe de recherche dans sa tentative répétée afin de sortir de la sidération des situations évoquées, pour prendre distance à minima et ainsi relancer la pensée en groupe. L'attention se focalise essentiellement, sur des micros mouvements non seulement de la jeune patiente mais aussi de ceux de l'environnement : il s'agit alors de se rendre suffisamment attentifs à la chorégraphie et au ballet corporel qui s'organisent à partir de là, dans une associativité sensori-motrice. En effet, ce qui se nomme chaos, débordement dans le récit premier des soignants au sujet d'Anaïs, dans ses déplacements et ses agirs au sein de l'espace d'accueil, va prendre une autre forme à partir de la lecture en groupe d'un texte de Winnicott (le jeu de la spatule). Une hypothèse va émerger à partir de cette lecture et qui concerne plus précisément le temps du repas, où Anaïs passait beaucoup de temps à jeter ses couverts : un lien se dégage alors et concerne de manière générale la question de l'achoppement de la fonction réflexive dans les problématiques psychotiques. À partir de là, une des hypothèses qui émerge du petit groupe de travail est celle de prendre appui sur les mouvements violents de l'enfant pendant les temps de repas pour tenter de mettre au travail avec et en présence d'un autre, la délimitation entre le dedans et le dehors à partir de ce jeté de la cuillère au sol, avec en arrière-plan, la potentialité d'une amorce de jeu. Alors que pendant longtemps, ce jeté de la cuillère au sol était pris uniquement pour une provocation pendant le temps du repas où il fallait par ailleurs s'occuper des autres enfants était arrêté et contrôlé d'une manière ou d'une autre. La présence d'un autre qui tente de se rendre disponible dans les temps interstitiels et la réponse apportée alors est envisagée comme une tentative de dialogue entre les corps. L'image des corps en présence comme d'un possible ballet mimo-gesto-postural affleure pour devenir le point pivot à partir duquel le petit groupe va orienter ses hypothèses et ses observations. En arrière-plan, ce qui se dessine ici, c'est la prise de conscience par ce

petit groupe de travail que l'espace d'accueil vécu jusqu'alors comme un espace de transition au sens de lieu passage entre deux activités de soin, peut prendre une forme autre en fonction de l'attention portée par les soignants en présence et de la lecture qui est faite dans un après-coup, à partir de ce qui s'y déroule.

Le tableau qui émerge comprend alors le sujet agissant et son environnement convoqué par sa présence à apporter une réponse qui elle-même va provoquer une réaction et ainsi de suite, comme une amorce de dialogue là où jusqu'à présent une succession de scènes se déroulaient de manière détachée. Ce groupe de travail au long cours s'est déroulé tout au long de la dernière année d'hospitalisation d'Anaïs, à un rythme d'une séance toutes les trois semaines. Des hypothèses vont émerger dans un premier temps, en lien direct avec sa chute, comme moment traumatique qui la renvoie à toute la question de l'effroyable solitude, sans regard à accrocher, avant et après la chute. Ne tente-t-elle pas lors de ces mises en scène répétées de revivre en présence d'un autre, dans sa corporéité, des angoisses vécues à ce moment : angoisse de chute, de perte d'objet d'arrière-fond, donc du regard de l'autre, de la tonicité axiale qui tient la verticalité qu'elle chercherait à retrouver dans le contact avec le sol dur, angoisse de liquéfaction, qu'elle cherche à endiguer, en touchant, en retenant, en contrôlant ses selles, en devenir de déjections. Dans un après-coup et à partir de la lecture de textes au sujet des avatars à la symbolisation, le petit groupe est amené à envisager que ce traumatisme et ses effets catastrophiques viendraient en résonance avec la qualité du lien premier entre cette enfant et son environnement maternel. Deux assertions d'un même texte ont servi de point de départ au travail de mise en pensées de ce petit groupe, la première

*« Dans les conjonctures de transfert « narcissique » le tableau clinique s'infléchit en direction d'une forme paradoxale de cette dialectique intersubjective. L'analysant vient plutôt faire sentir ou voir un pan de lui qu'il ne perçoit pas directement, qu'il ne sent ou ne voit pas de lui (...) il « demande » à l'analyste d'être ce que l'on pourrait appeler « le miroir négatif de soi » de ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi, ou du mal senti,*

*mal vu ou entendu de soi* »<sup>101</sup> (Roussillon, 1999 p.14)

et une seconde

*« c'est à dire que l'univers transférentiel est alors plus sous la domination des problématiques de la négativité que de celles de l'intégration et du lien. Dans le même mouvement la destructivité ou certaines formes de la pulsion de mort occupe le terrain en lieu et place de la libido et le rapport à l'objet apparaît alors interprétable comme subordonné à la question de l'utilisation de l'objet (Winnicott, 1971, Roussillon, 1991), plutôt que celle plus « classique » de la relation d'objet »*<sup>102</sup> (R. Roussillon, 1999, p.15)

À partir du chapitre de cet ouvrage et des échanges engagés, je découvre véritablement la théorisation de chacun des soignants en présence dans ce petit groupe de travail au sujet des enfants qu'ils ont en charge lorsque ces derniers se trouvent sur l'espace d'accueil donc hors d'un espace de soin indiqué comme tel. Le regard des soignants se modifie alors s'organisant plutôt dans une visée éducative. Les patients redeviennent alors des enfants placés sous le regard d'adultes en présence qui, eux-mêmes ne se vivent plus comme des soignants mais plutôt comme des citoyens garants de la bonne marche d'un groupe.

---

<sup>101</sup> ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

<sup>102</sup> Ibid

### ***7.2.1. L'espace d'accueil : un hors lieu du soin, un hors lieu de la chaîne de soins***

Le cadre et le dispositif de l'espace d'accueil sont envisagés comme un hors lieu du soin et devient alors un espace public, une agora où il devient essentiel pour chacun, enfant et adulte d'être civil, poli et de respecter les convenances. À partir de cette posture, toute manifestation perçue comme déviante, perverse ou folle est à corriger : ici, on dompte un enfant. Il est aussi question de dompter les adultes, ce qui nous fait revenir ici aux faits divers et à leur émergence à partir de ce postulat de l'espace d'accueil équivalent à une place publique. Les mouvements transféro-contre-transférentiels qui servent habituellement d'étai au processus soignant sont de ce fait éradiqués et induisent ce que je propose de nommer une trouée transférentielle, c'est-à-dire une rupture dans la chaîne des transferts. L'appareil psychique institutionnel ne se trouve alors plus en capacité de jouer son rôle de liaison psychique mais lors des différentes réunions, l'équipe soignante va se leurrer elle-même en continuant à mettre en récit un texte mais à trous, invisibles aux yeux de tous.

### ***7.2.2. Un hors lieu se transforme***

Écouter de ma place ces soignants en présence dans la manière dont ils envisagent le processus de soin dans un ensemble, me permet de mieux saisir tout l'intérêt de porter son attention sur un espace interstitiel dans une institution.

À partir de mon attention focalisée sur la représentation de représentation d'un tel espace pour les soignants, mon regard se transforme et mon écoute change d'angle afin de tenter une saisie du déroulé de la parole au sujet de l'espace d'accueil comme matériel potentiellement clinique. Ainsi, à partir de la transformation de mon écoute, l'écoute des soignants en présence dans ce petit groupe de travail se modifie. Ces derniers vont par exemple porter une attention particulière sur la question des

enchaînements des passages d'un lieu à un autre concernant les jeunes patients mais aussi les soignants. Les passages d'un espace à un autre deviennent alors des signes de délimitation et de différenciation potentiels à observer, à écouter et à accompagner. Le passage comme espace de séparation d'un espace avec des humains à quitter et de retrouvailles avec un autre espace et d'autres humains à rencontrer. Ch. Lheureux Davidse note

*« C'est au seuil des portes, selon mon hypothèse, que le mouvement d'interpénétration des espaces, créé par des passages en allées et venues, devient difficilement soutenable. La clôture de deux espaces qui risqueraient de se rencontrer par des mouvements de va et vient seraient impensable et dangereux (...) Les échanges en mouvement aux seuils des portes seraient la métaphore de la rencontre d'un homme et d'une femme au cours de l'acte de la conception d'un enfant »<sup>103</sup> (Lheureux Davidse, 2009, p.90).*

Cette assertion ouvre pour le groupe des pistes de pensées supplémentaires au sujet des passages de seuil, moment si difficiles pour les enfant et compliqués pour les adultes. La sensibilité clinique s'en trouve accrue dans la mesure où chaque soignant participant au petit groupe de travail va utiliser ce matériau collecté comme matériel clinique à déployer dans le temps de nos rencontres.

Pour revenir à Anaïs, suite à l'élaboration des hypothèses, des propositions concrètes ont été émises par l'ensemble du groupe des soignants. Il s'agissait à partir de là, de les expérimenter pour reprendre en petit groupe, dans un second temps, les essais réalisés sur l'espace d'accueil, en saisir les effets, afin de les réajuster. Le réajustement s'opérait à partir des associations et des nouvelles hypothèses qui émergeaient alors.

À chaque temps de retrouvailles (du point de vue des soignants) avec cette patiente, la voir s'engouffrer encore et encore dans l'espace d'accueil de manière si brutale, en

---

<sup>103</sup> LHEUREUX DAVIDSE CH. (2009). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre*. Paris : L'Harmattan.

bousculant les meubles et en se faisant mal à priori, a donné à penser et à proposer qu'une même personne puisse être présente lors de chacune de ses arrivées. Tenter de constituer une permanence humaine cette fois-ci, en plus de la permanence de l'espace. Jusque là plusieurs soignants étaient présents au moment de son arrivée, là et pas là dans le même temps comme dans un désir d'attention flottante.

### *7.2.3. Un regard apparaît, des regards interpénétrés se font jour*

Ainsi, un élément supplémentaire qui se voulait fixe dans les tous premiers temps de sa mise en place, apparaît dans le décor, et c'est la référente du projet de soin d'Anaïs qui s'est proposée pour être à cette place « d'accueillante » personnalisée. Dans les tous premiers moments rien n'a changé mais au fur et à mesure des semaines, des petits changements ont été notés comme l'effleurement de sa main au passage sur le corps de la soignante ou son bousculement comme pour déplacer un meuble qui empêche l'accès à autre chose. Ces petites différences étaient notées lors de nos rencontres rythmées dans le temps, elles équivalaient aux yeux du petit groupe à de micro-changements à prendre en compte, à garder en mémoire comme des éventuels signes de contact à inscrire dans une continuité, sans pour autant en comprendre le sens. Penser le groupe de travail comme inscrit dans une continuité permettait aussi de penser les arrivées d'Anaïs à l'hôpital de jour dans une continuité et à partir de là de construire une mise en récit. Au fil des semaines, l'infirmière « accueillante » se percevant jusqu'alors comme inanimée par l'autre, a vu un changement par le biais d'une main tendue au passage. Un geste intentionnel, adressé à quelqu'un d'autre. Récit de la scène consignée dans l'appareil mémoriel du petit groupe par le biais d'un cahier. Une proposition émerge du petit groupe que l'infirmière accueillante tende elle, la main à Anaïs dans l'intention de lui adresser un bonjour de retrouvailles et ensuite se déplacer avec elle pour l'accompagner dans sa déambulation. Bien évidemment, il n'y a pas de linéarité ici bien au contraire, le petit groupe de travail subit par ricochet les soubresauts de violence se déployant sur l'espace d'accueil. Anaïs va toucher la main tendue mais semble manifester son désir de ne pas être accompagnée, pas être suivie, elle pousse les meubles, elle se met à les

renverser, etc.

Il s'agissait au fur et à mesure de penser la question du côté du réajustement d'un corps avec un autre en présence et chacun de ces corps en provenance d'un lieu autre et inscrit dans une autre histoire venait organiser la pensée du petit groupe. L'histoire d'un ajustement et d'un accordage tente de se construire ici de manière incertaine, hésitante et chaotique. Entre historisation et temporalité, un enregistrement s'organisait dans un très lent et chaotique tissage. Cette pensée amenait dans la suite à évoquer en écho, la nécessaire malléabilité de ce petit groupe de travail. Et par association, il a été question de l'éventuelle nécessité d'une malléabilité de l'espace d'accueil.

Le petit groupe de travail est comme une entité observatrice qui va s'organiser à son insu tel un dispositif clinique praticien. Il s'intéresse au bébé Anaïs et à sa « communication primitive ». Selon R. Roussillon un tel dispositif attire, condense et vient dévoiler l'essentiel de la réalité psychique du patient. La question de l'intersubjectivité se trouve au centre de ce dispositif qui se construit en même temps qu'il produit ou tente de produire des interrelations. Golse note que le soignant est attentif dans sa présence au bébé réel et dans le même temps attentif à ses propres émotions : ainsi le vécu du bébé observé résonne avec les émotions et les affects infantiles du soignant en présence. C'est de la question du contre-transfert dont il s'agit ici et à laquelle le petit groupe de travail tente de s'atteler en écoutant séance après séance le récit du vécu de l'expérience de la soignante. Nous assistons dans ce cadre de travail organisé en dehors des cadres analysants habituels comme un en plus qui tente de se rendre attentif aux formes de langage sensorimoteur et à « l'associativité affectivo-corporelle » à partir d'un vécu contre-transférentiel de l'effroyable et du monstrueux. Vécus contre-transférentiels pleins de haine et dans le même temps de terreur qui deviennent des indicateurs dans le temps de l'après-coup d'une histoire entravée qui tente de se (re)mettre en récit. L'attention singulière portée par les soignants dans le cadre des ateliers à médiations (doublée par les temps de régulation de ces ateliers) se déplace ici dans « l'espace d'accueil ».



#### ***7.2.4. Petit groupe de travail et tensions institutionnelles***

À partir de certaines tensions ressenties qui se sont développées au fil des séances avec les soignants, qui continuent de travailler dans l'espace d'accueil pendant que le petit groupe de travail se réunit, j'ai proposé que la production de ce petit groupe devait nécessairement faire l'objet d'un compte-rendu adressé aux autres soignants de l'équipe : une transmission orale et écrite. Cette nécessité de transmettre est venue d'abord pour éviter des conflits éventuels, avec les autres soignants qui s'interrogeaient sur la légitimité de l'absence de leurs collègues. Dans un temps second, je me suis aperçu que cela permettait aussi de diffuser une nouvelle manière d'appréhender la dynamique qui s'organisait dans l'espace d'accueil : il devenait possible d'envisager autrement les agirs d'Anaïs, plutôt du côté des mises en actes que des passages à l'acte. L'espace d'accueil, zone intermédiaire entre les différents lieux de soin officiels, pouvait être pensée autrement que comme lieu de passage. Il devenait zone de transition au sens de Winnicott.

#### ***7.2.5. Miroir et jeux mimo-gesto-posturaux***

Le petit groupe de travail découvre comment dans le dispositif de travail de soin en groupe, chacun des membres du groupe de soignants serait tour à tour comme non seulement une multitude de miroirs réfléchissant, à la fois des morceaux du groupe et de son ensemble, mais encore l'objet de ces miroirs. Dès lors il est possible de mettre en lumière tout un jeu d'emboîtements de boucles réflexives et réfléchissantes où le mimo-gesto-postural prendrait une part importante dans l'organisation de la chaîne associative groupale. Pour autant, l'espace d'accueil reste un espace éprouvant, difficilement supportable, le regard des soignants entre eux reste féroce et impitoyable. Des alliances opèrent comme à l'habitude, approuvant ou excluant certains d'entre eux. Le petit groupe prend conscience de toute l'importance de l'intersubjectivité dans une clinique

du quotidien.

Pouvons-nous parler, à cet endroit, pour tenter d'être un peu plus précis de « constellation contre- transférentielle » ? Ceci nous amène à aborder plus précisément la question du déploiement des mouvements transférentiels en groupe.

### 7.2.5.1. Du transfert par diffraction à la constellation transférentielle

Le registre spécifique du transfert en groupe a amené R. Kaës à utiliser à partir de Freud, le vocable de « diffraction ». Ce dernier, à partir de l'analyse de Dora (1905) va se servir de ce terme pour expliciter la modalité selon laquelle dans un rêve une seule idée latente peut être figurée par plusieurs éléments. R. Kaës indique

*« Le processus primaire de la diffraction est responsable de la figuration multiple des aspects du Moi représenté par ses personnages ou par ses objets, qui ensemble forment un groupe interne. S. Freud a mis en évidence ce processus lorsqu'il signale que dans le rêve la diffraction de l'objet ou du Moi du rêveur, la multiplication du semblable ou à l'inverse la formation de personnes composites (mêlées et rassemblées) accomplissent de telles fonctions (...) chacun représentant un aspect de l'ensemble et entretenant avec les autres des relations d'équivalence, d'analogie, d'opposition ou de complémentarité. Considéré du point de vue de l'économie interne, la diffraction est un processus de répartition des charges pulsionnelles sur plusieurs objets »<sup>104</sup> (Kaës, 2010, p.199)*

Dans un ensemble groupal, la diffraction du transfert va opérer sur la totalité des membres participants et chacun de ces membres va déployer à son tour ses parties identificatoires sur tous les autres. Il est important de souligner ici qu'antérieurement à la proposition de R. Kaës, A. Béjarano, en 1971 a été l'un des premiers à avoir décrit

---

<sup>104</sup> KAËS R. (2010). Quelques reformulations métapsychologiques à partir de la pratique psychanalytique en situation de groupe. Dans Pichon M., Vermorel H. & Kaës R., *L'expérience de groupe*, (pp. 181-205). Paris : Dunod.

dans un article intitulé « Le clivage du transfert dans les groupes », un mécanisme de clivage du transfert en bon et mauvais objet dans les groupes entre quatre objets et modalités de transfert : le moniteur et le transfert central, le transfert latéral sur les autres, le transfert groupal sur le groupe, le transfert sur le hors groupe, le monde extérieur comme lieu de projection. A. Béjarano indique à partir de là une forme transférentielle complexe qu'il nomme « constellation transférentielle » et à partir de Freud, R. Kaës plus tard dans une conception plus générale de la dimension groupale, la désignera comme un transfert par diffraction. R. Roussillon en 2008 propose de considérer dans tous les cas le transfert comme « *une constellation transférentielle* » (Freud 1938). Une complexité selon lui, à déconstruire ou à laisser se déployer « fragments par fragments » ou « détails par détails » afin qu'il soit alors possible de libérer ses potentialités symbolisantes. Il étend donc la question du transfert dans les groupes à une groupalité du transfert.

Pour P. Delion, la « constellation transférentielle » représente un ensemble de personnes en lien avec un enfant ou un adulte psychotique ou autiste qui forme pour ce dernier l'espace groupal dans lequel va venir s'inscrire son transfert adhésif ou projectif. Les membres qui le composent vont se réunir à un rythme régulier dans l'intention d'évoquer leur contre-transfert singulier. Il est attendu que ces évocations se déroulent dans une tranquillité suffisante : chacun des membres de cette « constellation » reconnaissant le caractère parcellaire de son témoignage, partage l'idée centrale que son point de vue personnel ne vaudra seulement que si ce dernier est mis en lien avec celui des autres participants. Pour ce faire il est donc important que chacun parvienne à dépasser son point de vue personnel voire narcissique. Le métissage qui émerge alors correspond à la pluralité des vécus contre-transférentiels : expression des différentes parties du Moi du patient. P. Delion indique

*« Allant plus loin, il (le soignant) prend conscience du fait que son contre-transfert correspond en partie à un faux self défensif et approche ainsi, la relation interne que son faux self entretient avec son vrai self, gagnant en authenticité »<sup>105</sup> (Delion, 2015, p.50)*

---

<sup>105</sup> DELION P. (2015). Clivages, psychopathologies et institutions. *Carnet Psy*, n°190, 49-51. Paris : Cazaubon.

Ce cadre-dispositif analysant permet d'approcher de manière authentique les instances moïques du patient tout en constituant « *une fonction de pare-excitations collective de l'enfant* »<sup>106</sup> (Delion, 2015, p50). Cette « constellation transférentielle » va s'organiser en fonction du « régime politique » du groupe institutionnel. Ainsi, l'objet parole va circuler à l'intérieur de la groupalité de manière singulière selon le système institutionnel qui est basé soit sur un fonctionnement hiérarchique ou un système « subjectal » : P. Delion note

*« Si le système institutionnel est inspiré, voire basé sur un fonctionnement hiérarchique statutaire vertical dans lequel les soignants sont les maillons d'une pyramide d'exécutants plus ou moins serviles ou sous l'influence des hypothèse décrites par Bion dans « ses recherches sur les petits groupes » (couplage, dépendance, attaque-fuite), la circulation de la parole ne fera pas partie de la tâche proposée, et les membres de la constellation transférentielle seront dans l'incapacité d'en parler voire d'en évoquer les difficultés réelles. En revanche si le système institutionnel est construit sur le mode d'une hiérarchie subjectale, faisant appel aux talents singuliers de chaque soignant plus qu'à son seul statut professionnel, alors les possibilités de parler seront décuplées et faciliteront une parole contre-transférentielle, permettant d'exprimer les difficultés traversées dans le lien avec le patient »*<sup>107</sup> (Delion, 2015, p.51)

P. Delion indique ici deux modalités de fonctionnement d'une équipe et bien qu'elles permettent de repérer plus facilement leur dynamique, il ne semble pas que la ligne de démarcation soit aussi claire. En effet, l'expérience de différents groupes de soins institutionnels amènerait à penser que la dynamique serait aussi à envisager du côté du transfert convoquant en fonction de ce qui se répète sur la scène institutionnelle, une dynamique de fonctionnement originale de l'équipe qui est à repérer et à questionner en fonction du patient dont il est question.

Ici, il s'agit de repérer le processus en œuvre à partir de la mise en place d'un

---

<sup>106</sup> Ibid.

<sup>107</sup> Ibid.

petit groupe de travail, justement parce que le grand groupe, par les tensions et les pressions exercées, ne permettent pas l'accession à un matériel contre-transférentiel de qualité, c'est-à-dire débarrassé (partiellement) des enjeux narcissiques. Tenter de percevoir ce qui se passe pour Anaïs dans ses déplacements et ses mises en scènes oblige à se centrer sur une organisation en faisceaux du déploiement transféro-contre-transférentiels. Et à partir de ce petit groupe de travail l'occasion de se focaliser sur différents éléments réels et fantasmatiques permet de déclencher une chaîne associative qui prend en compte non seulement les micro-mouvements en scène sur l'espace d'accueil d'Anaïs mais aussi toute l'interaction alors convoquée avec les autres en présence dans un processus intersubjectif. À partir de ces observations actives des soignants en présence mises en récit, le petit groupe de travail a pu percevoir au fil des séquences, l'émergence d'une interaction entre Anaïs et peut-être avec un autre animé. Nous repérons dans l'après-coup de ce travail le nécessaire pas de côté ou plutôt « le pas en dehors » précieux et impératif, afin d'être en mesure de ne pas rester collé de manière adhésive à ce qui pourrait de loin ressembler à une masse, sans distinction de corps ou collés ensemble ou démantelés. Pour les soignants, venir raconter et aussi se raconter à partir des observations réalisées du déploiement de scènes et de mises en scènes, envisagé comme une chaîne associative sensori-motrice dans l'espace d'accueil.

### ***7.2.6. Un arrêt dans la répétition***

Par ailleurs, le déroulement de cette clinique laisse poindre un autre élément saillant qui est celui de l'arrêt dans la répétition : arrêt de l'activité « percussions », arrêt d'un des ateliers « pataugeoire », arrêt de la prise en charge orthophonique ou non mise en place des visites à domicile. Quelque chose s'arrête donc ou ne parvient pas à se mettre en route ou bien encore ne circule pas entre les différents membres du groupe des soignants. Tout se passe comme si le mouvement processuel du soin, tel que nous pourrions l'imaginer s'organiser à partir du dispositif, n'opérait pas ou seulement partiellement. Le mouvement élationnel ne parviendrait pas à son aboutissement, comme si, du côté du maillage institutionnel, la boucle ne pouvait être complète.

Ceci amène à se questionner sur la qualité de réponse apportée par l'environnement à cette enfant dans ses manifestations les plus archaïques. Ces différents arrêts pourraient être interprétés comme des promesses non tenues, comme une déception permanente répétée sur la scène institutionnelle.

Comme l'indique R. Roussillon

*« la destructivité ne doit pas être considérée comme la forme directe d'expression d'une « pulsion destructrice ou « d'un instinct destructeur », elle possède toujours des enjeux non manifestes, des enjeux « inconscients » qui la renvoient à autre chose qu'à elle même : angoisse, douleur, impuissance etc. la destructivité ne doit pas être, comme d'ailleurs chaque chose du fonctionnement de la psyché humaine, comme parfaitement identique à elle même, elle a nécessairement une ombre projetée qui « dit » à la fois plus et moins. »<sup>108</sup>*  
(Roussillon, 2008, p.176)

Entre destructivité et survivance de l'objet les soignants se retrouvent face à des faits cliniques difficilement supportables

Si je me réfère aux deux réunions cliniques consacrées à Anaïs, des membres de l'équipe évoquent leur effroi et leur dégoût devant ses agirs. Ils restent alors figés devant les scènes déployées sous leurs yeux, tant en individuel qu'en groupe. Il s'agit alors d'arrêter à tout prix, dans la réalité, le déroulement de ces scènes qui ne trouvent dès lors aucun sens pour l'enfant et ne peuvent donc que se répéter. Devant tant d'effroi, le processus de pensée en groupe semble faire défaut dans un premier temps, pour ensuite ouvrir plusieurs pistes de questionnements autour du dedans/dehors/fenêtre, des mouvements tels que jeter, lancer, jeter des objets par la fenêtre, se pencher par la fenêtre.

Le déroulement de la réunion clinique fait penser à la façon dont chacun des soignants devant la déambulation d'Anaïs souhaite la suivre et être avec elle dans son processus d'association corporelle mais chacun semble rester seul avec cette impulsion,

---

<sup>108</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.

sans liaison possible. « La mise en intrigue », selon l'expression de P. Ricoeur (1984), n'opère pas ici, il n'y a pas de mise en histoire, de mise en récit telle que l'on pourrait attendre dans l'idéal mais une juxtaposition d'événements et de faits effrayants. A partir de là, il convient de poser la question de savoir ce que signifie « penser en groupe ». Et plus précisément que signifie « élaborer cliniquement ensemble » à propos d'un enfant ?

Nous pouvons remarquer que le partage des expériences individuelles avec Anaïs semble être de la même teneur, du côté de l'insensé et du négatif. Immédiatement, le soignant serait submergé par un excès d'angoisses, il tenterait alors de les faire disparaître en éradiquant ces expériences.

Je reprendrai les propos de J. Hochmann qui souligne

*« la psychothérapie institutionnelle s'inspire à la fois de la psychanalyse et de la psychologie des groupes, elle utilise toutes les dimensions de la vie quotidienne pour symboliser la conflictualité interne des enfants et pour étayer la structuration de leur appareil psychique sur la structure de l'institution.... »<sup>109</sup> (Hochmann, 2006, p.1045)*

À cet endroit, il me semble que la place du référent du projet de soin de l'enfant au sein de l'équipe va jouer un rôle essentiel dans la qualité d'assemblage et d'articulation des parties de vécus relationnels par l'ensemble des soignants, de manière implicite évidemment. De même, la place du médecin serait elle aussi essentielle ici, plus précisément dans son rapport au référent de soin de l'enfant. Il semblerait que l'ensemble de l'équipe porte une attention particulière à ce « couple » du pédopsychiatre et du référent au projet de soin de l'enfant qui partagent un objet commun en « privé » : la consultation familiale. Ne pourrait-on pas avancer ici, l'hypothèse d'un accès au secret de la scène primitive ?

---

<sup>109</sup> HOCHMANN J. (2006). Soigner, éduquer, instituer, raconter. Histoire et actualité des traitements institutionnels des enfants psychiquement troublés. *Revue française de psychanalyse*, Tome LXX, 1043-1063. Paris : Puf.

### *7.2.7. Des pôles attracteurs*

Ici, je pourrai émettre l'hypothèse qu'entre les deux temps celui de l'ouverture de la réunion par le référent du projet de soin de l'enfant et celui de la clôture de ce temps de réunion par le médecin des échanges vont pouvoir se déployer et s'organiser en une chaîne spécifique et singulière, en lien avec la relation transféro-contre-transférentielle dont fait l'objet la dynamique de ce « couple » au sein de la groupalité des soignants. En somme, la qualité de la chaîne associative groupale dans sa potentialité élaborative se trouverait assujettie, liée aux affects déployés par chacun des membres du groupe sur ce couple « référent du projet de soin-médecin ».

« Ouvrir et fermer » sont les deux mouvements dont nous pouvons percevoir l'émergence et le déploiement dans la clinique d'Anaïs. L'ouverture et la fermeture sont à l'œuvre au long cours de sa clinique, se déployant d'abord uniquement sur les lieux mêmes de l'institution (entre ouvrir et fermer les portes, entrer et sortir de l'institution), pour ensuite se déplacer plus directement sur le corps de l'enfant, où des expérimentations brutes entre la bouche et l'anus sont répétées en présence de un ou plusieurs soignants, en dehors des temps consacrés aux ateliers à médiations dont bénéficie cette enfant. Comment pouvons-nous essayer de comprendre ces mouvements pensés du côté du mortifère, du côté de la pulsion de mort ? Plus précisément ici, envisager la pulsion de mort au sens du non intégré.

Ceci amène à visiter de manière plus approfondie l'articulation d'un espace institutionnel à un autre, le passage d'un atelier à médiations à l'espace dit « d'accueil », où l'enfant va alors retrouver un groupe d'enfants et un groupe de soignants, dans un espace ouvert où des objets et lieux sont à disposition. Non seulement, la question du maintien et de l'étai semble être ici mise à l'épreuve dans le passage d'un lieu à un autre, d'un dispositif à un autre et aussi celle du déploiement transférentiel dans une mise en vue des processus d'intrication et de désintrication pulsionnels. Ce qui est remarquable dans ces mouvements répétitifs placés du côté du mortifère c'est la nécessaire présence d'un autre pour que cela puisse avoir lieu.

Bien évidemment, la suite logique d'un tel déploiement clinique nous conduit vers des auteurs fondamentaux tels que Winnicott qui indique la manière dont l'objet



survit dans de tels moments potentiellement destructeurs et Bion qui a particulièrement théorisé le processus de transformations psychiques des éléments sensoriels en perception puis en concepts. Pour Bion, le psychisme naissant de l'enfant est incapable de manier et d'utiliser les données des sens ; par conséquent un psychisme autre que le sien est nécessaire pour assurer la transformation des éléments sensoriels brut (éléments bêtas), en leur donnant une forme adéquate, ce qui va alors rendre possible son utilisation par le psychisme de l'enfant (fonction alpha). Ce dernier intériorisera alors cette fonction pensante de la mère. N. Minazio indique que

*« cet objet présente des qualités particulières de réceptivité pour l'accueil des données de sens émanant de l'enfant et des capacités discriminatives de traitement de ces données. Les éléments Bêtas sont évacués par la motricité, ce qui rejoint toute la problématique des hallucinations motrices au niveau de la prise en charge des états de non symbolisation. La psyché ne fait pas que contenir, refouler et représenter. Elle peut aussi -fonctionnant comme un muscle – évacuer. »<sup>110</sup> (Minazio, 2002, p.1777)*

La question des hallucinations psychomotrices renvoie ici directement au travail de H. Ey qui indique

*« les hallucinations se distinguent classiquement des illusions car l'illusion est une falsification de la perception d'un objet réel : il peut s'agir de la perception erronée de phénomènes sensoriels (illusions d'optique, de mouvement et de la taille des objets...), ou encore de perceptions erronées de l'identification, ou du sens des percepts : impression de reconnaître une mélodie alors qu'il s'agit d'un autre bruit, ou de voir un crucifix alors qu'il s'agit de taches sur un mur) »<sup>111</sup> (Ey, 1960, p. 115)*

---

<sup>110</sup> MINAZIO N. (2002). Les états artistiques : une figure de la défaite de la psyché ? *Revue française de psychanalyse*, (66), 1771-1778. Paris : Puf.

<sup>111</sup> EY H., BERNARD P. & BRISSET Ch. (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.

Antérieurement, J. Seglas a défini les hallucinations motrices pures comme la perception des mouvements imaginaires du corps. Freud évoque à son tour le terme d'« hallucinations motrices » (Freud, 1913) dans son article intitulé « Animisme, magie et toute puissance des idées » au sujet du jeu chez l'enfant et de la magie chez le primitif et même de la danse. Il s'intéresse à la dimension motrice au centre de l'activité psychique qui se tient en contact avec l'originnaire et qui joint mouvement et psychisme archaïque. Le concept de pictogramme de P. Aulagnier rend compte de ce mouvement de manière encore plus précise : forme originnaire de la représentation, elle prend sa source à partir des premiers ressentis du bébé alors en symbiose avec sa mère entre une zone érogène (bouche) et l'objet source d'excitation et de plaisir (sein). L'auteur parle alors « d'objet-zone complémentaire ». Le sujet et l'objet sont à ce stade fusionnés sensoriellement dans une « indissociation, éprouvant-éprouvé ». Cette jonction sensorielle est donc l'axe fondateur de l'activité de représentation. À partir de cet éprouvé corporel (de plaisir et de déplaisir) une pensée peut s'édifier ; le « fond représentatif » se constituant à partir de la sensorialité. En ce sens, l'attention est ici portée sur le déploiement de la chaîne associative sensori-motrice dans une intention première de permettre la représentabilité d'un éprouvé de l'enfant.

À cet endroit, c'est donc bien le travail contre-transférentiel de l'analyste qui est à l'œuvre dans un travail analytique « classique ». À l'endroit du travail de soin à plusieurs, ce serait le bouquet de la constellation contre-transférentielle qui viendrait mettre en mouvement les capacités transformationnelles. Nous abordons ici la question de l'intersubjectivité dans le travail de soin à plusieurs en lien avec le concept d'intertransfert tel qu'il a été forgé par René Kaës. Ce dernier souligne que

*« L'intertransfert est l'état de la réalité psychique des psychanalystes en ce qu'elle est induite par leurs liens dans la situation de groupe. L'intertransfert ne peut pas être considéré et traité indépendamment du (des) transfert(s) et du contre-transfert. Il est fait des mêmes constituants, des mêmes enjeux par rapport au devenir conscient : c'est à dire qu'il est tout à la fois répétition et création, résistance et voie d'accès à la connaissance des mouvements du désir inconscient. L'intertransfert se spécifie par le fait que les psychanalystes transfèrent leur propre organisation intrapsychique sur leurs collègues,*

*du fait même de ce qui est induit par la situation groupale : à la fois par les transferts et par leurs dispositions contre-transférentielles»<sup>112</sup> (Kaës, 2010, p.203)*

Pourrait-on se permettre d'élargir ce concept à tout groupe de personnes travaillant ensemble et principalement dans la situation de travail à plusieurs qui nous occupe ici ? Si nous prenons cette liberté, alors nous pouvons émettre quelques questionnements : dans la situation clinique d'Anaïs, sans doute rencontrons-nous un défaut dans l'appareillage de liaison psychique institutionnel, en lien avec une haine retournée de la figure monstrueuse qui, passée sous silence, opère alors dans la répétition infinie ? Ici, l'équipe soignante semble soumise à un « transfert par retournement » selon R. Roussillon (1991, 1999) où, sous l'aspect d'un transfert passionnel (Green), le patient

*« met en scène un « processus de retournement passif/actif : faire vivre activement à « l'objet » ce que l'on a soi-même eu à endurer passivement dans la rage, l'impuissance, la détresse, la honte, le désespoir (...)»<sup>113</sup> (Roussillon, 1991, p.226)*

Ainsi, le patient, par ce mécanisme inconscient

*« vient faire sentir ou voir un pan de lui qu'il ne perçoit pas directement, qu'il ne sent pas ou ne voit pas de lui (...) il « demande » à l'analyste d'être ce que l'on pourrait appeler « le miroir en négatif de soi », de ce qui n'a pas été senti, vu ou entendu de soi, ou du mal senti, mal vu ou entendu de soi »<sup>114</sup> (Roussillon, 1999, p.14)*

---

<sup>112</sup> KAËS R. (2010). Quelques reformulations métapsychologiques à partir de la pratique psychanalytique en situation de groupe. Dans Pichon M., Vermorel H. & Kaës R., *L'expérience de groupe*, (pp. 181-205). Paris : Dunod.

<sup>113</sup> ROUSSILLON R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.

<sup>114</sup> ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

Avec Anaïs, l'équipe soignante est comme prise au piège d'une surdité réifiante qui ne lui laisse alors pas d'autre possibilité que celle de s'engouffrer dans une répétition qui va s'amplifiant pour tenter de se faire entendre.

Par ailleurs, la chaîne de transferts déployée dans les différents espaces de soin proposés à cette jeune patiente s'organise avec des trouées dans les passages, ce qui induit alors un agrippement de cette dernière à ses différentes extrémités, pour ainsi se sentir encore vivante ?   cet endroit, les membres de l'équipe soignante dans le lien contre-transférentiel se situent du côté du vécu de la trouée, s'agrippant alors en miroir   l'enfant ? La trouée est envisagée ici comme une brèche, une percée provoquée par une interruption brusque et brutale de la chaîne de transferts : là où le soignant va venir rompre par une position non empathique son écoute du patient sous prétexte qu'il sera sorti d'un espace à médiation thérapeutique désigné et reconnu comme le lieu de transfert par l'institution. Ce qui revient à dire que l'institution favorise par son idéologie des points de répétitions mortifères d'une présence maternelle primaire en défaut de présence et de rythmicité premières. Le corps de l'enfant dans les espaces interstitiels de l'institution r -expérimente alors la disparition et l'absence des qualités d'un objet contenant optimal, s'agrippant à partir de là à son propre corps pour au moins tenter de ne pas disparaître. R. Roussillon indique

*« Non seulement l'objet-environnant n'est pas satisfaisant, il est « désorganisateur », il est traumatique, il peut être porteur de mort »<sup>115</sup> (Roussillon, 1999, p.50)*

L'enfant est confronté -dans l'espace d'accueil- à une présence qu'il ne reconnaît plus à cause de sa froideur et de son exigence à se tenir et qui à son tour, ne le reconnaît plus dans sa singularité et dans son mouvement processuel de subjectivation, central dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques. En somme, un accordage au sens donné par D. Stern aux interactions premières entre mère/bébé émergeant dans les différents cadres-dispositifs des ateliers à médiations vient se fracasser sur l'espace d'accueil, espace interstitiel, vécu comme un hors lieu du soin pour les soignants.   mon sens, le seul espace suffisamment libre pour que l'enfant tente de lier les parties vivantes

---

<sup>115</sup> ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

encore morcelées réanimées ou simplement animées émergentes dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques. À cet endroit sévit une surdité contre-transférentielle qui ignore de fait le transfert dans des lieux bien précis de l'institution et c'est ce qui va entraîner la trouée transférentielle.

Nous pouvons percevoir dans l'écoute de ces différents espaces de réunions une interpénétration de ces derniers, éliminant dès lors toute linéarité de plusieurs chaînes associatives groupales. Chaque espace de réunion représenterait un précipité de la dynamique institutionnelle, qui serait à écouter tant dans le champ contre-transférentiel, en ce qui concerne les patients, que du côté transférentiel, en ce qui concerne l'institution. Cette intrication viendrait complexifier l'ensemble induisant dès lors une approche extrêmement délicate de la dynamique. Nous pourrions avancer ici l'idée d'un appareillage psychique institutionnel qui s'organiserait en une chaîne de transferts.

Dès lors, comment, pour les différents membres de l'équipe, ces manifestations corporelles, ces mises scènes brutes et brutales peuvent-elles se transformer en hypothèses de travail, en un mot, s'élaborer, se mettre en pensées dans l'après-coup ? Il semblerait d'abord que ce « trop » serait à taire. Par ailleurs, ce vécu d'échec de l'équipe dans la prise en charge de cette jeune patiente pourrait peut-être nous permettre d'aborder, d'effleurer la question sous-jacente de l'évaluation du processus soignant engagé et ses effets dans la réalité. En effet, chaque réunion clinique fait l'objet d'un état des lieux du processus soignant en cours pour chacun des enfants et de manière sous-jacente, chaque partie du corps de l'enfant est sujette à une attention singulière de la part de l'équipe soignante. Il s'agit de percevoir à partir de chacune des médiations utilisées comment chaque partie du corps de l'enfant au long cours de son hospitalisation, se distingue et émerge pour enfin exister pour ce dernier et se trouve être suffisamment intériorisé ou non en tant qu'image du corps. La question de la réflexivité est au centre de chacune de ces rencontres cliniques. La décision de poursuivre ou de mettre un terme à tel ou tel atelier à médiation thérapeutique dans le cadre du projet de soin de chacun des jeunes patients est soumise à l'appréciation groupale de cette évaluation qui ne dit pas son nom. Bien évidemment, cette évaluation n'est nullement objective car soumise à la subjectivité de chacun dans le groupe des soignants avec tout l'enjeu de forces intertransférentielles.

### **7.3. L'expérimentation en présence d'un autre du trou et de la trouée comme forme du corps en bords puis en mouvement**

Anaïs se colle au sol dur de l'espace d'accueil, au préalable elle a pris soin de se déshabiller, le regard de l'autre, adulte, est convoqué à assister à cette scène, vécue comme dérangeante car elle s'axe sur le sexe et l'anus de cette enfant. Cette dernière s'active à toucher ces parties précises de son corps, comme si elle tentait d'en sortir l'urine et les selles. Par ailleurs, avec les bombes aérosols situés dans les toilettes des adultes qu'elle va systématiquement utiliser pour innerver sa bouche, tous les trous de son corps se trouvent être stimulés.

#### ***7.3.1. Une effroyable chimère interstitielle***

Les membres de l'équipe évoquent l'effroi et le dégoût devant les agirs d'Anaïs. Ils restent alors comme figés devant ces scènes qui se déploient sous leurs yeux, de manière répétée. Il s'agit alors de mettre un terme à tout prix à cette réalité insupportable qui est vécue comme insensée, relié alors, à rien, sans possibilité de rattacher ses scènes à un morceau de l'histoire de cette jeune patiente, sans autre possibilité alors de relier ce qui se déroule sur la scène de l'espace d'accueil comme un enchaînement inconscient des transferts déployés à partir des cadres à médiations thérapeutiques dont bénéficie Anaïs au sein de l'hôpital de jour. J'aborderai cette question plus précisément un peu plus tard dans ce travail. Devant la répétition de ces situations, la confusion devient totale, devant tant d'effroi et de sidération. Le processus de pensée en groupe semble en suspens au sens de Michel de M'uzan qui nous indique

*« l'activité du système d'abord par un cortège d'images banales ou étranges qui occupent apparemment entièrement et pendant un temps limité le champ mental de l'analyste. Ces*

*images-visages inconnus ou monstrueux, paysages déformés, formes abstraites, etc.- passent les unes dans les autres ou se transforment sur un rythme régulier, comme dans un ralenti, par le déplacement de leurs lignes et l'altération de leurs contours...images et propositions énigmatiques s'évanouissent enfin, dans une sorte de fondu enchaîné (...) toutes ces figures bizarres à la fois denses et floues, circulent sans cesse et on en pressent intuitivement la force. »<sup>116</sup> (de M'Uzan, 1994, p.40)*

Il y a, dans ces scènes répétées, une sorte d'aliénation momentanée où les soignants en présence deviennent comme totalement perméables au corps de cette enfant, se situant dans un en-deçà de la parole, dans un en-corps confusionnant groupal où les bords de tous les corps seraient comme noyés dans une seule et même masse. Un moment chimérique interstitiel dont on retrouverait l'esquisse des contours suffisamment différenciés si des conditions sont réunies pour qu'une mise en récit puisse authentiquement se faire, dans un après-coup. C'est-à-dire un espace de dépôt et d'élaboration avec des bords suffisamment définis qui permettrait la mise au travail de ces faits divers en faits cliniques. Un travail en double peut alors émerger à partir de là et dans certaines conditions.

### ***7.3.2. Regard et sexualité infantile comme effets de soin***

Le projet de soin de l'enfant hospitalisé préconise la mise en place d'ateliers à médiations thérapeutiques qui ont pour objectif premier nous l'avons pointé à plusieurs reprises, la relance des processus de symbolisation primaire.

Que comprendre des processus de symbolisation primaire ?

Ce concept de symbolisation primaire est proposé dans un premier temps par D.

---

<sup>116</sup> de M'UZAN M. (1994 ). *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.

Anzieu et repris ensuite par R. Roussillon. Ce dernier indique

*« la symbolisation ne relie pas en effet l'objet à une représentation, elle relie des représentations ou des traces psychiques de l'objet entre elles »<sup>117</sup> (Roussillon, site [reneroussillon.com](http://reneroussillon.com) )*

Et pour ce faire, une trace mnésique d'une expérience intersubjective de corps à corps doit pouvoir être gardée dans l'appareil mémoriel du bébé. La mère va « échoïser » selon Stern (1993), bébé et mère vont s' « accorder esthétiquement » (R. Roussillon) et la réponse de l'environnement (de l'objet) va s'avérer être primordiale dans son déploiement. Et si la rencontre ne se fait pas ou pas au bon moment

*« D. Anzieu décrit un signifiant formel du type un objet s'éloigne puis revient sur lui-même, ce peut être par exemple une figure au sein d'un rêve, ou encore une pure sensation corporelle, une impression. Un enfant autiste pourra « scénariser » et « raconter » un tel processus à l'aide d'une stéréotypie de la main dans laquelle celle-ci s'éloigne puis revient sur elle-même sur son visage (...) un élan du bébé vers sa mère, la main s'éloigne vers la mère, -« un objet s'éloigne »-, mais ne rencontre pas l'objet, par exemple absent, non disponible, ou fuyant et rebrousse chemin en route. Le signifiant formel se trouve alors inscrit au sein d'une scène qui raconte un moment d'interaction, qui « symbolise » l'histoire de l'échec de la rencontre avec l'objet maternel »<sup>118</sup> (Roussillon, site [reneroussillon.com](http://reneroussillon.com))*

La question de la rencontre et plus précisément de la qualité de la rencontre liée à la qualité de la réponse avec un autre est fondamentale comme boucle réflexive, « boucle retour » (G. Haag) essentielle dans le processus d'avenir du sujet.

---

<sup>117</sup> ROUSSILLON R., site [reneroussillon.com](http://reneroussillon.com).

<sup>118</sup> ROUSSILLON R., site [reneroussillon.com](http://reneroussillon.com).



« La symbolisation primaire est le processus qui fait passer de « la matière première » de l'expérience, la trace mnésique perceptive-la motion pulsionnelle, ou encore le représentant psychique de la pulsion selon Freud- qui porte la trace sensori-motrice de l'impact de la rencontre du sujet avec un objet encore mal différencié, mal identifié, qui mêle part du sujet et part de l'objet, à une possibilité de scénarisation susceptible de « devenir langage », susceptible d'être narré à un autre sujet, d'être ainsi partagée et reconnue par un autre sujet pour devenir ainsi intégrable dans la subjectivité »<sup>119</sup> (Roussillon, 2014, p.165)

La symbolisation primaire serait la « traduction de la trace perceptive en trace inconsciente » (Brun, 2014) avec la nécessité d'un autre en présence pour se faire. Et qu'en est-il au niveau du sexuel infantile et de la pulsion sexuelle à cet endroit des processus de symbolisation primaire ?

En somme, toute cette complexité en mouvement dans les processus de symbolisation primaire semble, au sein de l'institution, se réduire à une idée simple voire simpliste d'une « guérison » de l'enfant sans grands dommages pour l'institution. Le processus serait attendu dans une sorte de protocole pré-pensé comme dans un idéal livresque où son déroulé se déploierait dans des espaces pré-définis sans rage et sans tumultes. Mais quelque chose semble se réactiver ou s'activer à un endroit du corps non attendu.

### **7.3.3. Les trous comme bordures du plein**

Des répétitions infinies des mêmes mises en scènes qui induisent par leur insistance et le vécu d'échec dans le groupe des soignants, des résistances contre-

---

<sup>119</sup> BRUN A., ROUSSILLON R. et coll. (2014). *Formes primaires de la symbolisation*. Paris : Dunod.

transférentielles massives qui viennent oblitérer une pensée possible qui se mettra en circulation, à partir de la mise en place tardive de ce petit groupe de travail, c'est à dire, une année avant la fin de l'hospitalisation d'Anaïs.

En présence d'au moins un autre, Anaïs, par ses mises en scènes vécues comme effroyables et monstrueuses par les soignants, met ici en avant les trous de son corps comme une demande adressée à l'autre, pour que ce dernier lui fasse retour du plein de son corps dans une certitude d'existence de ce dernier, par la liaison des trous et des pleins grâce à un mantelement de la peau ainsi que celui de l'axe qui tient la verticalité. En somme, un bain visuel et corporel qui permet de faire émerger une forme et une enveloppe corporelle grâce à un autre en présence. Nous émettons ici l'hypothèse que des formes primaires de la symbolisation ont émergé dans le cadre des différents ateliers à médiations thérapeutiques dont bénéficie Anaïs tentent de se figurer sur un espace autre, ici l'espace d'accueil, s'inscrivant dès lors dans une chaîne associative formelle telle que précisé par A. Brun qui avance

*« L'hypothèse centrale d'une chaîne associative formelle à l'œuvre pour tout sujet dans le cadre des médiations thérapeutiques, dans une prise en charge individuelle ou groupale. En groupe, on pourra parler de chaîne associative formelle de groupe. Il s'agira de repérer l'enchaînement des formes à la fois des productions proprement dites, mais aussi de l'ensemble du langage sensorimoteur des patients confrontés au médium »<sup>120</sup> (Brun, 2013, p.137)*

Dans cet espace de l'entre-deux institutionnel, le corps va directement -donc sans médium- devenir le lieu d'émergence et de mise en forme de protoreprésentations au sens donné par M. Pinol-Douriez qui sont

---

<sup>120</sup> BRUN A. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Gallimard.

*« Les premières représentations qui apparaissent dans le développement psychique de l'enfant et qui désignent chez le bébé le travail psychique d'inscription de l'expérience et de transformation par assimilation active »<sup>121</sup> (Pinol-Douriez, 1984, p.74)*

Ces premières représentations se produisent dans le développement psychique de l'enfant reflétant l'inscription des toutes premières expériences sensori-affectives échangées entre le bébé et son environnement maternel. À cette période de la vie du bébé, l'indifférenciation est de mise entre corps, monde psychique et environnement. Dans la même lignée, auparavant en 1967, J. Bleger énonce le concept de « noyau agglutiné » qui est formé des identifications les plus primitives d'ordre kinesthésique, sans aucune différenciation, là encore établie entre Moi et non-Moi. Les « noyaux agglutinés » sont donc de nature « symbiotique » et les contours premiers de la matière psychique sont syncrétiques. Cette agglutination se rencontre dans une position que l'auteur situe comme antérieure à la position schizo-paranoïde décrite par M. Klein, nommé « glyschro-caryque » en référence à l'épilepsie. Le pictogramme, concept énoncé par P. Aulagnier est aussi marqué par le caractère indissociable entre l'espace corporel, l'espace psychique et l'espace extérieur. Son modèle central est la rencontre originaire sein/bouche qui se situe dans une continuité corporelle où seules deux formes vont émerger : le prendre en soi plaisant et le rejet hors de soi déplaisant. La première forme qui lie le prendre en soi plaisant est appelée pictogramme de jonction et la seconde forme du rejet hors de soi est intitulée pictogramme de rejet. L'originaire va venir indiquer l'ensemble des représentations à la lisière de la vie psychique qui se situe dans une indifférenciation entre psyché et soma, de la même manière entre le dedans et le dehors.

Apparaissent ici, les signifiants formels dont parle D. Anzieu qui font partie de ce qui est aujourd'hui nommé : signifiants archaïques. Cet auteur nous indique

*« les signifiants formels s'apparentent aux pictogrammes que Piera Castoriadis-Aulagnier, dans la Violence de l'interprétation (1975) considère comme typiques du*

---

<sup>121</sup> PINOL DOURIEZ M. (1984). *Bébé agi, bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*. Paris : Puf.

*niveau originare de la psyché, ou plutôt, ils constituent une première étape dans la symbolisation de ces pictogrammes »<sup>122</sup> (Anzieu, 1987, p.13)*

L'auteur expose une configuration du corps qui devient le théâtre d'une transformation qui s'impose sous forme de vécu hallucinatoire. A. Brun note que

*« Ces formes sensorielles et motrices de la symbolisation qui passent par le corporel, relèvent souvent de la dynamique de l'image motrice, conceptualisée par Freud (1950 p. 396) qui la définit comme une perception de mouvement, image sensorielle qui ne correspond pas toutefois à un mouvement dans la réalité. Dans l'œuvre de Freud, l'image motrice préfigure le signifiant formel »<sup>123</sup> (Brun, 2013, p.139)*

En effet, D. Anzieu, dans sa réflexion sur les signifiants formels, analyse les mouvements hallucinés du corps dans l'espace et leurs avatars angoissants. Cet éprouvé ne relève donc pas du fantasme mais d'une trace corporelle qui n'admet aucune séparation entre le dedans et le dehors, entre le sujet et l'autre, ressentie par le sujet comme étrangère à lui-même. Selon l'auteur, les signifiants formels sont répétitifs, uniformes et répétitifs chez un même sujet ; ils sont constitués « *d'images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques, kinesthésiques, posturales, d'équilibration* »<sup>124</sup> (Anzieu, 1987, p. 14) et ne se rapportent pas aux organes des sens à distance, la vue, l'ouïe et renvoient aux ressentis directs dans le corps sous des formes de pressions, tensions, et déformations. Au travers de ces théorisations, nous pouvons percevoir tout l'intérêt que cela apporte dans une clinique marquée par les agirs et les mouvements corporels. Ici, avec Anaïs, nous pouvons supposer que le travail engagé dans les ateliers peinture, modelage et poney lui ont permis au fil des séances et des années d'organiser les prémisses constitutives d'un fond premier, d'un décollement de ce fond premier en sensations

---

<sup>122</sup> ANZIEU D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. Dans Anzieu D. (Eds), *Les enveloppes psychiques*, (pp. 16-19). Paris : Dunod.

<sup>123</sup> BRUN A. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.

<sup>124</sup> ANZIEU D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. Dans Anzieu D. (Eds), *Les enveloppes psychiques*, (pp. 16-19). Paris : Dunod.

devenues envahissantes corporellement sans pour autant parvenir bien évidemment à une position de figurabilité dans le cadre des ces ateliers. Comme si Anaïs se situait entre la position adhésive et la position de détachement du fond, mettant en scène sur l'espace d'accueil dans une chaîne associative sensori-motrice ces signifiants formels où cela se passe entre « ça s'écoule / du liquéfié » au « un trou se forme et se referme et/ou peut se boucher ». C'est la qualité de réponse de « l'autre-sujet » qui permet une possible transformation par le dépassement des résistances contre-transférentielles des soignants liées à l'effroi d'être happé et détruit par les trous présentés par Anaïs de manière obscène. Ne pourrait-on pas, par ailleurs, envisager que le groupe de soignants ici, porterait le refoulement que l'enfant serait dans l'incapacité d'assumer ?

Les trous faits de bordures, soumis à des scènes répétées des doigts, de la main de l'enfant sur les bords de ses organes en concomitance au regard plongé dans celui d'un autre conduit à prendre appui sur ce que R. Roussillon indique de

*« La question du plaisir lié aux conditions de la rencontre avec l'objet primordial, celui qui est essentiel pour la question de la dépendance et celle de l' « homosexualité primaire en double » (...) le modèle et l'hypothèse d'une « homosexualité primaire en double » concerne au départ l'organisation de la relation première entre la mère et le bébé, mais il suppose aussi que, en deçà des complexifications de l'histoire ultérieure apportera à cette ébauche première du lien, « le fond » de cette relation première reste présent et plus ou moins actif tout au long de la vie (...) C'est en cela que le « fond » de la relation peut être dit « homosexuel primaire », le plaisir est pris dans le « ballet » de la rencontre avec un autre semblable, un double, un autre perçu dans son mouvement de miroir de soi (...) Je le répète : un « double » est un autre même, c'est un semblable, un miroir de soi, mais c'est un autre, il n'y a pas de confusion entre soi et le double »<sup>125</sup> (Roussillon, 2004, p.11)*

Et pour Anaïs, c'est une victoire déjà incroyable d'être à présent capable de rechercher un regard autre, ensuite de plonger son regard dans le regard d'un autre (au sens donné par D. Meltzer de la double interpénétration du regard et de l'émotionnalité

---

<sup>125</sup> ROUSSILLON R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse* (68), 421-439. Paris : Puf.

primitive) (Meltzer, 1975) et de tendre à maintenir dans un temps prolongé ensemble ces regards plongés l'un dans l'autre. Elle, qui pendant des années n'avait pas de regard adressé, fonçant de toute la force de son corps dans des espaces institutionnels qui paraissaient alors sans fond, sans arrière plan.

### ***7.3.4. Intrications : entre sexuel infantile et sexualité génitale***

Il y a dans ces scènes répétées une confusion entre le sexuel infantile et le sexuel génital : celles-ci semblent vécues comme extrême par les soignants qui ne retiennent que le formant du plaisir sexuel génital. Oblitérant dès lors tout processus où les zones érogènes sont les zones de « passage » du dedans vers le dehors et du dehors vers le dedans, des zones d'échanges dedans-dehors ; c'est dans l'échange, dans le passage, qu'elles manifestent leur érogénéité, comme le souligne R. Roussillon :

*« Elles manifestent un double mouvement, du dedans vers le dehors et du dehors vers le dedans, ce qui indique un double mouvement de la pulsion, intériorisation et externalisation (...) Le sexuel infantile dit « prégénital » possède globalement les mêmes caractéristiques érotiques de fonctionnement somatique de la sexualité adulte : une excitation répétée des muqueuses plissées accompagne le passage et l'échange d'un objet »<sup>126</sup> (Roussillon, 2004, p.427)*

#### **7.3.4.1. Érogénéisation et résistances contre-transférentielles**

Le caractère sexuel éprouvé par le groupe des soignants en présence de telles scènes va avoir pour effet de recouvrir totalement les processus auto érotiques en jeu. Le

---

<sup>126</sup> ROUSSILLON R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse* (68), 421-439. Paris : Puf.

« tact » dont parle Ferenczi n'opère pas ici : au contraire, il ne s'agit pas de « sentir avec » mais plutôt de mettre fin au plus vite à ces scènes dégoûtantes. L'exhibition des zones sexuelles vient boucher toute possibilité de « partage esthétique », le regard des soignants en présence dans ces scènes sont fuyants, effrayés, les affects de dégoût et de haine surgissent, l'affect de honte d'être en présence d'autres collègues envahit alors l'espace. Le climat devient moite et épais. Il s'agit alors de le dissiper, comme si quelque chose se rejouait ici, renvoyant à un ballet corporel premier dissonant. La sexualité tellement envahissante de ces scènes renvoie avec force à l'interdit du toucher et induit un arrêt sur image qui va avoir comme effet de fixer et de geler la pensée des soignants, activant leurs agirs. Ils vont tenter alors de recouvrir la scène ou de l'effacer, en expulsant en quelque sorte l'enfant de cet espace intermédiaire de l'institution. Les soignants l'effacent et sont effacés pour l'enfant. Cette scène institutionnelle n'est-elle pas un récit en acte d'un impossible accordage esthétique et émotionnel, qui provoque chez Anaïs cette nécessité vitale de répéter ces scènes ? Alors que l'enfant cherche à être enfin vue, la réponse institutionnelle duplique le rejet primaire, condamnant Anaïs à une infinie répétition. Cette répétition ne correspond-elle pas à une disparition de la figure du « double homosexuel primaire », dans sa fonction de miroir premier ? Et l'enfant disparaît dans ce miroir institutionnel sans reflet, laissant alors seule un sujet émergeant en attente d'échoïsation.

Dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques, l'objectif attendu serait de (re)donner à l'enfant le sac premier de la peau avec l'axe de la colonne vertébrale, pour que des sensations et des émotions y fourmillent et soient repérées comme siennes se transformant à partir de là en sac psychique avec tout son contenu s'organisant de manière suffisamment articulée. Mais la question de la sensualité et du plaisir de la zone corporelle qui se met alors à s'érogéner émerge : le sexe, l'anus, la bouche et la peau. Ces parties du corps se trouvent alors stimulées à partir du travail engagé au sein des cadres-dispositifs des ateliers à médiations thérapeutiques et se mettent alors à exister. L'existence de ces zones rendues sensibles et alors répétée sans doute dans une intention inconsciente d'appropriation mais aussi pour le plaisir ressenti et de manière chaotique, dans le sens d'une stimulation de ces parties du corps dans des espaces non appropriés ou plutôt suffisamment ouverts. Ici, des traces mémorielles d'un corps sensitif et sensuel (re) lancées par l'intermédiaire des ateliers à médiations thérapeutiques restent vivantes et se manifestent sur l'espace d'accueil. Elles mettent en avant le caractère impérieux de la nécessité d'un autre en présence pour pouvoir les interioriser mais pris dans une

intrication entre auto sensualité, sexualité infantile et sexualité, le travail des soignants devient alors difficile, engendrant chez la plupart d'entre eux des mécanismes de défense contre un envahissement de cette intrication pointant du côté de leur contre-transfert ce qui s'en trouve mobiliser tant du côté intrasubjectif que du côté intersubjectif. Nous pourrions émettre ici, l'hypothèse que les manifestations corporelles répétées de ces enfants, insistant soit par frottement ou par le toucher sur certaines zones corporelles érogènes leur permettant de se sentir, sont un indicateur qui marque la bonne évolution du processus soignant contrairement à ce qui est pointé par le groupe de soignants. Mais dans un temps second, comme souligné précédemment, il est primordial qu'un autre soit en présence pour introduire et permettre une différenciation entre ces zones érogènes et leurs fonctions premières, différente mais localisée au même endroit du corps. Il ne s'agit pas alors de stopper ces mouvements mais de les accompagner de manière suffisamment inventive, ce qui est nous le voyons ici antinomique.

Freud indique :

*« La succion- (...) Au début, la satisfaction de la zone érogène fut étroitement liée à l'apaisement de la faim (l'activité sexuelle c'est tout d'abord étayée sur une fonction servant à conserver la vie, dont elle s'est rendue indépendante que plus tard) (...) La propriété érogène semble être particulièrement attachée à certaines parties du corps. Il y a des zones érogènes d'élection, comme nous l'a montré l'exemple de la succion ; mais ce même exemple nous apprend aussi que n'importe quelle région de l'épiderme ou de la muqueuse peut servir de zone érogène, et doit par conséquent posséder certains caractères la rendant propre à cet usage »<sup>127</sup> (Freud, 1905, p.74-77)*

Les pulsions sexuelles prennent appui sur les pulsions d'autoconservation mais aussi

---

<sup>127</sup> FREUD S. (1905). La sexualité infantile. Dans *Trois essais sur la théorie sexuelle* (tr.fr). Paris : Gallimard, 1962.



*« Cette expérience corporelle donne ainsi une première forme aux expériences psychiques qu'elle sert à représenter, à figurer »<sup>128</sup> (Roussillon, 2007, p.33)*

Pour revenir aux ateliers à médiations thérapeutiques, son expérimentation par le cadre-dispositif qu'elle offre permet l'expérience qui est ici d'abord corporelle et sensitive, pour ensuite à partir de tout le mouvement processuel qui se déroule, devenir sensuelle dans le sens de charnel, d'un corps qui non seulement prend forme mais est aussi habité, incarné. Cette incarnation avant qu'elle ne devienne suffisamment solide et assurée va emprunter toute une série d'expériences qui vont se situer en permanence entre intrasubjectivité et intersubjectivité.

---

<sup>128</sup> ROUSSILLON R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson, 2014.

## SYNTHÈSE PARTIE 7

### EMERGENCE D'UNE REPONSE EN CO-CREATION

Le vécu d'échec reconnu par toute l'équipe permet d'envisager à partir de ce constat un rebond, c'est à dire à une amorce de créativité qui va concerner le dispositif analysant et par ricochet le processus soignant. La malléabilité du dispositif analysant sera mise à l'épreuve et un petit groupe de travail émergera. Ce dernier va permettre l'accès à tout un pan des vécus contre-transférentiels et rendra possible l'analyse de vécus inter-transférentiels négatifs, dans lesquels haine et destruction sont à l'œuvre. Elaborer à la fois les vécus transféro-contre-transférentiels et les vécus intertransférentiels en groupe restreint ouvre la possibilité de distinguer et de différencier des éléments fondamentaux des processus de symbolisation, pris dans les rets d'un chaos entre pulsion de mort et pulsions sexuelles.

Le petit groupe de travail est alors comme un espace de transitionnalisation, un espace de traduction entre les mises en scènes corporelles bruyantes des enfants et l'ensemble institutionnel, convoqué à des résistances contre-transférentielles. Le petit groupe de travail dans une fonction métaphorisante permet à l'ensemble institutionnel de se ressaisir de ses vécus contre-transférentiels, en prenant en compte la « constellation transférentielle » (Freud).

Ainsi, c'est un travail de traduction qui peut opérer et l'espace d'accueil, comme les autres lieux de l'institution, peuvent être envisagés comme des espaces sémaphorisants, c'est à dire comme des espaces producteurs de signes. Ainsi les comportements effrayants, les agitations ne peuvent plus être considérés seulement comme des mécanismes de défense mais aussi comme ayant une valeur messagère.

## 8. DESTINS DE LA SENSORIMOTRICITÉ DANS L'INSTITUTION

### 8.1. Nabil et ses répétitions : entre peur de le perdre et désir de le faire disparaître

Anaïs convoque directement à cette question mais Nabil aussi amène cette problématique par ses différentes mises en scène : la fuite des espaces où il se trouve consigné, les cris lorsqu'il se retrouve à table, son encoprésie, les frottements de son sexe sur la moquette tout en se regardant dans le miroir ou son attirance effrénée pour les orteils des autres. Tous ces mouvements se sont déchaînés après quelques années de soin à l'hôpital, des réunions ont lieu entre les différentes institutions qui l'accueille pour parler et parer à ce qui affole et rend fou. Quelque chose de sourd se développe au sein du groupe des soignants, de sourd et de silencieux : rien ne se passe de remarquable, l'équipe insiste sur le caractère factuel des événements dans les espaces officiels de la réunion d'équipe et clinique. Et dans les espaces interstitiels de la régulation et lors de rencontres inopinées dans les couloirs, tout va mal, « le soin ne fonctionne pas », le personnel soignant se sent inefficace et incompetent. Et dans « l'espace d'accueil », ses différentes manifestations provoquent de la colère et de la rage, devant son insistance à les répéter. Pourtant quelque chose a changé : Nabil, dans « l'espace d'accueil », a cessé son alignement forcené des voitures dans lequel il était pris, mais d'autres mises en scène s'amplifient.

Par ailleurs, il amorce des contacts avec les autres enfants en présence mais avec maladresse et une grande violence. Les portes intéressent toujours cet enfant, entre ouverture et fermeture, présence et absence d'un autre à l'intérieur de la pièce qu'il ouvre brusquement. Il a commencé depuis peu à imiter les gestes et les cris émis par les autres enfants et adultes en présence. Il demande aussi à l'adulte de reprendre avec lui le geste observé d'un autre adulte porté vers un autre enfant. Etre porté, bercé, consolé

par l'adulte font à présent partie de ses requêtes. Et dans le même temps, le refus devient un mot souvent utilisé pour caractériser cet enfant : il refuse d'obéir aux consignes à l'école ou chez l'orthophoniste. Durant toutes ces années entre 2009 et 2012, l'enfant grandit, évolue, mais je perçois chez les soignants un détachement dans leurs propos, une difficulté certaine à investir cet enfant. L'immobilité est de mise, marquée par des arrêts répétés des différents espaces de soin dont il bénéficie : par exemple, arrêt de la prise en charge orthophonique et arrêt de la prise en charge psychomotrice, suite au départ des deux soignants.

Nous pouvons faire l'hypothèse ici que ces différents arrêts répétés viendraient en écho avec les arrêts brutaux de libre circulation de l'enfant, alors que ce dernier était alors âgé de 6 mois environ. L'histoire se répète, comme si le cadre-dispositif de soin à l'hôpital de jour venait réactualiser ce qui fait trauma pour cet enfant, sans pour autant lui offrir la possibilité de le traiter. Il semble que l'institution soit en capacité de recréer pour l'enfant une situation douloureuse, en répétant en miroir le comportement des parents en lien avec la situation, sans en modifier la disponibilité et la qualité de présence. Un événement particulier, resté sous silence dans les différents compte-rendus institutionnels s'est déroulé et a pourtant fait grand bruit, aboutissant à une crise et provoquant le départ d'un soignant de l'unité.

Ainsi, un évènement déjà énoncé précédemment surgit au début de l'année 2012, une sortie spectacle au théâtre de la ville est organisée par l'enseignante de la classe de l'hôpital. Elle regroupe des jeunes patients et des soignants des deux unités intra de l'hôpital. A la fin de la représentation, Nabil disparaît et un important dispositif est rapidement mis en place afin de le retrouver. Il est finalement retrouvé au bout d'une heure de recherche.

### *8.1.1. La fuite ou la trouée transférentielle*

La disparition de Nabil à la sortie d'un spectacle sème la terreur au sein du groupe accompagnant et l'alerte rapidement donnée à la police, amplifie le caractère catastrophique de l'événement. Le seul soignant de l'équipe accompagnant le groupe d'enfants lors de cette sortie est un infirmier, arrivé depuis deux années dans l'équipe et en grande difficulté de communication avec le reste de l'équipe soignante. De retour à l'hôpital de jour, ce dernier demande à rencontrer le médecin de l'unité afin de lui relater les événements et aussi de lui parler de son angoisse vécue alors. Lors de cette rencontre avec le pédopsychiatre, il évoque par ailleurs le fait que l'équipe l'ait laissé partir seul avec des soignants d'une autre équipe. Ce dire va faire l'objet de discussions animées et particulièrement tendues lors de plusieurs réunions succédant à cet événement. Le catastrophique lié à la culpabilité semblent faire son œuvre et ouvre dès lors sur un travail de pensée à plusieurs dimensions : d'abord clinique au sujet de Nabil et aussi, institutionnel au sujet de la dynamique de l'équipe et de l'accueil des nouveaux collègues au sein de l'équipe.

Le soignant évoque sa perte de repères au moment où il s'aperçoit avoir lâché la main de Nabil à la sortie du théâtre. Cette disparition semble être vécue comme un trou laissé au creux de la main, un trou qui le plonge alors dans le temps de l'après-coup dans un sentiment d'incompétence, sentiment renforcé par les échanges avec les autres membres de l'équipe en réunion. Cette disparition semble être vécue comme potentiellement mortelle et dans le même temps comme faisant apparaître Nabil à partir de la sensation du trou laissé dans la main du soignant. Une sensation d'engloutissement est alors partagée par plusieurs membres de l'équipe et notamment par la référente du projet de soin de l'enfant, qui dit alors toute la difficulté ressentie pour se faire entendre par les autres membres de l'équipe devant son désespoir à ne pas percevoir d'évolution chez ce jeune patient.

Une répétition semble être ici à l'œuvre, une répétition qui vole en éclats à partir de cet événement spectaculaire et fait alors apparaître tout le négatif qui perlait jusque là au long cours de cette prise en charge, sans pour autant qu'un fil directeur ne s'organise. Un négatif qui se focalise, ici, sur ce soignant, jugé incompétent, incompréhensible dans ses propos et inaccessible pour le reste de l'équipe. Un soignant qui s'efface en

permanence des tâches qu'il aurait à accomplir pour le groupe et l'institution. Un négatif qui peut alors s'exprimer à partir d'une mise en narration du vécu de ce soignant devant le trou laissé par la disparition de Nabil, moment monstrueux, confusionnant où le regard des soignants de cette autre équipe en présence alors vient en renforcer la sensation, une sensation de sa propre disparition. S'impose ici un regard de regards, entre la trouée de la disparition et l'émergence de Nabil.

Comme si dans ce passage par l'acte, Nabil tentait de se rendre remarquable, sur la place publique en analogie avec sa mère désirant qu'il s'efface de la maison au moment du déménagement. Il tente de sortir du mouvement répétitif dans lequel il se trouve enfermé puisque l'équipe soignante dans ce moment de l'après-coup est restée elle, focalisée à garantir sa propre survie groupale. Cette dernière, en effet semble particulièrement marquée par cet événement potentiellement mortelle qui s'est déroulée à l'extérieur de ses locaux. Il s'agit alors de se protéger doublement, et de l'extérieur vécu comme dangereux et de l'intérieur qui le serait tout autant. Quelques semaines plus tard, le soignant « fautif » a été absent pour un long congé maladie, il a ensuite été déclaré inapte au travail, à ce travail, pour finalement quitter son poste et s'engager sur un autre terrain professionnel, auprès des adultes.

## **8.2. Le groupe d'abord**

Le groupe de soignants aurait ici pour ainsi dire « sauvé sa peau », sans avoir la possibilité de saisir le sens clinique d'une telle mise en scène pour Nabil. L'éviction du collègue désigné comme fautif montre la forme de radicalité dans laquelle une institution choisit de se placer, d'une part pour survivre à la mort, d'autre part pour résister contre-transférentiellement, ici, en référence à la clinique de Nabil.

### ***8.2.1. Le retour du discours savant***

C'est la question de l'idéologie institutionnelle qui émerge ici avec un haut degré de savoir des membres de l'équipe au sujet de la psychose infantile et des autismes. Il y a comme une impossibilité ou un non désir de transmettre toutes les connaissances acquises à partir de confrontations, le plus souvent dans un corps à corps direct avec l'enfant. Les éprouvés massifs et violents vécus dans ces rencontres successives avec les patients se transmettent tels quels sans transformation ou alors dans une langue si savante que le néophyte, nouvellement arrivé dans l'équipe, s'en trouve immédiatement exclu. Ce dernier semble rester figé entre la massivité de la violence générée par la clinique et un discours d'expert.

### ***8.2.2. Un féminin totalitaire ?***

Au sein de cette équipe, une femme en particulier dans une fonction infirmière, doyenne de l'équipe, porte ce savoir et semble décider de la manière dont celui-ci va être transmis ou pas, distribué ou pas. Quelqu'un qui, au sein de l'équipe, détient un pouvoir et occupe une place singulière : infirmière, elle possède par exemple un bureau personnel comme chacun des cadres de l'équipe (pédopsychiatre, cadre de santé, psychologue), alors que les autres membres de l'équipe partagent une salle commune dite de soins. Ses horaires sont par ailleurs différents de ceux de ses collègues. Elle est dans une place d'exception et les soins apportés aux enfants semblent dépendre de son adhésion quant aux propositions émises par ses collègues. Elle est par ailleurs la porteuse officielle de l'histoire institutionnelle grâce à sa mémoire réputée infallible par le pédopsychiatre. C'est donc la figure emblématique de l'institution : porteuse de l'idéal soignant dans une maîtrise du savoir et des affects.

Cette place singulière vient interroger la fonction du féminin dans un ensemble institutionnel accueillant des enfants psychotiques et autistes, avec le risque d'une réification de la place du maternel et de son emprise dans ce type de clinique. Le risque est patent mais comment problématiser à partir de cette place et penser en groupe cliniquement ?

La figure du féminin tout entier et tout puissant qui se montre ici semble vouloir indiquer une infailibilité totale du côté de l'institution, elle vient se placer dans une « fonction miroir du visage maternel » (Winnicott) pleine et entièrement satisfaisante contrairement à l'hypothèse établie d'un défaut dans la rencontre première de l'enfant avec la mère qui induit chez le bébé « *une déception narcissique primaire* » (Roussillon, 2015)

Par ailleurs, la place du référent du projet de soin de l'enfant peut être évoquée dans sa fonction au départ de liaison qui lui est dévolue dans le sens de nouer ensemble les différents formants du soin, notamment à l'occasion de la réunion clinique. Tout va donc s'organiser à partir de cette figure institutionnelle dont il est attendu du liant. L'enjeu narcissique est alors essentiel et va venir organiser la dynamique des relations intersubjectives dans le cadre de la réunion et la circulation de la parole va alors en dépendre. Au final, souvent, la chaîne associative groupale reste comme collée à l'actuel et en résonance directe avec la qualité des liens organisée entre les soignants et le référent du projet de soin de l'enfant. L'investissement de ce dernier par l'ensemble de l'équipe soignante semble en dépendre. La réunion clinique va s'organiser à partir de ce couple référent du projet de soin de l'enfant et du médecin. La qualité de la circulation de la parole va en dépendre, le couple fonctionnant dans une toute puissance décidant de la valeur clinique des éléments apportés par les autres soignants et de la pertinence de leur pensée.

Plusieurs autres directions peuvent s'ouvrir, par exemple : le rapport de l'institution à/avec l'extérieur, la question de l'étranger et de l'étrangeté avec pour point central la violence. En sachant pertinemment que certains questionnements ne pourront jamais émerger au risque de faire exploser l'institution, dans le sens du pacte dénégatif et aussi que des alliances inconscientes (R. Kaës) barrent la route à cette émergence potentielle. Et pour reprendre R. Kaës, comment dénouer à cet endroit les alliances



inconscientes défensives et pathogènes dans l'intention d'assurer une circulation plus libre de la parole clinique ?

À l'endroit de l'éviction de cet infirmier, il a été possible de questionner la place singulière de ce dernier dans le transgénérationnel de l'institution et du lien singulier établi avec cette infirmière, doyenne de l'institution. Mais pour autant c'est la partie projective liée à son incompetence qui a été mise en avant par cette dernière, justifiant la méfiance permanente déployée à son sujet et finalement son éjection. Une face non suffisamment élaborée et métabolisée qui va, nous le verrons, induire une répétition avec le même enfant mais avec une soignante différente, remplaçante du collègue reclassé. Nous rencontrons ici une métaphorisation institutionnelle de l'impossible intégration du clivé.

### ***8.2.3. Une répétition du mortifère***

Quelques mois plus tard, toujours hors les murs de l'hôpital de jour, une scène se répète : dans le cadre de l'atelier poney auquel participe Nabil, l'absence d'un des soignants oblige à annuler cet atelier à médiation thérapeutique. Généralement, lors de l'annulation d'un atelier, le groupe d'enfants reste sur « l'espace d'accueil » qui représente l'espace de permanence institutionnelle mais cette fois, les soignants présents, responsables de l'atelier, décident de faire une promenade aux alentours des locaux. Ils s'engagent sur la route et très rapidement, Nabil va se mettre à courir, obligeant une soignante, nouvellement arrivée dans l'équipe, à le poursuivre tout en essayant -dit-elle dans l'après-coup- de trouver une allure suffisamment distancée afin de le rattraper en toute sécurité.

Dans cette course, elle « s'est sentie se perdre avec lui » avec la perception d'une grande solitude « comme happée par l'air environnant ». La semaine suivante, en arrêt maladie, cette jeune infirmière fait parler d'elle : les autres membres de l'équipe commencent en son absence à se questionner au sujet de cette répétition institutionnelle et aussi, en arrière-fond à s'interroger au sujet de la compétence de cette dernière à

travailler avec des enfants présentant de graves difficultés psychiques, elle qui vient d'un service de somatique pour adultes. À son retour, dans le cadre d'une réunion clinique, le questionnement se poursuit et met à jour, ce moment de confusion, singulier, dont le récit peut alors être entendu par le groupe de soignants comme l'hypothèse d'une tentative désespérée de la part de Nabil pour se faire entendre ou voir à l'ensemble institutionnel ses agirs sous un angle différent, celui peut-être dans la répétition d'une scène en quête de sens. Dans le fil associatif, une autre soignante déploie le sentiment de grande difficulté dans lequel elle se trouve plongée avec cet enfant. Il s'agit de l'atelier piscine en eau chaude. Un symptôme se répète et envahit cet espace de soin : il s'agit des selles de Nabil qui semblent recouvrir et engloutir l'ensemble de l'espace piscine et la soignante elle-même. Devant cette sensation d'étouffement potentielle, une question surgit, il s'agit de décider de mettre un terme ou pas à ce travail mené par deux soignantes. Le débat dans le cadre de la réunion clinique est lancé sans pour autant aboutir.

### **8.3. Une écoute à double formant : institutionnelle et clinique**

#### ***8.3.1. Rebond institutionnel***

Par ailleurs, chacun des soignants est informé d'un élément qui restera tu, à savoir les relations particulièrement conflictuelles de ces deux soignantes, qui se déploient depuis le début dans ce cadre de soin. Dans ce cadre aussi, il est question de succession de soignants suite au départ d'une collègue à la retraite. Nous nous retrouvons à nouveau dans cette double dimension : clinique et institutionnelle, dans une intrication telle que nous pouvons penser qu'il est important de penser cette dernière comme un appareillage de soin fonctionnant comme

« un polytope, un multiple à plusieurs espaces hétérogènes qu'elle tient ensemble de manière inextricable. La multiplicité des niveaux logiques, des économies et des dynamiques qui s'y développent produit différents effets »<sup>129</sup> (Kaës, 2000, p.15)

Arrière-plan institutionnel et tâche primaire sont intriqués, cadres et processus interfèrent en permanence, un fait clinique devenant révélateur d'une discordance institutionnelle et une discordance institutionnelle peut à d'autres moments mettre à jour un effet de transfert. Non seulement ces intrications vont mettre à jour les effets de transfert, mais surtout elles vont permettre de faire émerger les mouvements transférentiels à partir d'une écoute du contre-transfert de la clinique institutionnelle d'abord. Ce contre-transfert institutionnel va émerger dans un premier temps dans les interstices de l'institution, comme une rumeur ondoyante, où tour à tour, tous les collègues vont devenir support de projection. L'essentiel se résume à écouter cette rumeur pour ce qu'elle dans un premier temps et dans le temps de l'après-coup être en possibilité de la relier à la clinique ou/et à la clinique institutionnelle. C'est la position de l'écart qui permet cela, la position du psychologue que j'occupe au sein de l'institution.

Entre les deux soignantes, un conflit autour de la légitimité et de la compétence est en jeu entre le soin et l'éducatif : utiliser l'eau comme une médiation à visée thérapeutique ou apprendre à nager ? Apprendre à Nabil à devenir propre ou émettre des hypothèses à partir de ses selles comme symptôme. Un clivage apparaît ici : ne pourrait-on pas l'envisager comme le retour du clivé de la mère sur son enfant, Nabil ?

---

<sup>129</sup> KAËS R. (Eds) (1987). *L'institution et les institutions*. Paris : Dunod, 2003.

### *8.3.2. Rebond clinique*

Le rebond institutionnel fait écho au rebond clinique ramenant sur la scène Nabil avec cette fuite en avant et la soignante lui courant après, dans une terreur de le voir disparaître. Et l'atelier piscine en eau chaude où deux parties clivées, représentées par les deux soignantes se mettent en scène. C'est la question du un, deux et trois qui affleure dans le sens de trois espaces psychiques suffisamment différenciés et en communication avec l'apparition de la psychomotricienne invitée comme troisième soignante dans cet atelier piscine en eau chaude. Cette dernière, nouvellement arrivée dans l'équipe, a donné son accord et s'aperçoit rapidement dans la pratique des enjeux massifs narcissiques qui traversent les deux autres soignantes. Elle dit se sentir submergée par la violence de leurs propos respectifs au sujet des positions à tenir vis à vis de « Nabil et de son caca ». Elle propose alors de reprendre et de déplier, suite à une réunion d'équipe (donc en grand groupe) avec ses deux collègues, l'histoire et la mise en place de cet atelier dans le temps de l'institution et du déroulé de ce soin singulier en terme de processus pour Nabil. Elles s'engagent toutes les trois à venir rendre compte au fur et à mesure de l'avancée de ce déroulé historique au grand groupe. Dans le temps de l'après-coup, je m'apercevrai que ce travail en petit groupe va devenir central dans la clinique de Nabil. Ainsi, l'évocation du dépliement du cadre-dispositif de cet atelier à médiation thérapeutique « piscine en eau chaude » va permettre au grand groupe de se rendre plus attentif au déploiement de la dynamique transféro-contre-transférentielle concernant Nabil.

Se met alors à jour une question qui semble centrale, celle de la répétition d'un conflit qui dure depuis la mise en place de cet atelier à médiation thérapeutique jusqu'alors tue au sujet de la prise en charge de cet enfant, entre les deux soignantes et plus précisément de ses fèces, hors et dans la piscine. Une contamination permanente semble potentiellement envisageable et dangereuse, celle de l'eau, du lieu et des personnes l'accompagnant. Il est important de savoir que cet atelier se déroule dans un lieu hors de l'hôpital de jour mais dans l'enceinte de l'établissement : un espace qui reçoit un public varié avec des femmes enceintes qui préparent leur accouchement, des personnes handicapées en rééducation. Une analogie émerge dans le fil associatif groupal au sujet de ce conflit sourd et persistant, celle du bruit et de l'ébrulement. En

effet, un souvenir revient à la mémoire groupale, issue des toutes premières rencontres des trois cadres de l'institution avec la famille, par mon biais. En effet, les parents ont alors évoqué, un temps singulier, inducteur d'un changement radical dans le développement de Nabil. Cette famille venait d'emménager dans un appartement situé à l'étage d'un immeuble et à cette époque, la mère originaire d'Algérie n'était pas en possession des papiers nécessaires lui donnant l'autorisation de rester sur le territoire français. Il s'agissait alors de ne pas se faire remarquer par l'environnement. Aussi, lorsqu'une voisine s'est plainte à la mère de Nabil du trop de bruit en provenance de leur appartement la gênant dans son quotidien, cette dernière a immédiatement identifié ces bruits comme étant produits par Nabil, alors âgé de quelques mois. Il se déplaçait en trotteur et immédiatement la décision parentale était prise, celle d'utiliser un parc avec un minimum de jouets plutôt que de permettre à l'enfant de continuer selon son gré l'exploration du territoire familial. Comme si le trotteur lui avait été arraché, stoppant net deux formants d'un même ensemble : faire l'expérience de l'autonomie dans ses déplacements tout en étant soutenu, physiquement par le trotteur. Un fond qui, par ailleurs, lui permettait de faire l'expérience d'un éprouvé corporel, d'ouverture et de fermeture et d'enveloppement du bas de son corps entre sexe et anus grâce à sa couche. Une disparition du trotteur comme un arrachement qui laisse le derrière et le sexe de Nabil comme ouverts, sans autre possibilité pour lui de maîtrise du bas de son corps.

Jusqu'alors, j'entendais dans la succession dans le temps des différentes réunions consacrées à Nabil comme une immuabilité, un processus en panne qui, confronté à une répétition, ne parvient pas à se transformer. En plus de ses fuites répétées qui mettent potentiellement en danger l'enfant lui-même et l'équipe, le cri ou plutôt les cris de Nabil se propagent dans toute l'institution. Ce qui a pour effet de le rendre encore plus insupportable aux yeux de l'équipe. Il faudrait le faire taire. Je perçois un sentiment d'aversion pour l'équipe qui, me semble-t-il, ne prête pas à cet enfant une attention suffisante. Elle serait même devenue insensible à sa souffrance. Cette insensibilité voire cette haine ne serait-elle pas renforcée par la place occupée de sa référente de projet de soin au sein de l'équipe ? Cette dernière serait jugée incompétente par certains de ses collègues puisque sans aucune formation acquise en pédopsychiatrie. Une rivalité sourde et indicible semble jalonner le parcours de cet enfant dans l'institution. Les soignants de chacun des ateliers dont bénéficie Nabil ne semblent pas travailler ensemble mais plutôt de manière cloisonnée : chacun avec son savoir au sujet de

l'enfant. Je fais alors la proposition de mettre pour la seconde fois un petit groupe de travail en place, à partir de l'évocation des cris persistants et envahissants de Nabil sur l'espace d'accueil. Ces derniers sont vécus comme un signe de mal-être de cet enfant devenu insupportable pour le groupe des soignants, mis en échec devant leurs tentatives répétées pour faire disparaître les manifestations de l'enfant.

Ce petit groupe de travail s'organise sur la base du volontariat de quelques soignants dont la référente du projet de soin de l'enfant avec l'idée de se focaliser sur le déploiement de la relation transféro-contre-transférentielle dans son ensemble avec une attention particulière pour le ballet des déplacements et les mises en scène de Nabil sur l'espace d'accueil.

#### **8.4. Convocation de la figure du double en groupe : un double kaleïdoscopique**

À partir de l'expérience des petits groupes de travail et pour ses participants, « l'espace d'accueil » prend une valeur autre et devient reconnu comme un lieu potentiel de dépôt du négatif et du mortifère en attente de liaison. Ce travail en petit groupe est un cadre-dispositif supplémentaire et labile proposé à partir d'une réunion clinique prise dans une dimension trop répétitive et enclose. Les vécus contre-transférentiels et intertransférentiels sont au cœur de ce dispositif analysant labile et la dynamique enclenchée dans son processus d'élaboration se place du côté d'une intimité qui a pour effet de favoriser des processus associatifs alors moins soumis à des enjeux narcissiques. Ce petit groupe de travail comme un appendice institutionnel devient attracteur des agirs se déployant dans « l'espace d'accueil » qui ne trouvaient jusque là aucun objet en présence. En somme, tel un tableau pointilliste composé de points de contact en morceaux et qui ne parviennent pas à donner une forme suffisamment reconnaissable parce que vides de sens donc de boucle retour. Plaisir et jeu sont ici abolis de ce tableau, ce qui est vécu et rapporté se place essentiellement du côté de la douleur, de la

destructivité et de la mort. Ce qui se déploie à cet endroit laisse supputer la répétition de l'absence de l'objet sur la scène transférentielle du cadre. Ainsi, dans un temps premier, le dispositif du petit groupe de travail sollicite les soignants en présence dans une remise en jeu des problématiques non seulement de confusion et d'indifférenciation premières des jeunes patients mais aussi de la symbolisation de la présence mises en scène dans « l'espace d'accueil ». La question de la symbolisation primaire est au centre de ce déploiement, il s'agit de prendre en compte les expériences primitives liées aux corps et aux sensations, à partir desquelles les participants au petit groupe de travail tentent de percevoir la dimension latente de ce manifeste si bruyant et si douloureux. L'originalité de ce petit groupe de travail labile permet de percevoir dans le temps de l'après-coup du changement de position des soignants participants : en effet, lorsque ces derniers se retrouvent dans « l'espace d'accueil », ils deviennent alors des observateurs de leur propre contre-transfert corporel où viennent se loger des éprouvés des éléments corporels archaïques. Ils se rendent plus attentifs à leur positionnement et aux liens qui s'établissent tant avec les jeunes patients qu'avec leurs collègues en présence. Ce changement de position est induit par le cadre même du petit groupe dans ce qui est attendu : il indique l'importance accordée à la mise en récit des scènes déployées dans « l'espace d'accueil » à partir des vécus contre-transférentiels. Le soignant participant au petit groupe de travail est donc mis dans une double place : celle de témoin de la scène à raconter et celle d'acteur de cette même scène. Ce re-positionnement va induire un re-positionnement du corps du soignant dans son interaction mimo-gesto-posturale avec l'enfant. S'observer observer, oblige le soignant observateur à investir une position de dedans/dehors qui ouvre alors vers une dissymétrie et le décolle de la confusion des corps et des places, sans pour autant en exclure un retour potentiel de cette confusion. Le soignant observateur, en se plaçant comme un objet autre-sujet regardant l'autre et se regardant lui-même, reconnaît alors l'enfant comme un sujet inscrit dans une associativité sensori-motrice. Un écart se construit de la place du soignant, une distinction semble se déployer et à partir de là une interrogation se fait jour : est-il envisageable de penser à l'émergence d'un double institutionnel suturant, en partant d'« une position symbiotique » (Ciccone, 1991) Assertion sur laquelle je reviendrai un peu plus tard.

Winnicott parle de « préoccupation maternelle primaire » pour décrire

« un état organisé (...) qui pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde, au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus »<sup>130</sup> (Winnicott, 1956, p.287)

L'auteur met en évidence la portée élémentaire de cet « état » dans la construction des fondements du Moi du bébé. L'environnement maternel doit garantir les illusions indispensables tout en épargnant le nourrisson des désillusions brutales et faciliter un désillusionnement progressif. En protégeant ainsi le narcissisme de l'enfant, l'environnement maternel assure le bon développement de ce dernier. Pour ce faire, expériences transitionnelles, autoérotismes et travail du jeu auront à être préservés. R. Roussillon note

« Le lien premier n'est pas « donné », sa forme non plus, même si comme le dit W. Bion, ils sont sans doute « préconçus ». La clinique des échecs de la mise en place du « maternel » primaire ne laisse guère de doute sur ce point, et la question de son établissement, celle de sa construction puis de son organisation se posent successivement aux deux partenaires. Si la dépendance première est objective, la manière dont elle va être tolérée et appréhendée, c'est à dire subjectivement vécue par le bébé, va dépendre étroitement de la manière dont le lien primordial va se construire, et en particulier de la qualité du plaisir qu'il va contribuer à organiser »<sup>131</sup> (Roussillon, 2004, p.429)

La qualité du lien et des interactions établies entre l'enfant et son environnement est primordiale dans l'accès à la subjectivité avec, en étau, le partage de plaisir. L'auteur propose de nommer le « fond » de cette relation première à la mère « homosexuel primaire » ou « homosensuel primaire ». Il souligne

---

<sup>130</sup> WINNICOTT D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (pp. 168-174), (tr.fr.). Paris : Payot, 1969.

<sup>131</sup> ROUSSILLON R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse* (68), 421- 439. Paris : Puf.



*« Le plaisir du bébé est pris dans le « ballet » de la rencontre avec un autre semblable, un double, un autre perçu dans son mouvement du miroir de soi. Un « double » est un autre même, c'est un semblable, un miroir de soi, mais c'est un autre, il n'y a pas de confusion entre soi et le double. Un double doit être suffisamment « même » pour être un double de soi, mais il doit être suffisamment « autre » pour ne pas être soi-même »<sup>132</sup> (Roussillon, 2004, p.430)*

« Etre suffisamment « autre » » telle serait une des conditions premières requises qui permet d'assurer la fonction de « double ». Cet écart, si minime soit-il, garantit alors le déploiement du processus : ceci ramène à la clinique où la question de l'écart s'inscrivant à l'intérieur du soignant grâce au travail d'observation induit par le travail du petit groupe a été précédemment souligné. Il offre alors la possibilité de rendre plus sensible et plus conscient tout d'abord qu'un ballet corporel se met en scène et que dans un second temps, il inclue tout un travail d'ajustement corporel. Le soignant prend alors conscience de la chorégraphie dont il était jusqu'alors partie prenante à son insu, ce qui avait pour effet de restreindre les possibilités d'ajustement. En ce sens, il ne s'agit pas de se coller au corps de l'enfant, mais d'être plus conscient que quelque chose se passe entre l'enfant et lui et ainsi, pouvoir mettre en récit dans le temps de l'après-coup du petit groupe de travail ses éprouvés contre-transférentiels essentiellement corporels. Faire part des éprouvés du « partage esthétique » qui est

*« Le niveau premier et le plus fondamental, celui qui conditionne l'investissement libidinal premier du corps du bébé »<sup>133</sup> (Roussillon, 2007, p.63)*

Permet grâce au temps de l'après-coup d'élaborer ses vécus contre-transférentiels corporels ce qui va induire une qualité d'écoute différente : un dialogue corporel s'établit à partir de là, autrement. Dans le cadre des processus de soin à plusieurs, il va s'établir dans une configuration singulière.

---

<sup>132</sup> Ibid

<sup>133</sup> ROUSSILLON R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy-les moulineaux : Elsevier Masson, 2014.

Cette qualité réflexive opère grâce aux effets de relance de la pensée groupale des soignants en petit groupe de travail ; ces derniers, suffisamment rassurés par leurs capacités transformatrices, après avoir traversé la peur d'être détruits par l'effroi des mises en scènes d'Anaïs et aussi de ne pas la détruire, fonctionne alors comme une enveloppe première. À partir de ces mises en scène extrêmes, Anaïs co-participe de manière active avec la groupalité des soignants à l'émergence d'une figure du double « toile de fond de tout fait psychique, et par là, précurseur indispensable pour l'accession à l'altérité », là où le groupe des soignants n'aurait été jusqu'alors, qu'une ombre groupale ; et plus précisément, ici, dans le cadre de soins à plusieurs, une figure du double kaleïdoscopique apparaît et d'abord, un double homosexuel primaire kaleïdoscopique.

## **8.5. Un double kaleïdoscopique ou l'émergence du processus transférentiel**

L'angoisse d'être détruit, ressenti par le groupe des soignants les oblige à tenter l'arrêt systématique de ces mises en scène provoqués par Anaïs et le moment chimérique décrit plus avant, ne peut alors opérer dans la mesure où ces soignants se trouvent alors être trop aux prises avec leurs propres résistances contre-transférentielles. Le petit groupe de travail permet alors d'insister et de revenir sur ce sujet grâce à l'atmosphère intime qui se dégage alors : le caractère sexuel des attouchements d'Anaïs sur son corps renvoie à la question de la masturbation, à la nécessaire intimité que lui permettrait alors d'accéder son corps dénudé. La satisfaction sexuelle envisagée par le groupe dans ces scènes induit une gêne et une honte de la part des soignants et vient oblitérer l'accès au primaire évoqué depuis le début de ce travail.

Sans pour autant annuler cette question de la satisfaction sexuelle mais aussi de séduction de sa part, travailler en petit groupe offre la possibilité d'aborder ces résistances contre-transférentielles qui relèvent d'une grande intimité et par ricochet,

dans un temps second, au groupe de soignants tout entier de supporter un peu mieux, la situation et d'accompagner cette enfant avec en tête ce double formant, entre pulsion sexuelle et symbolisation primaire. R. Roussillon nous indique

*« Le corps « raconte », la gestuelle est « narrative », il raconte l'histoire de l'expérience subjective, parfois, il raconte, ce que la voix ne peut dire, ce que le sujet ne peut formuler. Il montre ce que le sujet ne vit pas de lui-même, fait sentir ce qu'il ne sent pas ou mal, il fait sentir ce que le sujet ne peut pas voir ou sentir de lui, ce qu'il ne peut signifier de lui, ce qui est clivé de la conscience réflexive, ce qui ne lui a jamais été reflété lors de la conversation première »<sup>134</sup> (Roussillon, 2008, p.75)*

Devant les manifestations « crues » de cette enfant, « l'idée serait de soulever le rideau pour aller voir ce qui se passe derrière », afin de ne pas rester coller à l'image première de cette enfant aux prises dans des manifestations à la limite du sexuel, au moins pour celui qui en est témoin.

Ceci ramène à la pensée tout le travail déployé par Ferenczi dans un article intitulé « L'élasticité de la technique analytique » où il souligne que la notion de « tact », fondamental dans le travail avec le patient, signifie avant tout « sentir avec » ; ici, les affects de l'analyste sont primordiaux et dans le même temps il s'agit d'une oscillation perpétuelle entre « sentir avec », auto observation et activité de jugement. » Ce qui, à partir de là, convoque le soignant à ses propres capacités auto-réflexives, ainsi que le groupe tout entier de soignants dans l'institution.

---

<sup>134</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.

## 8.6. Intersubjectivité, constellation intersubjective et double

C'est la question de l'intersubjectivité qui revient au centre de notre réflexion, elle parle de

*« La rencontre d'un sujet, animé de pulsions et d'une vie psychique inconsciente, avec un objet, qui est aussi un autre-sujet et qui lui aussi est animé par une vie pulsionnelle dont une partie est inconsciente »<sup>135</sup> (Roussillon, 2008, p.2)*

Le petit groupe de travail a révélé cette notion centrale dans le processus à l'œuvre, dans le cadre du soin à plusieurs. En effet, en dehors des espaces de soin où le transfert est indiqué, je fais référence ici aux différents ateliers à médiations thérapeutiques, aucun lien en groupe ne pouvait être fait au sujet de la force des liens intersubjectifs dans sa potentialité à lier psychiquement ce qui peut se « dire » dans un langage en-deçà de la parole à savoir le langage mimo-gesto-postural, tant le groupe de soignant est préoccupé essentiellement par sa propre vie affective donc particulièrement inattentive aux liens intersubjectifs se déployant avec les enfants en présence. De ce fait, il n'y a aucune prise en compte des amorces de liens et des tentatives déployées par l'enfant dans « l'espace d'accueil » pour entrer en contact sauf à les envisager comme venant troubler la bonne marche de la groupalité. Nous avons fait précédemment, à cet endroit l'hypothèse de l'émergence des résistances contre-transférentielles face aux enjeux narcissiques dont les soignants sont l'objet : des soignants se retrouvent ensemble avec une vie affective intense où « pactes dénégatifs » (Kaës), « communauté de déni » (Fain) et « clivage partagé, forclusion commune, pacte dénégatoire » (Roussillon) sont à l'œuvre et viennent impacter de plein fouet ces amorces de liaisons intersubjectives. Les conditions de liaison potentielle pourtant réunies dans cet espace se trouvent alors être réduites voire annulées, induisant chez l'enfant une amplification du geste ou du cri, cette dernière ne parvenant pas à rencontrer un objet autre-sujet en capacité de la

---

<sup>135</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Puf.

recevoir. R. Roussillon indique

*« on ne peut plus penser la pulsion et son devenir psychique sans prendre en compte la manière dont elle est reçue, accueillie ou rejetée par l'objet qu'elle vise, on ne peut plus penser la pulsion comme un simple impératif de décharge sans prendre en considération le « message » subjectif qu'elle porte et transmet »*<sup>136</sup> (Roussillon, 2008, p.4)

Ainsi, le geste ou le cri de l'enfant s'amplifie jusqu'au sentiment d'envahissement et d'engloutissement ressenti par le groupe de soignants. Cet enfant est alors comme pris dans une boucle sans retour qui ne trouve pas une fois de plus un objet autre-sujet. De tels mouvements pulsionnels sont réprimés par les soignants dans la mesure où leur valeur messagère et intersubjective n'est pas reconnue comme telle. En arrière-plan, ce qui semble être ignoré par ces derniers ou inenvisageable, c'est la question du déploiement des mouvements transférentiels sur toute l'institution. À partir de là, les mouvements corporels, les agirs des enfants ne peuvent être envisagés que du côté de leur aspect uniquement « évacuateur ».

Dans le long tissage temporel du petit groupe de travail, le transfert prend une valeur autre et il devient envisageable, au fil des semaines, de le considérer comme n'étant pas uniquement circonscrit aux ateliers à médiations thérapeutiques mais se déployant sous des formes inconnues ou méconnaissables sur l'ensemble institutionnel. Mouvements transférentiels et pulsions trouvent alors un espace de pensée en petit groupe, il devient possible d'imaginer les mouvements corporels d'un enfant dans « l'espace d'accueil » comme ayant une valeur messagère et soit adressée à un autre-sujet dans le cadre de cet espace. En somme, la pulsion commence à avoir un destin et une intentionnalité et les vécus contre-transférentiels « en réponse » se font jour. R. Roussillon note

---

<sup>136</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Puf.

*« Freud a toujours souligné que l'un des vecteurs essentiels de la pulsion était sa force de représentance, c'est d'ailleurs par le biais de celle-ci qu'elle se fait connaître. Représentant psychique de la pulsion, Représentant-affect, représentant-représentation de mot et de chose, confèrent aux formes de manifestations de la pulsion la valeur de « messages » « présentés » et « représentés ». Cet aspect de la vie pulsionnelle est généralement abordé dans sa composante intrapsychique, la pulsion « exige » un travail psychique de représentance, mais ce qui vaut de la relation du sujet à lui-même vaut tout autant dans la rencontre et l'adresse à l'autre »<sup>137</sup> (Roussillon, 2008, p.7)*

Les membres du petit groupe de travail, par le biais de son regard méta, envisage différemment le transfert et commence alors à considérer sous un angle plus complexe ce qui se déroule dans « l'espace d'accueil ». Ce regard du petit groupe sur « l'espace d'accueil » met chaque membre le constituant dans une position d'observateur, le convoquant dès lors à se voir aussi faire et agir tout en regardant les autres. En ce sens, à ma grande surprise, cela vient profondément modifier tant le lien intrasubjectif que le lien intersubjectif de chacun en révélant alors son vécu contre-transférentiel de l'ensemble de la situation institutionnelle qui comprend les enfants et les adultes en présence y compris le participant au petit groupe de travail lui-même. L'intimité convoquée dans le petit groupe de travail incite à l'élaboration à partir de ces « véritables » vécus contre-transférentiels et voir surgir des affects de haine ou de rejet effraie au tout début jusqu'à saisir que ces derniers sont aussi constitutifs du lien et ne vont pas avoir comme effet de forcément détruire l'autre ou d'être soi-même détruit. Prendre conscience et prendre en compte la valeur messagère de la pulsion permet de se considérer comme un « objet autre-sujet » auquel cela est adressé et qui répond tant en ignorant le message qu'en y répondant intentionnellement : le lien devient intersubjectif, il s'organise alors dans un rapport d'intersubjectivité. En ce sens, les corps en présence dans « l'espace d'accueil » s'organisent à partir de là dans un ensemble qui communique en deca de la parole dans un corps de ballet en mouvement qui devient plus intelligible, peut être à présent pensés et « réfléchis ».

---

<sup>137</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Puf.

*« Dans son processus de représentation, la pulsion vectorise les mouvements vers l'autre, elle porte et impulse des signifiants qui sont autant de messages « pour » le sujet qui lui permettent de (se) sentir de (se) voir ou de (s') entendre, que des messages pour l'autre sujet qui communiquent à celui-ci les différents niveaux et formes »<sup>138</sup> (Roussillon, 2008, p.16)*

Cette question de l'intersubjectivité au centre du travail dans le soin institutionnel avec des enfants psychotiques et autistes donc à plusieurs prend corps ici de manière plus manifeste dans toute sa dimension y compris sexuelle. Référence est faite ici au sexuel archaïque, qui se différencie du sexuel infantile. En effet, dans le registre du sexuel archaïque, c'est la différenciation du Moi et du non-Moi qui se trouve être convoquée.

## **8.7. Du petit groupe au grand groupe et vice-versa : une transitionnalité vers un éprouvé contre-transférentiel partageable et partagé**

Le petit groupe s'est organisé à partir d'une ouverture de la parole groupale au sujet de la situation clinique d'Anaïs, alors en impasse. Cette proposition s'est faite à partir de mon ressenti contre-transférentiel lors de la réunion clinique, révélatrice des importantes difficultés rencontrées par l'équipe où la question de la haine et du meurtre me semblait à l'œuvre. Il s'agissait de faire disparaître Anaïs du tableau institutionnel. Il semblait alors important de laisser plus de place au déploiement de cette question qui s'ouvrait alors timidement mais avec une grande force. Les affects de honte et de gêne par ailleurs, diffus, demandaient à être explorés de manière plus approfondie. Le grand groupe dans sa dimension « totalitaire » au sens de pensée totalitaire semblait vouloir

---

<sup>138</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le je et l'entre-je(u)*. Paris : Puf.

imposer à nouveau le silence par un épuisement du processus associatif. Le silence s'installait à nouveau pour bifurquer sur d'autres chaînes associatives qui prenaient en compte la dimension familiale dans sa réalité et son incapacité à soutenir cette enfant. Cette proposition du petit groupe de travail est émise dans l'intention de mettre au travail ce qui était en train de s'inscrire uniquement du côté du spectaculaire et ainsi, il s'agissait de tenter une exploration plus en profondeur des affects convoqués contre-transférentiellement dans le groupe des soignants.

### ***8.7.1. Contre-transfert négatif et prise en compte du corps***

La liberté d'engagement dans ce travail de groupe semble essentielle, dans la mesure où les soignants savent implicitement que la dynamique de ce groupe est basée sur le contre-transfert négatif de chacun, au vu des vécus d'affects violents déployés dans les différents espaces de réunions institutionnelles. Par ailleurs, la question du corps est ici centrale et engage chaque soignant tant dans le rapport à son propre corps qu'à celui de l'enfant. Dans le grand groupe, en fond, l'interdit du toucher vient certainement oblitérer une partie de l'analyse essentielle du matériel clinique, qui vient se déployer dans cette clinique singulière avec les enfants psychotiques et autistes. Les forts enjeux narcissiques dans la prise de parole en groupe empêchent souvent d'aborder les vécus contre-transférentiels de cet ordre. Le petit groupe de travail n'y a pas échappé mais à plusieurs reprises, la mise au travail à partir de textes a fait office de médiation entre une pratique directe et une pratique livresque. Notamment, un texte de L. Khan, intitulé « toi, l'aime nue » a permis d'aborder la question de la nudité des enfants en psychothérapie et du sens et de la place que peut prendre le corps dans un travail de soin.



### *8.7.2. Expérience de co-thérapie : un accès à l'associativité sensori-motrice*

Par ailleurs, mon expérience personnelle de co-animation avec deux autres collègues, orthophoniste et psychomotricienne, dans le cadre d'un groupe ouvert à des enfants autistes et psychotiques dans une fonction d'observateur-écrivain, m'a permis de prendre conscience et de me sensibiliser à l'organisation de chaînes associatives sensori-motrices chez ces enfants. Ce groupe se déroule deux fois par semaine et reçoit au maximum quatre enfants pour trois co-thérapeutes.

À partir de mon observation participante, je note que les jeunes patients organisent leurs trajets d'abord individuels, la plupart du temps, sans regard adressé, paraissent dus au hasard, dans une certaine errance c'est-à-dire sans but. Ces derniers semblent, après un certain nombre de séances, se baliser à partir d'un objet sur lequel souvent l'enfant se cogne (objet la plupart du temps déjà investi par un autre enfant qui le précède dans l'histoire du groupe) au « hasard » de son parcours. À partir de cette étape, à savoir la rencontre avec un objet, la construction de la déambulation se fait plus lisible, ou du moins, l'objet en circulation, devient l'objet de mon attention. Je remarque que ce dernier devient un objet d'attachement qui est retrouvé lors de chaque séance pour se transformer dans un temps second et devenir un objet de commerce entre les différents enfants sans adresse de regard direct. Cet objet élu devient un objet lié à l'enfant, grâce à l'attention soutenue des co-thérapeutes et de ma place particulière, gardien des boîtes individuelles où chaque objet est alors différencié. À la fin de la séance, l'enfant veut garder l'objet élu et l'emporter avec lui, alors, une boîte à son nom permet de le conserver jusqu'à la séance suivante. L'enfant va au bout d'un certain temps, repérer la boîte où se trouve son objet élu qu'il va alors retrouver d'une séance sur l'autre. De ma place particulière de gardien des boîtes individuelles où chaque objet est alors différencié, reconnu comme investi singulièrement par un enfant, chaque co-thérapeute insiste en théâtralisant au sujet de la boîte qui appartient à l'enfant et où se trouve l'objet ou les objets élus qui se succèdent dans le temps. Ces objets, qui ont un passé dans le groupe car ils ont été investis dans le temps par d'autres enfants, donnent souvent aux co-thérapeutes l'occasion de reprendre l'histoire du groupe et d'y inscrire chaque nouveau. Au bout d'un certain temps, l'enfant va commencer à investir d'autres

objets disponibles dans le groupe et va à partir de ces objets, rencontrer les autres enfants du groupe, au nombre de quatre et les co-thérapeutes. En effet, les objets, avant le regard, vont être le support des échanges entre chacun des participants, le corps en direct devient aussi un objet de sollicitation dans une recherche d'accordage permanent ou plutôt c'est la proposition faite aux enfants par les co-thérapeutes. Une attention doit être portée à toutes ces amorces intersubjectives originales et qui restent néanmoins énigmatiques. R. Roussillon propose de les envisager comme des bourgeons de la symbolisation primaire en attente de transformation. Les thérapeutes peuvent à partir de là recevoir les projections de ces patients grâce à une écoute et un partage des vécus contre-transférentiels de chacun.

Dans ma position d'observateur-écrivain, assis en permanence et toujours installé au même endroit dans la pièce, je vois et entend se dérouler une scène avec des chaînes associatives sensori-motrices et verbales qui s'entrecroisent, se rompent, pour ensuite se tisser autrement et ainsi, créer des figures et des figurations nouvelles. Un paysage en mouvance permanente mais qui, grâce aux interventions directes des co-thérapeutes voit une complexification de plus en plus importante se déployer jusqu'à l'apparition de la parole pour la plupart de ces jeunes patients. Je remarque que le temps de post-séance, lors du temps de reprise des vécus contre-transférentiels, les éprouvés sensoriels sont au centre.

Deux vignettes cliniques pour tenter d'explicitier au mieux cette pratique clinique des corps en mouvement à la recherche de sens et de mises en mots :

Ka, un petit garçon, âgé de 3 ans et demi, arrive dans le groupe. C'est un enfant placé dès sa naissance, né de parents qu'il rencontre régulièrement, usagers de drogue. C'est un enfant qui se montre effrayé par le moindre mouvement, extrêmement sensible au bruit, il a tendance à se boucher les oreilles dès qu'un son survient ou surgit. Ce petit garçon ne parle pas, il émet des sons qui ponctuent sa déambulation dans l'espace du groupe et montre son désir de communiquer avec l'autre tout en étant, dans le même temps, fortement inhibé au moindre mouvement environnant. Il s'intéresse rapidement à ce qui se présente sous des formes rondes, des ballons essentiellement, et découvre les ballons de baudruche ; il va alors demander aux deux co-thérapeutes inlassablement de gonfler et dégonfler le ballon, en venant se loger dans mon giron lorsque le ballon atteint une certaine taille et risque l'explosion. Un va-et-vient s'installe entre mes collègues qu'ils sollicitent constamment et moi-même, il nous montre son effroi, mêlé de

jubilation. À un moment, un ballon est en train de se dégonfler et échappe des mains de ma collègue, il se dégonfle donc s'élève, pour redescendre avec le bruit de l'air qui s'en échappe. Effrayé, Ka va venir se loger près de moi, retourne vers le ballon dégonflé, alors par terre, l'examine sans y toucher, se retourne vers moi, fixant ses yeux dans les miens et avec sa main droite me montre le parcours du ballon, signe son mouvement entre montée et descente. Je reprends son geste et l'accompagne du bruitage (pschiiittt), rajoute quelques mots « tu me racontes l'histoire du ballon ». Aux séances suivantes, Ka va demander à mes collègues de répéter indéfiniment la même scène du ballon qui s'échappe et indéfiniment, il va reprendre avec toute la scénographie avec moi, après avoir montré toute sa frayeur comme s'il devenait lui-même le ballon et qu'il risquait l'explosion ou l'aplatissement. Avec mes collègues, nous dramatisons toute la scénographie de manière répétée, surjouant avec des onomatopées et lors d'une des séances suivantes, la bouche de Ka s'anime, autrement qu'en grimaces et sourires effrayés, un son en sort « boum ». C'est un moment d'étonnement et de jubilation comme une expérience esthétique partagée avec mes collègues en présence d'un enfant alors étonné lui-même et peut-être effrayé par notre réaction dans l'immédiateté de la situation. L'enfant se met -en nous regardant- à rire comme nous dans un moment partagé et reprend sa narration.

Une seconde vignette, brève, de Sa, une petite fille âgée de 3 ans, évanescence, belle et comme absente dans le groupe, elle arrive la première fois en pleurant, elle vient de quitter sa mère, restée en salle d'attente. C'est une enfant qui connaît déjà un des co-thérapeutes, en l'occurrence l'orthophoniste, à qui elle s'accroche ou plutôt le contraire : dans la crainte de la voir craintive, l'orthophoniste lui donne la main, reste auprès d'elle. L'enfant semble particulièrement fragile, comme si elle pouvait se briser en deux au moindre choc. Elle quitte la main de l'orthophoniste, elle longe une partie de la pièce en effleurant avec sa main les murs, jusqu'à moi. Elle s'arrête, sans un regard. Ma collègue fait les présentations et elle s'en retourne en direction de l'orthophoniste ou plutôt du placard rempli d'objets, entièrement accessibles aux enfants. Elle touche et sort plusieurs objets, plutôt de forme ronde, se lève, semble découvrir le grand miroir qui se trouve dans la pièce et se met à faire des mouvements qu'une collègue, psychomotricienne, reprend comme une chorégraphie. L'enfant s'en va, retourne au placard, prend deux objets -toujours de forme ronde, un petit chien et un bonhomme- avec lesquels elle se promène dans la pièce. Une séance dure à chaque fois une demie

heure, la fin est signalée par une petite musique (tout comme le début de la séance) la fait sursauter et elle se met à pleurer. Elle quitte la pièce, en pleurs qui s'accroissent lorsque les deux jouets lui sont arrachés des mains. La séance suivante, elle se dirige vers le placard pour retrouver ces deux objets, avec lesquels elle va déambuler dans la pièce et à un moment donné, les dépose à côté de moi, je les anime, elle s'en va. J'interpelle alors une de mes collègues qui fait un commentaire au sujet de deux objets posés à côté de moi, les pointe et Sa les regarde. C'est un des premiers moments d'interrelation vécu avec Sa, à partir d'une interrelation établie et soutenue avec une de mes collègues.

L'évocation de ces deux vignettes cliniques pour souligner toute l'importance centrale que prend la notion d'intersubjectivité, non seulement dans le travail de psychothérapie, ici, avec les enfants mais aussi dans le travail à plusieurs. Par ailleurs, mon expérience de ce type de groupe m'indique que la question de l'imitation est ici centrale comme dans tout phénomène de groupe. Des bourgeons de groupalité émergent dans un temps second à partir des imitations ou plutôt de ses prémisses repérées dans le cadre de ce groupe. Les imitations semblent procéder dans ce cadre par touche, par point, elles sont à la base des identifications. Elles s'organisent dans mon expérience à partir de l'investissement d'un ou plusieurs objets qui ensuite deviennent des objets de convoitise entre les enfants pour plus tard se transformer au mieux en objets partageables. Les objets en circulation sont manipulés et ces manipulations font associer sur les premières imitations motrices affectives échangées entre l'enfant et la mère.

### ***8.7.3. Intersubjectivité et inter-intentionnalité***

Comme l'indique A. Brun

*« L'écoute psychanalytique de l'intersubjectivité s'effectue là à partir de la prise en compte classique du transfert sur les cliniciens et sur le groupe, mais aussi, de façon très spécifique, à partir de l'écoute du transfert sur le médium, au sens du transfert sur la*

*matière et sur le cadre : le transfert sur le médium est en effet un aspect du transfert sur le cadre au sens d'un transfert des modes de relation primitifs. Il ne s'agit pas seulement du transfert classique par diffraction, selon R. Kaes sur les thérapeutes et les autres enfants, mais d'abord de ce que j'ai proposé d'appeler un transfert par diffraction sensorielle sur les éléments sensoriels du cadre et sur le médium en référence à Bleger, selon lequel le cadre est le dépositaire des liens symbiotiques primitifs et renvoie à une indifférenciation entre le corps de l'enfant et l'espace, l'environnement »<sup>139</sup> (Brun, 2007, p.237)*

Dans le cadre de ce travail de groupe présenté ci-dessus, à partir de deux brèves vignettes cliniques, ces précisions théoriques sont fondamentales pour accéder à une meilleure compréhension, non seulement de la dynamique du groupe au travail mais aussi (et surtout) à la dynamique du processus engagé entre co-thérapeutes. En effet, cet ensemble dynamique du groupe thérapeutique est basé sur les processus intersubjectifs mis en mouvement, à partir d'un cadre se renouvelant sur un rythme bi-hebdomadaire. Il est remarquable de constater dans les situations présentées comment la réponse de l'objet est essentielle « *aux mouvements pulsionnels du sujet, dans le devenir de ceux-ci* » (Roussillon, 2009, p2) et vient alors en soutenir le déploiement. Devenir sujet oblige la présence d'un autre, objet (et en même temps sujet) comme « *reflet de soi* » (Roussillon, 2009, p. 3) où le déploiement des « *formes de communications primitives* » (J. Mac Dougall) sont essentielles. Selon R. Roussillon, le bébé

*« Utilise deux grands modes de communication et d'adresse subjective. Celui qui passe par l'affect et le partage d'affect et qui correspond au « représentant affect » de la pulsion, alors considérée comme messagère. Celui qui mobilise le registre mimo-gesto-postural et qui correspond à la première mise en place des « représentants-représentation de choses » de la pulsion »<sup>140</sup> (Roussillon, 2008, p.93)*

Nous nous trouvons ici dans le registre du pré-verbal, de l'infans, le sensoriel est au centre du lien et c'est la réponse de l'objet qui va permettre au fil du temps une

---

<sup>139</sup> BRUN A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris : Dunod.

<sup>140</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : Puf.

intériorisation subjective. Dans la situation de Ka, le signe du ballon qui se dégonfle et que je prends alors pour une mise en récit de sa part, induit chez moi une réponse qui l'incite à revenir me raconter son expérience avec le ballon donc avec lui-même. Et le lien que j'établis avec ma collègue dans le but (inconscient) de venir renforcer cette réponse, montre par notre interrelation, la valeur accordée au signe que cet enfant m'indique au départ, et nous indique ensuite. Se développera par la suite entre nous trois et quelquefois nous quatre (avec la troisième co-thérapeute) une histoire avec pour point central le ballon de baudruche dont l'élasticité sera mise à rude épreuve jusqu'à l'éclatement, la recherche de cet éclatement, commenté, dans un premier temps par des onomatopées et ensuite par l'apparition d'un mot « péter ».

En ce qui concerne Sa, le fait de choisir deux objets et que ces derniers soient suffisamment remarquables par les co-thérapeutes en présence, est venu comme renforcer cette appropriation, répétant ainsi le geste pour le déployer dans une scénarisation de plus en plus complexe mais pas forcément accessible de ma place. Un transfert s'organise alors et passe comme pour Ka par l'appareil de langage :

*« un travail de « traduction » selon le terme de Freud dans l'appareil de langage verbal va être nécessaire pour assurer le sentiment de continuité psychique »<sup>141</sup> (Roussillon, 2008, p. 100)*

Nous remarquons combien est essentielle la réponse apportée par l'objet même si cet objet ne semble pas reconnu comme tel au départ par le sujet qui l'ignore ou peut-être a-t-il d'autres manières de le mettre en scène, de le mettre en place. Ces modalités autres, énigmatiques souvent, ne doivent pas pour autant entraîner à laisser choir ce qui peut être considéré comme une manière de s'adresser à l'autre. C'est à cet endroit et aussi à celui du « passage par l'acte » (Roussillon, 2008) que ma sensibilité au travail engagé du côté de l'intersubjectivité s'est développée.

La question du transfert ou plutôt des transferts est au centre de cette clinique qui

---

<sup>141</sup> Ibid

ne dit pas son nom immédiatement si une attention n'est pas suffisamment prêtée aux agierens comme mises en scène en attente de symbolisation. Ce grand détour pour revenir au petit groupe travail dont il était question précédemment.

#### ***8.7.4. Intersubjectivité, destructivité et clivage***

La mise en place de ce petit groupe de travail a été pensé à partir des affects mortifères évoqués en réunion et auparavant dans les temps interstitiels par des ressentis répétées à l'infini qui concernaient des sensations du registre de l'archaïque telles que la « déchirure », « l'explosion », « l'écartèlement », « l'éradication » ou « le clivage ». Par ailleurs, la crainte de se sentir en permanence menacé de destruction traversait tour à tour les membres de l'équipe et le morcellement ou l'éclatement de l'ensemble institutionnel, était un sentiment diffus qui émaillait le discours face aux agirs d'Anaïs ressentis comme des attaques du cadre. Les agirs de cette enfant étaient considérés par le groupe de soignants comme des mouvements attaquants contre eux ; il n'y avait pas de possibilité dans ce premier temps du travail de pouvoir les envisager autrement. Ainsi, par associativité, faire référence à mon expérience en tant que co-thérapeute dans un groupe pour enfants psychotiques et autistes me mettait tout de suite à la place de l'extraordinaire, dans le sens du privilégié co-animant un groupe sur un temps limité d'une demie heure qui ne pouvait alors être comparé à leur rythme de travail s'étalant sur un temps plus long de trois heures de présence dans l'espace d'accueil. Dès lors, ma tentative inconsciente de vouloir leur transmettre mes hypothèses en racontant mon expérience ne pouvait pas être entendue. Par ailleurs, le plus important était de trouver des solutions pour que ces mouvements vécus comme attaquants cessent le plus rapidement afin d'assurer la survie du groupe des soignants et de l'institution. Le clivage était alors à l'œuvre, la surdité du groupe des soignants est effective. Au long cours des réunions, à partir du climat souligné plus avant, s'organisant du côté de l'intime dans le petit groupe de travail, les résistances contre-transférentielles ont pu être évoquées « tuer pour ne pas être tué », « faire taire pour ne pas être détruit », « se taire pour ne pas avoir à faire un aveu de faiblesse ». Ne pourrait-

on pas, ici, faire l'hypothèse, au sujet des résistances contre-transférentielles du groupe des soignants, qu'elles émergeraient par reviviscence de traumatismes anciens vécus dans l'histoire de l'institution et non encore élaborés ?

Ces résistances contre-transférentielles induisent une surdité groupale qui vient alors, oblitérer les possibles mises en acte des jeunes patients, en attente de mise en sens. En effet, ceci vient questionner le caractère paradoxant du projet de soin institutionnel où il est envisagé de manière implicite que le processus soignant doit se déployer et rester circonscrit sur la scène des ateliers à médiations thérapeutiques. Ailleurs, c'est à dire dans les zones intermédiaires, entre les différents cadres des ateliers à médiations thérapeutiques, c'est la question de l'emprise qui est à l'œuvre, organisant par le prisme de l'éducatif, les relations intersubjectives. Nous nous trouvons alors dans la zone du social et des liens sociaux. Le transfert n'est plus de mise. C'est alors un des effets de ce petit groupe de travail qui s'est déployé au long cours des réflexions, celui des relations transféro-contre-transférentiels. La question de l'indifférenciation et de la différenciation est à l'œuvre, ici comme nous l'avons nommé précédemment au sujet de la chimère interstitielle et dans ce petit groupe de travail s'ouvre dans le temps de l'après-coup ce que J.-P. Pinel indique

*« Bien d'avantage qu'une mise en évacuation cathartique, la perlaboration du traumatisme transite par une mise en récit adressée à un ensemble intersubjectif qui assure une fonction miroir (R. Roussillon, 1999) authentifiant l'expérience, requalifiant les éprouvés et réattribuant la part prise par chacun dans le déchaînement pulsionnel. Ce processus groupal de redifférenciation soignant-soigné favorise la réorganisation de l'appareil psychique du praticien : il était un narcissisme blessé, soutient la retransitionnalisation de la réalité et restitue au sujet ses capacités de résistance à la destructivité. Enfin, au-delà du traitement intrapsychique du traumatisme, le processus groupal permet d'élucider certaines modalités de liens et d'alliances pathologiques, de registre transsubjectif, prises dans le fondement du cadre. L'élucidation des pactes*



*narcissiques ou des formations idéologiques fétichisées participant à relancer les fonctions soignantes de l'institution »<sup>142</sup> (Pinel, 2004, p. 148)*

Par le processus déployé, ce petit groupe de travail a un effet de passage et de retransitionnalisation de la limite perdue entre l'horreur vécue et les réactions de retrait des soignants.

### ***8.7.5. Entre contre-transfert et fonction phorique, sémaphorique et métaphorique***

Ces impasses dans le soin viennent interroger la manière dont les faits divers se transforment ou pas en faits cliniques, induisant dès lors à une appréhension plus fine des fonctions phorique, sémaphorique et métaphorique au sein de l'institution.

#### **8.7.5.1. Fonction phorique**

La fonction phorique consiste pour l'équipe soignante à agencer les espaces d'accueil de telle sorte que ces derniers favorisent la rencontre et permettent ainsi d'envisager cette dynamique enclenchée du côté de la clinique. Les soignants de par leur disponibilité et leur écoute sont alors à même d'accueillir ce qui fait signe, symptômes chez et pour l'enfant. P. Delion indique

---

<sup>142</sup> PINEL J.-P. (2004). Traumatismes en institutions. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (42), 139-149. Toulouse : Erès.

*« La fonction phorique est un concept tiré du « Roi des Aulnes » de M.Tournier qui concerne tout ce qui de l'homme, le met ou le laisse dans un état de dépendance tel qu'il a un besoin incontournable de l'autre pour être porté par lui, soit physiquement, c'est le cas du bébé qui ne peut encore marcher tout seul, soit psychiquement, et c'est le cas de beaucoup de personnes psychotiques, qui ont longtemps, voire toujours, besoin de portage (...) C'est donc une des missions des institutions de proposer de tels praticables (Oury) comme cadre phorique sur lesquels vont se jouer les autres fonctions sémaphoriques et métaphoriques »<sup>143</sup> (Delion, 2001, p.18)*

Il s'agit alors de mettre à disposition un espace physique et psychique à l'intérieur duquel va pouvoir se déployer un fait divers qui pourra se transformer en fait clinique ; à partir duquel va alors se déployer « le début d'une temporalisation transférentielle »

#### **8.7.5.2. Fonction sémaphorique**

Cette fonction fondamentale va consister à garder la trace des « signes-indices de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse » émis par l'enfant dans un appareil psychique institutionnel et à se souvenir de cette trace mémorielle gardée au sein de cet appareil psychique institutionnel. P. Delion souligne

*« C'est dans le mouvement transfert-contre-transfert qu'elle va apparaître. La feuille d'assertion est comme un objet malléable (...) Il sera donc extrêmement intéressant de considérer notre équipe soignante comme une substance malléable qui se déforme pour être au plus près de ce qui vient du sujet psychotique et en même temps qui ne peut pas se détruire de le recevoir tout en conservant une trace de son passage sur sa feuille sémaphorique »<sup>144</sup> (Delion, 2001, p.19)*

Nous rejoignons ici « l'élasticité » de Férénczi devant un double mouvement à

---

<sup>143</sup> DELION P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. Dans *EM-Consulte, EMC -Psychiatrie*.

<sup>144</sup> Ibid

prendre en compte et à garder en mémoire de manière différenciée, discriminée : il s'agit de l'angoisse et de la défense contre l'angoisse.

### 8.7.5.3. Fonction métaphorique

La fonction métaphorique représente le travail d'interprétation qui va s'organiser à partir d'un contre-transfert institutionnel. Ici, la proposition de ce petit groupe de travail comme espace intermédiaire, un appareillage à transformer les signes « criants » en mots, partageables en grand groupe clinique, à partir d'un contre-transfert essentiellement corporel, alors masqué par le caractère trop érotisé des mises en scène répétées de l'enfant pour le groupe de soignants, d'un sexuel et d'une sexualisation émergents chez Anaïs. Il ne s'agit pas alors d'avoir compris le sens de telles mises en scène se répétant, mais juste de pouvoir émettre des hypothèses et à partir de là, de les soumettre en paroles au grand groupe pour qu'une transformation essentiellement mimo-gesto-posturale puisse advenir dans une réponse réflexive du corps groupal des soignants à l'enfant agissant. Ainsi, ce petit groupe comme une tentative d'articulation entre les différents espaces par exemple les ateliers à médiations thérapeutiques proposés à Anaïs : peinture, poney où sont relancés les processus de symbolisation primaire à partir des mises en scène vécues comme effroyables pour l'équipe. Nous pouvons nous poser ici la question de la continuité de ces ateliers dans la psyché de l'enfant en lien avec la présence du soignant animant l'atelier, retrouvé par cette enfant sur l'espace d'accueil. C'est-à-dire la jonction-regard d'Anaïs reconnaissant le soignant et tentant alors de relancer par son corps le travail qui se déroule au sein de l'atelier ?

## **8.6. Entre contre-transfert et intertransfert**

La question du contre-transfert se déployant en groupe convoque d'emblée une pensée à deux niveaux au moins :

- Le premier concerne le contre-transfert dans le lien établi avec l'enfant se déployant dans le soin institutionnel.

- Le second est l'intertransfert convoqué à l'endroit des soignants entre eux et de l'impact des qualités intertransférentielles sur les résistances contre-transférentielles qui ont alors pour effet de ne pas permettre au sujet-patient d'advenir. Dans la configuration intertransférentielle, chaque soignant en présence ne s'expose pas seulement au groupe des jeunes soignants mais aussi au(x) collègue (s) en présence pour lesquels une certaine écoute se déploie. Si naturellement des mouvements transférentiels s'organisent entre collègues, les transferts des enfants sur les soignants vont à leur tour produire des effets sur la relation entre les collègues soignants. Il convient donc de mobiliser le temps nécessaire afin que ces aspects soient analysés. R. Kaës nomme cette reprise : analyse intertransférentielle.

## SYNTHÈSE PARTIE 8

### DESTINS DE LA SENSORIMOTRICITE DANS L'INSTITUTION

Le registre sensori-moteur au sein d'un ensemble de soin institutionnel a une valeur messagère que le groupe des soignants a des difficultés à prendre en compte. C'est ainsi que le registre du passage à l'acte vient recouvrir la possible mise en actes. L'écoute et la disponibilité de l'institution sont mises à l'épreuve devant le tableau chaotique présenté par le patient. L'institution perçoit le risque de la défaillance et veut se sauver à tout prix, sans possibilité, dans ces moments cruciaux, de prendre en compte le patient dans une attente de symbolisation.

C'est le dispositif analysant dans sa fonction première « méta » intrinsèque, c'est-à-dire réflexive, qui va permettre la distinction d'une écoute à double formant : institutionnelle et clinique de manière liée. Le double dans sa fonction réflexive apparaît alors, d'abord sous une forme kaleïdoscopique et permet l'ouverture sur toute une élaboration clinique dont la base est l'analyse des processus intersubjectifs.

## 9. LE TRANSFERT DU TRANSFERT COMME LIAISON DES ÎLOTS MOÏQUES

Nous nous sommes jusqu'à présent attachés à la présentation du champ clinique de notre recherche, nous allons à partir de maintenant prolonger cette dernière en nous focalisant un peu plus encore sur la relation transféro-contre-transférentielle. Nous allons nous saisir principalement de la question des zones érogénéisées du corps de l'enfant qui émergent à partir des effets du processus soignant engagé par l'ensemble institutionnel comme signe symboligène. En parallèle à cette libidinisation du corps de l'enfant, nous voyons apparaître des résistances contre-transférentielles de la part des soignants qui tentent alors de recouvrir ces manifestations, vécues comme le « retour des pulsions de mort », selon leur expression consacrée de les éradiquer en tentant de les dompter. Dans cette tentative d'arasement à tout prix des manifestations de ces pulsions sexuelles, les soignants vont réitérer à leur insu une répétition de leur lien à un objet primaire interdicteur. En ce sens, les pulsions de vie perçues au travers de ces manifestations corporelles insistantes voire criantes sont retournées en leur contraire, abrasant dès lors toute possibilité de déploiement du processus de subjectivation de l'enfant.

Une attention supplémentaire par le biais d'une malléabilité non seulement du médium comme pointé par nombre d'auteurs tels que R. Roussillon, B. Golse et A. Brun parmi les contemporains est fondamentale mais je rajoute ici aussi le caractère malléable du dispositif analysant (ici les temps de régulation institutionnelle : régulation des ateliers à médiations thérapeutiques, des différentes réunions institutionnelles) comme nécessaire pour mettre à jour et métaboliser les processus de symbolisation cachés ou retournés en leur contraire. Ce dispositif analysant a pour objet central le vécu contre-transférentiel des soignants. Ces derniers souvent ont tendance à s'arrêter sur le manifeste de la scène vécue ou ressentie et lorsqu'il s'agit de tenter un approfondissement dans l'exploration de ces vécus contre-transférentiels, des mécanismes de défense massifs et archaïques s'organisent alors : clivage, projection et déni sont à l'œuvre et viennent oblitérer les processus de pensées en groupe. Ces

manifestations corporelles érogénéisées sont alors vécues par le groupe de soignants comme des manifestations érotisées et potentiellement érotisantes qu'il s'impose d'éradiquer pour au moins deux raisons : la première afin de garantir à l'institution sa survie, tout en subvenant selon elle à sa tâche primaire, qui est celle de prendre soin des enfants, et la seconde, l'institution en accueillant des enfants psychotiques et autistes pense par là-même se consacrer aux processus dits primaires, évitant alors une quelconque manifestation de la sexualité infantile et du plaisir. R. Roussillon met l'accent sur le fait que

*« Pour se sentir et se sentir bien il faut avoir du plaisir à se sentir, il faut avoir un plaisir suffisant à sentir, il faut avoir rencontré un autre sujet avec qui partager ce plaisir, à qui faire reconnaître que l'on sent »<sup>145</sup> (Roussillon, 2008, p.9)*

C'est justement à cet endroit que le processus achoppe et nécessite que nous nous rendions suffisamment attentifs au sens et aux fonctions que peuvent prendre pour le patient les réactions défensives organisées à leur insu par les soignants. La part créatrice de l'institution est ici fondamentale afin de pouvoir non seulement accéder à des dimensions de compréhension supplémentaires des situations vécues avec une grande violence mais encore, permettre à l'enfant de poursuivre son processus de subjectivation. À cet effet, l'émergence et l'existence du double conditionne la poursuite du déploiement de ce processus. Ici, c'est la fonction de liaison qui est mise à l'épreuve ou plutôt qui fait son œuvre, à partir d'une déliaison potentielle mise en scène de manière répétée et brutale, monstrueuse, obscène ou effroyable, le plus souvent bien évidemment en-deca de la parole dans une tentative d'accordage mimo-gesto-postural. Les lieux où se déroulent ces manifestations transférentielles sont envisagés par les soignants comme des hors-lieux du transfert, en analogie à un hors-lieu du lien premier entre l'enfant et son environnement. Le contre-transfert se trouve au centre de ce processus, il est singulier dans le cadre du soin institutionnel, il est kaléidoscopique selon nous, au sens donné par C. Lévi-Strauss :

---

<sup>145</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.

« Instrument qui contient des bribes et des morceaux, au moyen desquels se réalisent des arrangements structuraux »<sup>146</sup> (Lévi-Strauss, 1962, p.51)

En ce sens, même s'il offre à l'observateur des perspectives nouvelles selon le mouvement de rotation donc d'angle de vue, il s'avère être enfermé sur lui-même comme l'image close du kaléidoscope, limitant de fait les possibilités créatrices. Cette vue kaléidoscopique des vécus contre-transférentiels institutionnels s'avère de fait riche en matériaux cliniques et en points de vue, et peut alors donner l'illusion à partir de l'exploration de ces vécus contre-transférentiels denses et compacts de faire avancer le processus soignant mais la répétitivité des scènes terrifiantes, de plus en plus ascendante du côté de la destructivité, contraint à proposer un élément supplémentaire ici, à remettre en jeu « l'élasticité » au sens férenczien du terme, le dispositif analysant afin de créer un élargissement de l'écoute de l'assourdissant qui envahit et va jusqu'à remettre en cause la pérennité même de l'institution. Je pense qu'il serait important dans ce contexte de proposer un réceptacle institutionnel supplémentaire (autre que les temps de régulation et de supervision institués), appelé de fait à disparaître selon l'avancée et la transformation des faits divers non encore transformés en faits cliniques ; ceci en fonction de la situation évoquée avec comme caractéristique première : la malléabilité de ce réceptacle. Il s'agit d'un espace supplémentaire de dépôt des vécus contre-transférentiels particulièrement éprouvants et destructeurs dans un cadre assuré par une permanence repérée, qui existe donc dans un temps et un espace repérés où chaque soignant volontaire peut aller et venir selon sa disponibilité institutionnelle. Il s'agit de rapporter dans cet espace dédié les éprouvés ressentis contre-transférentiellement et de tenter à partir de là l'organisation d'une mise en récit de la chaîne associative sensori-motrice en lien avec la chaîne organisationnelle de l'institution. Il s'agit ici non seulement de mettre en récit les « figurations et les narrations corporelles proto-symboliques »<sup>147</sup> (Golse, 2008, p.12) dans un contexte donné c'est-à-dire se situant dans le hors-lieu officiel du champ transférentiel mais aussi de porter son attention sur les qualités de l'environnement et les qualités de liens intersubjectifs. Toute l'importance est accordée ici à l'interstitiel et aux espaces intermédiaires avec par ailleurs, une focalisation comme soulignée précédemment sur le langage mimo-gesto-postural. Ici, le

---

<sup>146</sup> LÉVI-STRAUSS C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.

<sup>147</sup> GOLSE B. & MISSONNIER S. (2008). *Récit, attachement et psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne : Erès.



corps prend une valence centrale. Le corps est une réalité indiscutable à partir de laquelle cette clinique de soin institutionnelle se déploie. S. Freud indique

*« Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface »*<sup>148</sup> (Freud, 1923, p.238)

À partir de la seconde topique, Freud souligne que le Ça est origine et que la pulsion contenue dans le Ça vient former

*« Un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme mesure de l'exigence du travail qui est imposé au psychique en conséquence de sa liaison au corporel »*<sup>149</sup> (Freud, 1915, p.17)

Le Moi psychiquement organisé, prend sa source à partir du corps, il est l'émanation de la libido provenant du Ça. Dans le cadre de la psychose, l'énergie libre des pulsions est difficilement liable, d'autant plus que la non distinction entre le Moi et le non-Moi amène à utiliser des mécanismes de défenses très archaïques. Et le travail entrepris à partir des médiations thérapeutiques va avoir pour effet de mettre en forme la pulsion qui jusqu'à lors s'expulsait dans une décharge du mouvement pulsionnel. Les processus mis en mouvement à partir des médiations vont avoir pour effet de réactiver les traces mnésiques perceptives. A. Brun indique

*« Il s'agit de rendre signifiants, dans la restauration de la relation primaire à l'objet, les mouvements, les sensations, les vécus corporels d'ordre cénesthésique, kinesthésique, mimo-gestuo-postural (...) cet accès à la figurabilité met en jeu la « corporéisation*

---

<sup>148</sup> FREUD S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de psychanalyse*, (pp. 230-239), (tr.fr.). Paris : Payot, 1982.

<sup>149</sup> FREUD S. (1915). Pulsions et destin des pulsions. Dans *Métapsychologie*, (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1969.

*figurative » des pictogrammes, certes infigurables, mais qui vont trouver un « mode de figuration scénique » (Aulagnier), dans la rencontre de la corporéité du médium malléable »<sup>150</sup> (Brun, 2011, p.84)*

Et lorsque ce processus se trouve être suffisamment engagé, l'enfant commence à percevoir son corps ou plutôt à percevoir des sensations corporelles qui semblent intenses au vue de ce qui se déploie en dehors des ateliers à médiations thérapeutiques. Le « en dehors » pointé ici ne concerne que l'adulte soignant, alors que pour l'enfant le processus de différenciation est en cours et dès lors, ce dernier ne parvient pas à établir une distinction suffisante entre le cadre-dispositif de l'atelier et celui d'un autre cadre-dispositif institutionnel. Aussi, les mouvements transférentiels déployés dans le cadre de l'atelier à médiation thérapeutique vont persister en dehors dans une tentative pour l'enfant d'appropriation subjective. Ceci, semble impossible à envisager pour le groupe des soignants, qui de sa place établit une distinction très stricte voire rigide entre les différents espaces. Tout mouvement déployé par l'enfant dans l'espace d'accueil rappelant un geste, une posture ou le trait sur une feuille qui serait issus d'un atelier à médiation thérapeutique est radicalement arrêté. Alors que de ma place je pense que les mouvements transférentiels s'organisent en chaîne de transferts comme nous l'avons décrit précédemment. Et c'est bien dans les espaces dits interstitiels et intermédiaires que l'enfant sans activité indiquée se retrouve dans des moments semblables à ceux décrits comme une « activité libre spontanée » au sens de E. Pikler c'est à dire

*« L'activité spontanée auto-induite que l'enfant poursuit librement de façon autonome à une valeur essentielle pour son développement : elle doit être pour lui source de plaisir sans cesse renouvelée »<sup>151</sup> (David et Appel, 2014, p.93)*

Sauf que dans le cadre du travail avec les enfants psychotiques et autistes la frontière reste difficilement décelable entre le plaisir et la violence pour les soignants en

---

<sup>150</sup> BRUN A. (2011). Médiation picturale et psychose infantile. Dans Brun A. (Eds), *Les médiations thérapeutiques*, (pp. 73-87). Paris : Erès.

<sup>151</sup> DAVID M. et APPELL G. (2014). *Loczy ou le maternage insolite*. Toulouse : Erès.

présence. E. Pikler indique que le nourrisson tire bénéfice d'une telle activité aussi est-elle renouvelée le plus souvent possible avec la garantie que deux conditions premières soient d'abord assurées : le soin apporté à l'enfant et la sensation de faim suffisamment satisfaite. La présence d'un autre est nécessaire pour que l'enfant évolue et ceci, sans pour autant que l'adulte en présence n'intervienne de façon directe dans le jeu de l'enfant. La personne en présence observe alors l'enfant, l'accompagne en commentant sa progression dans l'espace à haute voix dans l'intention de lui faire prendre conscience de son environnement, de son corps et de la présence des autres autour de lui. Un autre en présence, discerné par l'enfant, auquel ce dernier ait été accoutumé. Une première activité « transitionnelle » prend forme où l'enfant se sent. Ainsi,

*« Un premier niveau de symbolisation primaire (Roussillon, 1991) pourrait être ici décrit, il correspond à la mise en forme des signifiants formels (D. Anzieu) ou des signifiants de démarcation (G. Rosolato) ou encore de l'activité pictogrammatique (P. Aulagnier) ou idéogrammatique (W. Bion), autant de formes décrites des premiers représentants psychiques de la pulsion qui précèdent la différenciation de la représentation et de l'affect »<sup>152</sup> (Roussillon, 2008, p.89)*

Il s'agit ici de souligner le nécessaire moment de « reprise » dans le cadre « d'une activité libre » de l'expérience précédemment vécue ailleurs, seul et en présence d'un autre, non intervenant directement. Et ici, plus précisément dans le cadre de notre travail « Un transfert de transfert » opère, au sens donné par J. Laplanche c'est-à-dire la possibilité de transférer « ailleurs », « sur d'autres objets » les transferts dont le cadre-dispositif de l'atelier à médiation thérapeutique est l'objet. En somme un transfert latéral se déploie dans « l'espace d'accueil » L'enfant semble alors engagé dans un processus de continuité des espaces, dans une scène où les traces mémorielles se manifestent : quelque chose s'est enclenché dans un lieu autre (l'atelier à médiation thérapeutique) et vient se déposer ou se mettre en scène dans « l'espace d'accueil » par un processus d'associativité induisant une forme d'organisation non reconnue comme telle par le témoin présent et par une non réponse ou une réponse non adaptée de la part d'un autre

---

<sup>152</sup> ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.

sujet en présence c'est-à-dire qui ne tient pas compte du processus narratif sensori-moteur de l'enfant, l'informe occupe à nouveau la place laissant ce dernier pris dans les rets d'une spirale répétitive car la situation le ramène à un éprouvé chaotique ou à des expériences premières agonistiques. « L'espace d'accueil » est un lieu géographique de l'entre-deux, il peut être envisagé tel un lieu de transfert topique (B. Duez 2000) c'est-à-dire comme un retournement effectué en présence d'un autre qui ne doit pas faire intrusion, bien au contraire, il doit seulement accueillir de manière passive ce qui embarrasse le sujet qui se trouve dans l'impossibilité de se l'approprier et de l'élaborer. Le travail de liaison attendu sans mot dire et à l'insu même du demandeur n'opère pas ici.

M. De M'uzan en 1974 élabore le concept d'un « Moi en archipel », il indique

*« il ne s'agit plus de parties ou de forces en contact, en interactions ou en opposition et pouvant donner même pendant longtemps l'impression d'un moteur immobile, mais c'est à des îlots séparés par des failles profondes que l'on a affaire. Dans ces « Personnalités en archipel » la circulation des représentations n'est pas seulement gênée, plus ou moins entravée, elle est impossible. Circulation implique l'existence d'un ordre, de tours, et de détours, parfois aussi complexes qu'un labyrinthe mais dont le tracé existe. Ici seuls sont possibles les bonds, les chutes, la sidération »<sup>153</sup> (De M'Uzan, 1974, p.69)*

Nous reprenons à notre compte que le soin apporté aux enfants psychotiques et autistes vient provoquer la relance des expériences somato-psychiques impensables, qui relèvent souvent des « agonies primitives » décrites par Winnicott et reprises par Roussillon. Ces expériences vont se présenter sous la forme de « sensations hallucinées » induites par la rencontre avec le médium. Ces « sensations hallucinées » relèvent du registre de l'activité psychique « originaire » (Aulagnier, 1975). Ainsi, par le biais des ateliers à médiations thérapeutiques, un procès est activé sollicitant les traces mnésiques

---

<sup>153</sup> De M'UZAN (1974). Transfert et névrose de transfert. Dans *De l'art à la mort*, (pp. 67-74). Paris : Gallimard, 1983.

sensori-motrices de l'enfant principalement dans un premier temps. Il a pour effet de faire émerger le Moi d'abord corporel en îlots en s'étayant sur des parties du corps qui s'érogénéisent les unes à côté des autres sans pour autant être liées ensemble. À partir de cette étape, l'enfant, sans le savoir, se met en quête d'un autre (sujet) afin que ce dernier l'aide à « coller » ensemble ces morceaux disjoints, excités, agités et s'agitant dans un morcellement qui entraîne jusqu'au chaos. L'autre convoqué est un, il fait partie d'un ensemble groupal, ici un appareil psychique institutionnel mais la liaison n'opère pas par manque d'attention, bien au contraire l'institution va vouloir les faire taire à tout prix par crainte de se laisser emporter par le chaos et alors de disparaître. Elle va donc se rigidifier et camper sur ses règles de fonctionnement, n'hésitant pas à brandir des arguments éthiques telles que le respect du corps de l'autre ou l'obligation pour une unité hospitalière de garantir des conditions de sécurité a minima pour enclore les mouvements corporels des enfants.

Afin de retrouver une souplesse et une « élasticité » suffisantes, il sera nécessaire de focaliser toute son attention sur les vécus contre-transférentiels négatifs et mortifères, de les souligner afin qu'ils ne disparaissent pas au fur et à mesure, tel un réceptacle troué, mais de bien les garder en mémoire afin de les mettre en récit. Un récit des vécus et des affects contre-transférentiels qui devront dans un après-coup s'organiser c'est à dire se problématiser. En somme, par la mise en récit de ces vécus contre-transférentiels mortifères une liaison peut commencer à opérer. Ici, le groupe de soignants confrontés aux assauts de l'identification projective va se retrouver comme les bébés qui

*« N'ont pas seulement besoin qu'on leur raconte des histoires, ils ont aussi besoin d'apprendre peu à peu à raconter, et à se raconter eux-mêmes, leur propre histoire. Cet apprentissage interactif se fait dans la rencontre avec un (ou plusieurs) adulte(s) (je rajoute instances institutionnelles) qui a (ont) déjà instauré sa (leur) propre narrativité. Cela renvoie à ce qu J. Laplanche appelle « la situation anthropologique fondamentale », ce*

*face à face réciproque mais dissymétrique entre un adulte, au psychisme et à la sexualité déjà mis en place, et un bébé en cours de différenciation »<sup>154</sup> (Golse, 2008, p.15)*

Par ce biais, des évènements, si monstrueux ou si obscènes soient-ils vont pouvoir trouver place dans une organisation narrative par le liant de la parole. Le liant va opérer si des hypothèses émergent à partir de ces faits divers c'est-à-dire si la pensée se met à nouveau à circuler attestant alors d'une remise en fonctionnement du préconscient groupal dans un dialogue clinique.

## **9.1. Déploiement plurifocal du transfert et liaison des îlots moïques**

Dans le cadre d'un soin à plusieurs les différents cadres-dispositifs dont bénéficie l'enfant va permettre nous l'avons vu le déploiement d'un faisceau transférentiel qui est aussi plurifocal, c'est-à-dire qui siège en plusieurs zones de l'institution. Ces zones généralement sont suffisamment repérées par l'ensemble institutionnel, elles attirent la pensée de l'ensemble des soignants fonctionnant comme un leurre. Le processus associatif des soignants qui se veut narratif semble alors opérer mais se heurte à une clinique de plus en plus effroyable. Cet effroyable au lieu d'alerter l'ensemble institutionnel va se retourner en silence et induire une clinique clivée, à « double fond ». L'institution, en partie muette, va vivre des soubresauts de plus en plus violents contre lesquels elle va se défendre en expulsant par exemple un de ses membres et ainsi retrouver une tranquillité temporaire. Malheureusement cette sérénité retrouvée sera de courte durée car d'autres évènements vécus comme attaquants vont surgir dans des zones inattendues de l'institution et de l'appareil psychique institutionnel. Se rendre suffisamment attentifs en envisageant la clinique comme potentiellement à « double

---

<sup>154</sup> GOLSE B. & MISSONNIER S. (2008). *Récit, attachement et psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne : Erès.

fond », un « double fond » qui va échapper et tenter de prendre forme de manière diffuse dans les espaces interstitiels, les espaces intermédiaires.

L'institution, pour ce faire, va avoir recours à ce que je nomme un « double institutionnel suturant » c'est-à-dire un espace qui va venir s'ajuster avec suffisamment de malléabilité à la dynamique institutionnelle : une forme de jointure entre les faits divers se déployant dans les zones interstitielles et sa transformation en faits cliniques. Le petit groupe de travail dont il a été question tout au long de ce parcours en fait partie. Cet espace institutionnel intermédiaire est une création suffisamment labile qui permet de traiter et d'élaborer une clinique du négatif en attente de transformation. Un négatif essentiellement lié aux souffrances inscrites dans la « communication primitive » et qui se situe tant dans une clinique du sujet que dans la clinique de l'institution elle-même. En ce qui concerne la clinique du sujet qui s'organise en « îlots moïques » elle a pour effet de les faire apparaître pour ensuite venir les lier ensemble ou du moins tendre les premiers fils de la liaison potentielle.

## **9.2. Le transfert du transfert comme point nodal du soin institutionnel**

J. Laplanche évoque « le transfert du transfert » au sujet du processus analytique et de sa « terminaison », il indique :

*« Elle peut signifier seulement le transfert de ce processus de transfert en un ou plusieurs autres lieux, dans une ou plusieurs autres relations »<sup>155</sup> (Laplanche, 2008, p.160)*

Dans un travail de soin institutionnel, ce phénomène de « transfert de transfert » est au centre du processus. Bien qu'il semble être envisagé sous cette forme, de manière

---

<sup>155</sup> LAPLANCHE J. (2008). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.

théorique, par l'équipe et l'institution, dans la quotidienneté ce phénomène, vient se fracasser contre les bords du cadre institutionnel conduisant l'enfant en soin nous l'avons vu à renouveler de manière intensive et extrême ses tentatives de « dialogue » essentiellement au niveau mimo-gesto-postural dans une reprise de la « communication primitive ». Le mouvement transférentiel enclenché (ou pris en compte et repéré comme tel) en partie par le travail engagé dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques s'étend sur toute l'institution (il est par ailleurs évident que des interférences ont lieu avec les autres espaces de vie de l'enfant) dans une attente de reconnaissance et de liaison. L'institution se trouve alors aux prises avec des mécanismes de défense archaïques qui viennent en permanence démanteler ce qui tente de se figurer et de se réunir. La chaîne de transferts est mise à mal, elle n'est pas reconnue dans sa dynamique, chaque soignant étant occupé et préoccupé par le « bout » de transfert dont il se sent dépositaire. Par ailleurs, chacun, pris dans des enjeux narcissiques massifs, va même venir attaquer les bourgeons transférentiels perçus dans le lien avec d'autres collègues ce qui aura pour effet de venir entraver le processus engagé. Gaillard, Pinel et Diet indiquent :

*« Face à la pulsionnalité qui se déploie et se met en acte dans ces institutions sous le primat de Thanatos, le défi est de bien faire tenir ensemble, d'unifier (cycliquement) le groupe professionnel , et de permettre simultanément que les différences trouvent à être reconnues (...) cette liaison n'en finissant d'échouer, et de devoir être reconduite (...) Au sein des groupes professionnels, c'est bien la conflictualité qui constitue le soubassement indispensable à une cyclique restauration de la différence dans le lien »<sup>156</sup> (Gaillard, Pinel & Diet, 2009, p.202)*

Et en fonction de la singularité de chacune des situations cliniques, le transfert de transfert se déploie de manière unique en lien évidemment avec l'histoire de ce « sujet » là. Et c'est grâce à une écoute suffisamment attentive qu'il pourra être mis à jour. La tâche est éminemment ardue et connaît des ratés réguliers. Jean en est un exemple patent : cet enfant hospitalisé pendant sept années à l'hôpital de jour a participé à

---

<sup>156</sup> GAILLARD G, PINEL J.-P. & DIET E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie* (8), 199-213. Toulouse : Erès.



plusieurs ateliers à médiations thérapeutiques et dans l'espace d'accueil il a pu déployer avec force des mises en scène qui semblaient venir focaliser sur des questionnements fondamentaux liés à la vie et à la mort, à la sexualité infantile et génitale. Ces derniers pris à la lettre induisaient alors des réponses inscrites dans la réalité. Cet enfant utilisant de plus en plus la parole au fur et à mesure de l'avancée de ses soins induisait une mise en arrière plan du langage sensori-moteur : corps et mots semblent alors disjoints. Une persistance de l'impossible liaison opérait ici. À cette époque, je me contentais de travailler dans une position passive en recueillant des données que je ne parvenais pas à transformer pour l'équipe soignante en faits cliniques. Par ailleurs, la place de la référente du projet de soin de cet enfant, réifiante en miroir à celui de la mère n'a à aucun moment été questionné donc mis en travail. La confusion entre risque de conflit et conflictualité était alors à l'œuvre : le transfert de transfert mis en scène dans « l'espace d'accueil » est resté dans l'ombre des manifestations bruyantes. Le clivage opère entre les espaces de soins, entre les soignants. La « figure du double spéculaire » est telle qu'indiquée par J. P. Pinel :

*« L'équipe ou une partie de l'équipe fonctionne sur le mode d'une contre-violence analogue à celle du sujet et lui renvoie sans amortissement ni transformation les décharges violentes subies. Parfois la confusion devient si partagée que l'on ne peut plus localiser sa source (...) »<sup>157</sup> (Pinel, 2007, p.116)*

Et pourtant, les interstices étaient tapissés par un amoncellement de faits divers qui, sans attention portée, circulaient sans liaison donc de manière anarchique, entamant tout le mouvement processuel de soin engagé par ailleurs. L'institution rivée à son dispositif analysant classique ne prend pas en compte le « transfert de transfert » traitant alors une à une les manifestations transférentielles assourdissantes qui ne font alors que s'amplifier persistant à rester disjointes. Le « double institutionnel suturant » n'opère pas ici dans la mesure où aucune proposition n'a été faite pour tenter de mettre en pensées tant les agirs et les mots-actes de l'enfant se déployant dans des espaces interstitiels que ceux en miroir de l'équipe soignante.

---

<sup>157</sup> PINEL J.-P. (2007). Le traitement institutionnel des adolescents violents. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (48), 109-122. Toulouse : Erès.

### 9.3. Du transfert des processus soignants à la symbolisation primaire : vers une émergence de la subjectivité

Les différents cadres-dispositifs proposés au sein d'un ensemble de soin dit institutionnel ont pour intention première la relance des processus de symbolisation primaire par une réactivation de la mémoire perceptive à partir des propriétés de malléabilité du médium. Les soignants portent alors leur attention sur le registre sensori-moteur et le déploiement de la chaîne associative sensori-motrice. A. Brun note

*« Grâce d'abord au travail de la matière : la matérialité du médium va mettre en jeu le corps et la sensorialité des patients, qui vont donc pouvoir figurer ces vécus impensables d'ordre psycho-corporels par la manipulation concrète du médiateur. Le travail de figuration va aussi s'effectuer grâce aux modalités de réponses des cliniciens et du groupe de patients à ces angoisses primitives : il s'agit de symboliser les expériences sensori-affectivo-motrices, jusqu'alors impensables et irreprésentables, qui vont trouver une signification dans les liens transféro-contre-transférentiels permettant une appropriation de ces expériences »<sup>158</sup> (Brun, 2013, p.125)*

Dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques, les expériences d'agonie primitive peuvent se réactualiser et les angoisses archaïques, émerger. Ce sont donc les traces perceptives qui sont convoquées ici et leur traduction en trace inconsciente est nommée par R. Roussillon « symbolisation primaire ». L'auteur souligne que ces processus doivent pour être appropriés prendre appui sur la sensorialité et dans le même temps être inscrits, reconnus et validés dans le lien avec un objet de l'environnement maternel.

La présence d'un « objet autre-sujet » est donc nécessaire à l'appropriation de ces

---

<sup>158</sup> BRUN A. (2013). Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. Dans Brun A., Chouvier B. & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp. 122-159). Paris : Dunod.

transformations. Dans les trois situations cliniques que sont Anaïs, Nabil et Jean, ce travail de réactivation de la mémoire sensorielle semble à l'œuvre : en effet, le contact avec les différents médiums convoque ces traces perceptives, le corps de chacun de ces enfants s'anime différemment, le registre sensori-moteur devient central dans la tentative de liaison. Le passage par l'acte est pris en compte par les différents soignants, souvent co-thérapeutes de ces différents cadres-dispositifs. La remémoration est en mouvement et les co-thérapeutes en présence font office de « pensoir » au sens donné par Bion c'est-à-dire d'un appareil de symbolisation, ici externalisé. En ce sens, les soignants dans leur fonction symbolisante assurent ce qui n'est pas encore pour le jeune patient : un espace psychique délimité entre un dedans et un dehors. Ce dernier garde en mémoire l'histoire qui se déroule dans le cadre de l'atelier à médiation thérapeutique pour et avec le patient. Cette historisation va s'accompagner d'une temporalisation de l'espace de soin et l'institution par le biais de son dispositif analysant va aider le soignant à inscrire cet ensemble. En effet, la rythmicité des réunions d'équipe, cliniques et de régulation va avoir comme effet attendu de marquer ces deux formants que sont : historicité et temporalité. Mais évidemment ce qui est proposé par l'institution ne suffit pas et le plus souvent les soignants pris dans une a-temporalité, se collent à l'actuel déployant alors un tableau clinique constitué d'éléments épars et factuels. Il est plus aisé de saisir que dans le cadre de chacun des ateliers à médiations thérapeutiques proposé à un jeune patient un processus s'organise et se déploie, il participe à une émergence de la subjectivité de ce dernier. Ces cadres-dispositifs induisent un processus de métabolisation du registre sensorimoteur en figurable, à partir de l'attention des soignants qui va prendre en compte l'affleurement de ces formes primaires de symbolisation. Ces dernières vont alors être à l'origine de toute l'évolution du procès de symbolisation. A. Brun souligne

*« En lien avec la réactualisation des sensations hallucinées, le travail du « médium malléable » par le patient, va permettre l'émergence et la mise en forme de proto-représentations, qui renvoient à une inscription des premières expériences de la relation à l'objet, expérience d'ordre affectif et sensoriel. Ces protoreprésentations se caractérisent par une indissociabilité entre corps, psyché et monde, ou entre espace corporel, espace*

*psychique et espace extérieur. C'est la façon dont P. Aulagnier définit les pictogrammes, proches aussi des formes autistiques, décrites par F. Tustin (1986) »<sup>199</sup> (Brun, 2013, p. 137)*

C'est cette indissociabilité entre « corps, psyché et monde, ou entre espace corporel, espace psychique et espace extérieur » qui achoppe pour l'équipe soignante. En effet, leur rigidité face aux différences établies entre les espaces de soins les protège d'une part de l'invasion psychique auquel ils sont soumis par les patients et d'autre part vient barrer la route à une potentielle liaison psychique justement de ces différentes mises en forme de proto-représentations qui viennent se déployer sur l'ensemble des zones de l'institution de manière indifférenciée. C'est ainsi que le « transfert de transfert » opérant sur la scène institutionnelle trouve le clivage comme réponse. L'emprise de l'équipe soignante, alors agissante, oblige le jeune patient à amplifier ses agirs. Ces derniers, envisagés par le groupe des soignants comme des rejetons de Thanatos, tente de les araser, ce qui pour effet d'amplifier encore plus les manifestations corporelles chez l'enfant. L'action de penser induit par le petit groupe de travail va permettre l'émergence d'une hypothèse où les agirs seraient des mouvements inscrits dans des chaînes associatives sensori-motrices d'ensemble. Eros peut alors commencer à être reconnu. Cette reconnaissance va induire dans l'espace interstitiel l'émergence de deux corps à la recherche des ajustements primaires. Une sensibilité émergente du soignant va permettre le déploiement d'un appareil mémoriel de l'ensemble des mouvements corporels. La capacité pour cet appareil mémoriel institutionnel à garder des souvenirs va offrir la possibilité d'organiser un récit où la trouée transférentielle pourra être suturée ce qui permettra que l'enfant se manifeste à lui-même, que la réflexivité soit à l'œuvre.

---

<sup>199</sup> BRUN A. (2013). Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. Dans Brun A., Chouvier B. & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp 122-159). Paris : Dunod.

## SYNTHESE PARTIE 9

### LE TRANSFERT DU TRANSFERT COMME LIAISON DES ILOTS MOÏQUES

Le transfert du transfert est au centre de la clinique institutionnelle et, si l'ensemble institutionnel ne le prend pas suffisamment en compte, le risque est grand que le « bruyant » et la destructivité des mouvements transférentiels sidèrent les processus de pensées donc d'élaboration. Dans cet objectif, l'institution doit considérer « un double institutionnel suturant », c'est à dire un espace analysant, qui va venir s'ajuster aux manifestations transférentielles des jeunes patients, à l'œuvre dans des mises en scène essentiellement sensori-motrices.

Le langage mimo-gesto-postural qui se déploie sur la scène institutionnelle est comme des îlots moïques en attente de rassemblement, en attente d'un miroir suffisamment réfléchissant pour manteler ensemble des morceaux de corps en agitation permanente. Ces morceaux de corps sont des zones érogénéisées par la relance des processus de symbolisation, issue essentiellement des ateliers à médiations thérapeutiques. Des mouvements transférentiels massifs vont se déployer sur la grande scène de l'institution et l'ensemble institutionnel, sans distinction aucune entre les espaces, mais l'absence de miroir interne chez le patient va rendre ses mouvements transférentiels étranges, sans signe reconnaissable.

Si, à partir de là, l'institution ne reconnaît pas ces manifestations comme un transfert de transfert, le processus soignant va alors être comme pris dans un étau, figeant tout mouvement et toute possibilité pour le patient de se déployer.

## 10. VERS LA SYMBOLISATION INSTITUTIONNELLE DU REGISTRE SENSORI-MOTEUR

Le « transfert de transfert » est au centre de la clinique institutionnelle, sa prise en compte nécessite que chacun des soignants soit en permanence en contact psychique avec l'ensemble institutionnel : une « peau commune » institutionnelle en somme. Une « peau commune » dont « l'élasticité » serait une des qualités principales et pour ce faire la création d'espaces de pensées articulatoires est nécessaire. L'équipe soignante est soumise à rude épreuve : éclatement, déchirure, explosion, effacement, disparition, effraction sont des menaces transférentielles auxquelles chacun et l'ensemble sont assujettis en permanence. Ces menaces transférentielles induisent des réactions mortifères et en écho, clivage, déni et haine sont à l'œuvre tant dans les liens entre soignants que dans le travail avec les enfants. Ces vécus contre-transférentiels négatifs sont donc à mettre au travail de pensées au lieu d'être considérés comme des déchets dont il serait nécessaire de se débarrasser pour la bonne marche de l'institution. Autant les éléments contre-transférentiels négatifs circonscrits dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques sont considérés comme du matériel clinique de fait à explorer, autant ceux induits par les espaces interstitiels sont à éradiquer. Le corps de l'enfant, dans ces espaces non dédiés au déploiement transférentiel, est à dompter, l'acte est quant à lui à abraser. Chouvier souligne :

*« L'acte, dans le champ clinique et non en soi, est généralement connoté négativement. Cela s'explique aisément par le fait de la valorisation primordiale de la puissance élaboration de la parole. Le dire n'est pas l'antagonisme du faire, il en est ici et ici seulement, le contrepoint, la contrepartie nécessaire pour favoriser d'une part l'émergence de représentation chargées négativement et de ce fait même refoulées, déniées ou rejetées*

*selon les modalités défensives privilégiées par le sujet, et d'autre part pour développer ou débloquer les échanges relationnels avec l'objet »<sup>160</sup> (Chouvier, 2008, p.33)*

L'articulaire dont il était question précédemment prend son sens ici, dans une intention de faire jointure entre les différents espaces de l'institution comme des lieux reconnus différents et différenciés et constituant un seul ensemble. Le clivage se loge à cet endroit, il y fait son œuvre. La menace d'être détruit est grande et induit une angoisse débordante contre laquelle il devient urgent pour l'institution de se protéger. L'identification projective est ici à l'œuvre et par ailleurs, l'institution vient inconsciemment faire répétition et ainsi, renforcer l'impossible liaison dont l'enfant est en quête de sens. Le traumatique agit dans le transfert et la transitionnalité fait défaut. Le contre-transfert négatif de l'équipe soignante altère toute empathie pour l'enfant et c'est grâce à cette reconnaissance du négatif et du vécu d'échec que l'institution pourra retrouver « l'élasticité » nécessaire au cadre et viser une potentielle sortie de l'impasse. En somme à partir du moment où l'institution aura eu accès à ses propres défaillances et les aura reconnu comme telles, cette dernière pourra sortir de son discours savant et son processus de pensée se déploiera autrement. L'acte et la chaîne sensori-motrice en mouvements seront alors considérés comme des signaux d'appel en attente de symbolisation, ce que j'ai nommé la transformation des faits divers en faits cliniques.

## **10.1 Des processus de symbolisation dans les ateliers à médiations à une symbolisation institutionnelle**

Le transfert se trouve être indiqué par l'institution dans les cadres-dispositifs des ateliers à médiations thérapeutiques. À cet effet, il fait l'objet d'une mise au travail de ses effets donc des vécus contre-transférentiels des soignants dans un dispositif

---

<sup>160</sup> CHOUVIER B. (2008). L'acte symbolique : donner un corps au fantasme. Dans Chouvier B. & Roussillon R., *Corps, acte et symbolisation*, (pp. 7-20). Bruxelles : De Boeck.

analysant qui est la régulation. L'institution offre ainsi une place reconnue de thérapeute aux soignants qui officient dans ces espaces ; ces derniers basculent dans une fonction autre, celle de « soignant généraliste » lorsqu'ils se retrouvent dans « l'espace d'accueil » : espace de transition entre deux lieux de soin officiel. Ce basculement dans l'agora institutionnelle induit une position de « citoyen adulte » représentant de la loi qui vient à ignorer alors la chaîne processuelle du soin et des transferts dont lui-même fait pourtant partie, en clivant les différents espaces, clivant par la-même les bourgeons de symbolisation en quête de liaison et de continuité.

Dans le cadre des différents ateliers à médiations dont bénéficie l'enfant, les soignants-thérapeutes sont attentifs au déploiement du processus qui s'inscrit entre historisation et temporalité. Il s'agit ici des processus de symbolisation pour symboliser l'archaïque qui restent circonscrits dans des espaces bien définis. L'ensemble institutionnel en idéalisant fortement la fonction de thérapeute et en envisageant le transfert comme indiqué uniquement dans les espaces dédiés, à savoir les ateliers à médiations thérapeutiques, va elle-même engendrer des trouées transférentielles qui ne permettront pas à l'enfant de lier ensemble les îlots moïques émergents. Le processus de liaison psychique va donc faire défaut. Le travail de liaison n'est pas opérant au sein de l'appareil psychique institutionnel. Ici, le terme de processus ne semble pas être reconnu en terme de succession des opérations qui forment l'activité du psychisme à l'intérieur d'un même ensemble institutionnel. Le mouvement processuel semble plutôt s'établir à partir de la continuité des différents ateliers à médiations thérapeutiques dont bénéficie l'enfant, une temporalité singulière s'organise ignorant alors la temporalité et la rythmicité de l'ensemble institutionnel. L'enfant se trouve donc soumis à des temporalités et des rythmicités différentes qui ont pour effet de le confronter paradoxalement à une désorganisation de son intériorité en pleine émergence. Ce paradoxe doit avoir un effet sur ses agitations répétées. Ce qui revient à souligner l'importance de l'interaction entre des formants internes et l'environnement.

C'est le caractère traumatique d'un environnement instable qui se manifeste ici par son incapacité à lier les temporalités et à unifier les rythmicités auxquelles l'enfant se trouve soumis. La violence induite par une telle force conduit à penser à la dépendance originelle du nourrisson à son environnement maternant que Freud souligne



« L'organisme humain, à ses stades précoces est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état de l'enfant. Ce dernier l'a alertée du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements internes (par les cris de l'enfant par exemple). La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la compréhension mutuelle »<sup>161</sup> (Freud, 1895, p.336)

Quelles conséquences peuvent avoir sur l'enfant un non perçu, une incompréhension d'un mouvement pulsionnel de décharge ? Le malentendu qui en découle va semble-t-il, dans les situations qui nous occupent ici, amener l'enfant à renouveler d'un espace à un autre ses tentatives pour être entendu. Ce renouvellement peut-être envisagé comme un mouvement de désespérance qui se retourne alors en son contraire aux yeux de l'environnement. Ce dernier se percevant comme attaqué se protège en se rendant insensible. L'état psychique très singulier de la mère que Winnicott nomme « préoccupation maternelle primaire », c'est-à-dire cette disposition particulière caractérisée par une extrême sensibilité pour tout ce qui concerne le nourrisson, ne fonctionne pas. Cet état particulier qui permet l'étayage du Moi de l'enfant en lui offrant une continuité d'existence et la faculté de se développer dans un milieu sécurisant, parfaitement adapté à ses besoins ne se présente pas à l'enfant dans les temps interstitiels. Par ailleurs, antérieurement, la qualité de présence maternelle est fondamentale consécutive à la naissance de l'enfant. Ce dernier perçoit alors des sensations corporelles inédites jaillissantes et nécessite une attention s'ajustant à ses perceptions afin que la rupture n'ait pas lieu dans le passage entre le milieu intra et extra utérin. À l'extrême sensibilité de l'enfant s'ajuste la réceptivité extrême de l'environnement maternel : une indifférenciation première est nécessaire pour que dans un temps second émerge les bordures du lien à l'autre si tout se tisse dans de bonnes conditions. Freud considère que

---

<sup>161</sup> FREUD S. (1895). Esquisse pour une psychologie scientifique. Dans *La naissance de la psychanalyse*, (tr.fr). Paris : Puf, 1956.

« Vie intra-utérine et première enfance sont bien plus un continuum que la césure frappante de l'acte de la naissance ne nous laisse le croire »<sup>162</sup> (Freud, 1926, p.62)

Freud par cette assertion juge inconcevable la théorisation de Rank selon laquelle la naissance serait le premier épisode traumatique et l'angoisse la reviviscence de ce dernier. En ce sens, la naissance ne serait pas traumatisme et les excitations qui assiègent l'enfant annoncent les temps prochains des relations objectales :

« Le fœtus ne peut rien remarquer d'autre qu'une perturbation considérable dans l'économie de sa libido narcissique. De grandes quantités d'excitations lui parviennent, sources des sensations de déplaisir nouvelles; maints organes acquièrent par contrainte des investissements accrus, ce qui est un prélude à l'investissement d'objet qui va bientôt commencer »<sup>163</sup> (Freud, 1926, p.59)

Mais lorsque tout ne se passe pas bien et que l'enfant se trouve envahi par des excitations, le danger surgit. L'enfant a alors besoin d'un environnement qui parvienne à l'apaiser donc à faire disparaître le danger qui pourrait faire rupture par un en trop. A. Green indique

« Le moi est marqué par deux types d'angoisses : d'une part les angoisses de séparation, d'autre part les angoisses d'intrusion c'est à dire que nous voyons là que la notion de limite du moi prend un sens très précis, puisqu'il s'agit de jouer sur ces limites »<sup>164</sup> (Green, 1999, p.39)

L'enfant lâché trop tôt va avoir une enveloppe dont les bords sont encore trop inconsistants pour servir de point de résistance

---

<sup>162</sup> FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* (tr.fr). Paris : Puf, 1981.

<sup>163</sup> Ibid

<sup>164</sup> GREEN A. (1999). Genèse et situations des états limites. Dans André J. (Eds), *Les états-limites*, (pp 23-68). Paris : Puf.

« (...) La résistance de la mère permettra au bébé de trouver un bord consistant et de percevoir une forme enveloppante (...) sans avoir eu la possibilité de fabriquer des formes utilisables mentalement, il ne peut que s'agripper à ses propres mouvements, se débattre pour susciter la rencontre avec l'autre. Lorsque le bord est inconsistant ou inexistant, lorsque le bébé ne trouve pas de réponse maternelle contenant, il est amené à insister jusqu'à forcer la réponse de l'autre ; rentrer dedans peut être une modalité concrète de rentrer en contact (...) L'enveloppe fine et fragile, voire inconsistante, du self va être entamée depuis l'intérieur par les projections du bébé vers l'autre : le mécanisme psychique est alors une identification projective intense »<sup>165</sup> (Prat, 2011, p.28)

Cette auteure vient confirmer l'hypothèse selon laquelle les agirs et les mouvements corporels déployés dans « l'espace d'accueil » seraient le signe d'une inconsistance des bords du corps et dans le même temps, ces mêmes bords commencent à exister et se mettent à la recherche d'un autre pour être senti et se sentir. Le rôle de l'environnement est éminent et la rencontre avec un « objet autre-sujet » est déterminante dans le temps de l'émergence et de la constitution du sujet. Le développement de la psyché avec ses dispositions à pouvoir se protéger de probables effractions est soumis à la qualité de réponse de l'environnement. En effet, la vie pulsionnelle est toujours débordante et trop hâtive pour un tel appareillage psychique insuffisamment organisé comme celui de l'enfant. Le maternel dans sa fonction de « porte-parole » au sens donné par P. Aulagnier va venir étayer la psyché de l'enfant dans le fait de faire face aux sensations qui l'assiègent et dont elle ne comprend pas le sens. Cette fonction de traducteur d'un environnement maternel suffisamment attentif est fondamentale pour que l'enfant ait accès à l'objet attendu, à son désir.

En ce sens, les thérapeutes animateurs des ateliers à médiations thérapeutiques peuvent prendre la parole dans le cadre des réunions institutionnelles et témoigner des processus de symbolisation engagés au sein de ces cadres-dispositifs. Ces mêmes thérapeutes dans la place de soignant au sujet du même enfant vont évoquer les associations sensorimotrices se déployant dans l'espace d'accueil comme des agirs sans

---

<sup>165</sup> PRAT (2011). Aux origines du narcissisme...l'autre : nature des expériences relationnelles précoces. *Le carnet Psy* (153), 24-32. Paris : Cazaubon.

valeur messagère. L'inscription de ces « agirs » dans une chaîne sensori-motrice nécessite de la part des soignants dans un temps premier, une capacité à se penser eux-mêmes suffisamment unifiés au sein de l'institution. Sinon, le risque de l'engouffrement dans les failles abyssales de la béance présentées par les jeunes patients reste grand.

*« L'agir surgira alors comme réminiscence sensori-motrice de ce qui n'a jamais pu venir se représenter du lien à l'objet »<sup>166</sup> (Ciavaldini, 2005, p.159)*

Ciavaldini, à partir d'une clinique adolescente violente, visite les agirs et indique que les carences maternelles entraînent à un inachèvement de l'affect. Les soins premiers donnés à l'enfant se réduisent à la manipulation du corps de ce dernier. À partir de là, le processus d'affectation ne peut se déployer et l'enfant se retrouve en proie à une excitation qui est désorganisatrice. L'enfant est, par conséquent, privé de tout accès à la subjectivation. L'agir fait partie du processus de construction des affects mais nécessite un autre en présence pour aboutir à son accomplissement. L'environnement maternel par la qualité de sa présence et la réponse apportée à l'enfant à cet endroit est primordial. Winnicott a fait de cette question un objet central de son travail d'élaboration. Cet auteur présuppose une non intégration du Moi au début de la vie. Cela implique que l'enfant va vivre des angoisses inimaginables :

*« Se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation »<sup>167</sup> (Winnicott, 1962, p.11)*

Ces angoisses archaïques sont éprouvées concrètement par l'enfant et leurs transformations vont dépendre de l'environnement maternant et de la qualité des soins prodigués. Winnicott va avancer des fonctions maternelles indispensables au

---

<sup>166</sup> CIAVALDINI A. (2005). L'agir, un affect inachevé. *Monographies de psychanalyse*, (pp. 137-161). Paris : Puf.

<sup>167</sup> WINNICOTT D. W. (1962). Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. Dans Winnicott D.W., *Processus de maturation chez l'enfant*, (pp.9-18), (tr.fr). Paris : Payot, 1970.

développement de l'enfant : « Le holding » (ou portage) est une fonction de contenance qui permet au bébé de se sentir « unifié » à une période de sa vie où il en est encore incapable à cause de ses processus internes insuffisamment matures. « Le handling » (ou maintenance) où le bébé commence à se sentir être « une personne » grâce à la fonction de « maintenance » qui se décline par le rythme des soins, leur concordance à ceux de l'enfant, l'ajustement de la gestuelle. Une unité psyché-soma se constitue alors. Par ailleurs, la capacité de l'environnement maternel à présenter à l'enfant le bon objet au bon moment lui permet de vivre une expérience d'omnipotence. Cette dernière va ensuite s'atténuer par une moindre adaptation de l'environnement et permettra le déploiement des relations objectales. C'est un temps de désillusion qui inaugure le temps de la rencontre avec l'autre séparé de soi. La mère « suffisamment bonne » va trouver encore des ressources afin que tout se déploie avec délicatesse. L'illusion va ouvrir alors la porte aux phénomènes transitionnels. Cependant, si l'enfant ne trouve pas les conditions nécessaires, il peut pour se sauvegarder, développer un « faux self », c'est à dire avoir recours à un clivage de la personnalité. Le « faux self », écrit Winnicott, s'organise afin de protéger le « vrai self » de la destruction. Le « faux self » va priver le sujet de contacts avec l'extérieur qui normalement viennent nourrir le « vrai self » et ainsi construire une réalité intérieure. Il va donc conduire à un sentiment d'irréalité et d'inauthenticité. La constitution du « faux self » inclut de multiples niveaux qui vont se déclinier de la normalité avec une adaptation à la vie sociale aux pathologies limites et même de manière exagérée à une présentation autistique. À l'opposé, le déploiement du « vrai self » permet peu à peu à l'enfant d'obtenir un sentiment continu d'exister et d'accéder à une authenticité réelle et créatrice. La permanence du sentiment d'exister permet de faire face aux ruptures du sentiment d'exister sans pour autant se sentir menacer d'annihilation.

Ces différents auteurs montrent combien est primordiale la capacité de la mère à exercer la fonction de Moi-auxiliaire dans le lien à un enfant dont le Moi est seulement à l'état d'ébauche. Bien évidemment, d'autres auteurs tels que Spitz au sujet de son travail sur les relations précoces et les conséquences des séparations subies par l'enfant après que ce dernier ait vécu l'expérience de relations satisfaisantes, permet de découvrir que le besoin vital de l'enfant recouvre autant les soins matériels premiers, qu'une relation de proximité chaleureuse. L'auteur va considérer, dans une étude, les conséquences sur le développement de l'enfant âgé de trois à six mois d'une séparation longue de plusieurs mois. Il indique que dans ces conditions, l'enfant va rapidement exprimer sa

détresse en cessant de recourir à la décharge motrice et affective. Une dépression de type anaclitique va alors s'organiser découlant d'une évolution où l'enfant va d'abord pleurer, s'accrocher, ensuite il va cesser de pleurer, va se plaindre et amorcer une perte de poids. Il va finalement refuser le contact et resté couché sur le ventre, s'ensuit alors une rigidité faciale. Si l'enfant retrouve son environnement dans un délai inférieur à cinq mois, ce dernier se restaure mais à contrario, si la séparation perdure, le syndrome se renforce et c'est un état d'hospitalisme qui s'organise et de manière irréversible. Spitz, dans ses travaux, prend en compte la pulsion et plus précisément il montre que cette évolution psychopathologique liée à la séparation a des effets sur le développement pulsionnel. En cela, il met en évidence que le développement pulsionnel est radicalement lié aux relations que le nourrisson entretient avec son objet d'amour. Pulsions libidinales et pulsions agressives trouvent alors dans ces liens d'attachement à l'objet d'amour des voies de décharges satisfaisantes. Avec la séparation de l'objet d'amour, les pulsions agressives vont aussi être privées de but extérieur, elles se retournent alors sur l'enfant lui-même. Par ailleurs, les activités auto-érotiques s'amenuisent jusqu'à disparaître : l'enfant n'étant plus en capacité de prendre son corps comme objet d'amour, il va régresser à un narcissisme primaire où les pulsions de vie sont employées à la sauvegarde de la vie physique. Pour cet auteur, l'enfant privé de son objet d'amour ne va plus recevoir de réponse, les pulsions de vie vont alors basculer sur le versant du mortifère.

Nous voyons combien la qualité de réponse de l'environnement adressée à l'enfant est première dans son développement et que les défaillances des entours impactent directement les capacités de l'enfant à s'inscrire tant du côté intrasubjectif que dans la relation à l'autre. Dans le cadre du soin institutionnel, il est fondamental de prendre en compte les réactions défensives des soignants nommées ici résistances contre-transférentielles. Par ailleurs, les vécus contre-transférentiels doivent prendre en considération le contre-transfert corporel. Pour ce faire, le cadre institutionnel doit être en mesure de proposer au groupe des soignants un dispositif analysant avec des espaces d'élaboration qui offrent la possibilité de penser l'intrication de ces différents phénomènes, non pas pour les maîtriser mais plutôt pour les remettre en circulation et les lier. Une qualité fondamentale de ce dispositif analysant serait son « élasticité » c'est-à-dire la capacité de ce dernier à changer de forme dans le but d'accéder à une meilleure compréhension de certains phénomènes se déployant au sein de l'institution. Envisager

ces phénomènes comme des signes qui insistent pour se faire entendre plutôt que pour cliver. Ici, le petit groupe de travail est un exemple de co-création qui s'inscrit dans le dispositif analysant de manière précaire avec l'intention première de proposer un espace d'élaboration basé sur des vécus contre-transférentiels haineux et meurtriers où la pulsion de mort à l'œuvre venait obérer le processus de soin. Il a permis la liaison des processus de symbolisation à l'œuvre dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques avec les phénomènes qui se déroulaient dans l'espace d'accueil et ainsi :

- Envisager ces derniers comme le maillon d'une chaîne transférentielle plutôt que comme des actes clivés et clivants.
- Permettre l'accession de ces phénomènes dans une dimension institutionnelle en les liant aux différentes formes de symbolisation.

Cette assertion permet à présent d'envisager les mouvements transférentiels comme un transfert institutionnel où les différents espaces sont liés entre eux grâce à leur potentialité soignante partagée et partageable par l'équipe soignante. Par exemple, le travail de symbolisation qui se déploie dans le cadre d'un atelier à médiation thérapeutique peut à présent trouver un lien ou une suite dans l'espace d'accueil par un geste de l'enfant qui est repris et accueilli par les soignants en présence. Ceci dans la mesure où les soignants en présence ont pu garder en mémoire entier et l'enfant et la chaîne de soins dans laquelle est inscrit ce dernier. Le petit groupe de travail est comme le révélateur de la capacité des soignants à se sentir, à se voir et à s'entendre eux-mêmes d'abord tant dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques que dans l'espace d'accueil sous une forme plus unifiée. En somme, les vécus contre-transférentiels évoqués dans le cadre du petit groupe de travail ont permis aux soignants en présence de percevoir leur propre parcours dans la chaîne de soins organisé dans un rythme alterné entre atelier à médiations thérapeutiques et espace d'accueil, envisagé comme un espace de transition. Comme les jeunes patients, ils traversent le cadre de soin dans des dispositifs qui se succèdent, jusqu'alors sans continuité aucune dans la mesure où un clivage opérait entre les fonctions de soignant et de thérapeute. La continuité des espaces suffisamment repérée a eu comme effet de participer à l'organisation de la continuité psychique des soignants, continuité qu'ils ont pu offrir à partir de là à Anaïs et à Nabil dans leur processus singulier. Mais c'est comme si cette unité entre les deux fonctions de thérapeute et de soignant devenait surface de projection sur laquelle les jeunes patients peuvent alors projeter tant leurs angoisses archaïques que des parties

clivées d'eux-mêmes et aujourd'hui envisagés comme reliés.

## 10.2. Dispositif institutionnel et symbolisation du registre sensori-moteur

Sur la scène institutionnelle, le corps est présent en permanence, l'enfant bouge, émet des sons, crie, se cogne, tourbillonne. La question est centrale dans la clinique déployée dans le cadre de ce travail avec les enfants psychotiques et autistes : comment chaque enfant ressent-il son corps, comment se perçoit-il dans l'espace ?

Le corps joue un rôle fondamental dans la formation de l'identité et du Moi du sujet. Le corps, grâce à son contour, son épaisseur et sa solidité établis, va permettre l'assurance et la certitude d'une différenciation avec un autre et dans un second temps une distinction. Avant de parvenir à l'état de sujet souligné ci-dessus, les patients reçus à l'hôpital de jour bénéficient d'un dispositif de soin organisé autour des ateliers à médiations thérapeutiques. Nous allons ici être attentif au déploiement de la théorisation de A. Brun sur cette question fondamentale dans les lieux de soin institutionnels au sujet des ateliers à médiations thérapeutiques. Ces derniers, selon l'auteure permettent d'engager des processus de symbolisation spécifiques par la mise en jeu de la sensori-motricité des patients dans la confrontation à un médium sensoriel comme la peinture, la terre ou le collage. À partir de là, des premières formes de représentation vont émerger, elles sont aussi appelées « proto-représentations » : inscription des premières expériences de la relation à l'objet. Ces expériences sont d'ordre sensoriel et affectif.

A. Brun indique

*« Mon hypothèse centrale sera donc celle d'une chaîne associative formelle à l'œuvre pour tout sujet dans le cadre des médiations thérapeutiques (...) En groupe, on pourra parler de chaîne associative formelle de groupe. Le travail du médium va en effet susciter des*



*messages corporels, visuels, kinesthésiques, mimo-gestuo-posturaux et on verra que si les thérapeutes prennent en compte comme des messages ces pictogrammes et signifiants formels, qui, par définition, sont vécus par le sujet comme étrangers à lui-même, ne sont pas appropriés, il sera possible de les transformer au décours du travail thérapeutique en véritable messages dont les enfants seront les sujets et qu'ils pourrons adresser aux autres, au groupe et aux thérapeutes, dans les interrelations au sein de l'atelier avec les thérapeutes mais aussi le cas échéant avec le groupe d'enfants »<sup>168</sup> (Brun, 2013, p.137)*

Ces ateliers à médiations thérapeutiques ont pour intention, grâce au travail du médiateur, de favoriser la liaison entre les traces perceptives réactivées et les traces représentatives. Ces dispositifs de médiations thérapeutiques vont prendre en compte un langage autre que verbal et le langage de la motricité sera ici prépondérant. Nous sommes donc dans une forme spécifique d'associativité qui est non verbale :

*« Qui se déploie avec le médium, une associativité liée à la dynamique sensorimotrice et à l'enchaînement des formes et des déformations que les patients font subir au médium. En présence d'enfants psychotiques, le thérapeute sera attentif à la gestualité des enfants, à leurs mimiques, à leurs postures corporelles, à toute la dynamique mimo-gestuo-posturale, mais aussi au choix de tel ou tel matériau, de telle ou telle technique, ainsi qu'à la façon dont s'enchaîne au fil des ateliers thérapeutiques toute cette dynamique sensorimotrice pour chaque petit patient et pour le groupe »<sup>169</sup> (Brun, 2014, p.437)*

Il est ici question de l'accès à la symbolisation primaire (Roussillon 2001) à partir de l'associativité sensorimotrice en ce sens que la question de la liberté est centrale dans le cadre de ces dispositifs, elle a pour but de favoriser ces processus associatifs sensorimoteurs. Le transfert ici est singulier, il opère sur la matérialité du médium. C'est

---

<sup>168</sup> BRUN A. (2013). Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. Dans Brun A., Chouvier B. & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp 121-158). Paris : Dunod.

<sup>169</sup> BRUN A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *Psychiatrie de l'enfant* (57), 437-464. Paris : Puf.

un transfert sur le cadre : les enfants vont dans ces groupes à médiations thérapeutiques projeter la matière morcelée de leur monde interne tant sur les thérapeutes que sur les autres enfants du groupe et sur les formants du cadre matériel. C'est donc un transfert par diffraction sensorielle (Brun, 2007, p.63-66). Le cadre matériel dont l'objet médiateur jouent un rôle fondateur dans le processus qui est décrit ici : en effet,

*« Les représentants spatiaux et architecturaux décrits par Geneviève Haag (1998) à partir des travaux de José Bleger correspondent à la façon dont se déploient, au sein du cadre thérapeutique, les projections spatiales et architecturales de l'image du corps, et renvoient aux premières identifications ou liaisons intracorporelles qui contribuent à construire l'image du corps et de l'espace »<sup>170</sup> (Brun, 2014, p.443-444)*

Au départ, une indifférenciation est constatée par l'auteure entre le corps de l'enfant, la matière picturale, les différents instruments mis à disposition, à cela il est remarquable de constater une relation spéculaire entre l'enfant et le médium. Elles vont dans un second temps prendre forme dans l'objet médiateur : des figures vont alors émerger et devenir transformables. Nous assistons alors à une émergence et à une mise en forme des signifiants formels (Anzieu, 1987). L'évolution du travail va conduire vers la constitution d'un premier fond et ensuite d'un second, aboutissant sur des formes représentatives avec un contenu figuratif. C'est donc un processus particulièrement éprouvant pour tous les acteurs de ces ateliers (jeunes patients et thérapeutes) et dans le même temps fulgurant dans la mesure où il s'agit d'assister dans le temps à l'émergence d'un sujet.

Ces ateliers à médiations thérapeutiques jalonnent le parcours des jeunes patients au sein d'un lieu de soin institutionnel, ils soulèvent des angoisses et des ressentis violents et foudroyants. Ce sont donc ces mêmes enfants qui se retrouvent dans l'espace d'accueil, ces derniers vont alors se manifester comme nous l'avons montré précédemment de manière bruyante et violente tant à la sortie de ces espaces de soin

---

<sup>170</sup> BRUN A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *Psychiatrie de l'enfant* (57), 437-464. Paris : Puf.

qu'au départ. A. Brun a souligné que dans ces cadres-dispositifs, ces enfants doivent bénéficier de toute la liberté possible dans le but de favoriser les associations sensorimotrices. En ce sens, l'espace interstitiel nommé espace d'accueil doit se rendre suffisamment sensible pour tenter de lier les formes émergentes dans la mesure où ces jeunes patients ne percevant pas encore la différenciation des espaces vont prolonger leurs associations sensorimotrices sur d'autres supports et personnes se trouvant dans l'espace d'accueil. Nous l'avons vu, pour ce faire il a dans un premier temps été nécessaire que la continuité de ces espaces s'organise pour les soignants. Le petit groupe de travail a permis par son dispositif exploratoire à ces derniers de se sentir dans une continuité des espaces grâce à l'hypothèse centrale qui consiste à dire que « l'espace d'accueil » est un lieu de soin équivalent aux différents ateliers à médiations thérapeutiques même si le cadre n'est à priori pas le même. Mais en se rendant plus vigilants, les soignants participant au petit groupe de travail se sont rendus compte de la régularité et de la rythmicité dans laquelle les enfants étaient inscrits dans « l'espace d'accueil » : chaque semaine ces derniers ont un emploi du temps qui reste généralement le même, ils retrouvent les mêmes soignants, investissent les mêmes espaces et les mêmes objets. Par ailleurs, une attention portée au niveau des passages entre « espace d'accueil » et ateliers à médiations thérapeutiques a permis de découvrir la continuité d'un geste de l'enfant engagé dans un espace ou un autre ou d'un mouvement. Le langage sensorimoteur s'organise à partir de là, pour les soignants dans une chaîne associative. Il est fondamental de se rendre compte que le transfert s'organise comme dans les ateliers à médiations thérapeutiques sur le cadre et par diffraction sensorielle (A. Brun, 2007) et s'inscrit dans une chaîne de transferts. Encore faut-il que les soignants aient un lieu pour le dire, le déposer et ensuite élaborer leurs vécus contre-transférentiels. La circulation d'Anaïs et de Nabil dans « l'espace d'accueil » a été l'objet de ces explorations et de ces observations de la part des membres de ce petit groupe de travail. Les soignants participants au petit groupe de travail ont bénéficié dans le temps de l'après-coup d'un espace pour déposer le matériel clinique recueilli, le mettre en récit et l'élaborer : les effets ont été surprenants dans le sens d'un changement des manifestations corporelles de ces enfants qui sont devenus moins bruyantes pour l'ensemble institutionnel en lien avec une modification chez les soignants de leur disponibilité et corporelle et psychique. Un langage a émergé, il est sensorimoteur. Le mouvement est reconnu comme ayant une valeur messagère et des conduites d'imitation sont repérées entre les enfants, entre les enfants et les adultes dans l'espace d'accueil. Le tableau décrit ici, n'apparaît pas comme un surgissement c'est l'attention

portée par les soignants qui s'est modifiée donnant au chaos premier la forme d'un processus associatif : un processus associatif essentiellement corporel se fait jour avec des embryons d'intentionnalité. Nous assistons ici à la construction d'un partage d'émotions et les soignants participant au petit groupe peuvent raconter des ébauches de plaisirs partagés notamment dans des échanges de regards ou des contacts physiques plus doux. Le cadre de « l'espace d'accueil » est devenu un objet investi par les soignants, il est présenté aux enfants comme tel.

Ces figurations empruntent la voie du corps. Le corps des soignants devient donc le lieu de transfert de ces angoisses archaïques, de ces vécus précoces, ceux dont M. Little dit qu'ils donnent lieu à une mémoire corporelle. En ce sens, la mémoire du corps des soignants est alors elle aussi sollicitée. À ce niveau, l'échange est corporel, il s'organise en un dialogue corporel, voire un ballet corporel entre l'enfant et le soignant. Je souligne ici les modifications et les transformations notables au long cours des rencontres de ces conversations corporelles entre Anaïs et certains soignants et Nabil avec d'autres. Lorsque ce dernier, par exemple, demande à un soignant en présence de reprendre le geste qu'il vient de voir adressé à un autre enfant ou quand il fait le tour du corps d'un soignant, qui à son tour « danse » le même « cercle » autour de lui, il y a de la jubilation, comme de sentir de l'air sur son corps ou de le voir être circonscrit. Comme si ici la question de la radicale existence était en jeu et que la demande se plaçait du côté de « l'échoïsation » des corps dans une « communication primitive » (MacDougall, 1978) . Ici, les vécus contre-transférentiels sont corporels.

« *Imiter c'est fabriquer du double* »<sup>171</sup> (Jacquet, 2010, p. 488)

---

<sup>171</sup> JACQUET E. (2010). Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants. *Psychiatrie de l'enfant* (53), 453-508. Paris : Puf.

### 10.3. Émergence des formes de symbolisation institutionnelle par la figure du double

L'investissement par les soignants de « l'espace d'accueil » comme un objet potentiellement satisfaisant narcissiquement modifie profondément leur rapport à cet espace et l'attention portée aux manifestations qui s'y déploient permet de saisir des formes (nouvelles) de symbolisation institutionnelle. Dans le but de rapporter des éléments cliniques dans le petit groupe de travail, les soignants vont se mettre à observer leurs propres mouvements internes. Cette écoute tournée vers leur intériorité ouvre sur une attention accordée à leurs pensées, leurs affects, leurs émotions, leurs contre-transferts et aussi les qualités de contact intertransférentielles. Cette observation de la part des soignants va engager une observation de l'observation. Il s'agit alors d'une position appelée « méta » qui est le socle du dialogue intérieur, socle à partir duquel peut s'organiser l'énonciation d'hypothèses à partir des processus repérés. Cette position « méta » oblige à « sortir de soi », il s'agit d'une certaine manière d'être médiateur de soi-même sur le regard porté sur soi-même. Une prise de distance émerge alors, un espace psychique s'ouvre entre la partie du sujet qui observe (auto-observe) et une autre qui est observée. G. Devereux signale que

*« la simple présence de l'observateur introduit une nouvelle variable dans la situation qu'il observe »<sup>172</sup> (Devereux, 1980, p.364)*

Une perturbation est introduite à partir de la manière même d'observer. Deux sujets s'observent et sont dans le même mouvement observés. Ici, cela implique une interaction. Des regards s'échangent, des imitations émergent. Cette émergence est tenue au départ mais néanmoins remarquable dans la mesure où jusqu'à présent, ces traces étaient souvent racontées comme figées dans des répétitions à l'infini, en somme des stéréotypies. En ce sens elles étaient devenues négligeables ou à négliger, envisagées

---

<sup>172</sup> DEVEREUX G. (1980). *De l'angoisse à la méthode*. Paris : Aubier.

uniquement sur le versant du mortifère. La pulsion de mort règne jusqu'alors en maîtresse dans « l'espace d'accueil ». E. Jacquet souligne

*« Or, il y a, au contraire nécessité de réhabiliter en quelque sorte ces comportements d'imitations, y compris les plus stéréotypées d'entre eux, comme des vecteurs organisateurs des chaînes associatives groupales, en mettant en évidence leur rôle dans les processus identificatoires (...) Cette démarche semble s'imposer, en effet, dans toute la réflexion sur la clinique de l'archaïque, du précoce et donc du protoreprésentatif, autrement dit là où la potentialité de sens est à débusquer du côté de la sensorialité et du comportement »<sup>173</sup> (Jacquet, 2010, p.464)*

Imitations, ajustements, gestuelle sont impalpables, ténus mais néanmoins remarquables à partir de la position d'observateur tenue par les membres du petit groupe. Elles concernent l'ébauche d'une répétition d'un geste ou l'investissement d'un même objet par deux enfants ou l'investissement d'un objet précédemment utilisé par un adulte par l'effleurement de ce dernier ou le regard posé sur une bouche qui parle et qui incite l'enfant à poser sa main sur la sienne. Un double apparaît ou plutôt un double est reconnu. Les soignants perçoivent dans la mise en récit des observations réalisées dans « l'espace d'accueil » l'émergence d'un processus associatif de ce qui est à présent devenu une suite de séquences plutôt que des temps séparés où un soignant reçoit un enfant non inscrit dans une continuité. Les séquences d'observation sont à présent inscrites dans une double perspective diachronique et synchronique.

Prendre en compte la notion de double induit un retour sur la fonction miroir de l'environnement tel qu'elle est décrite par Winnicott. L'auteur évoque le visage maternel comme miroir premier et même si celui-ci n'est pas perçu par le nourrisson il en est le précurseur. La mère en tant que double extérieur assure l'illusion narcissique primaire et toute séparation avec l'objet a un effet catastrophique et destructeur du sentiment de

---

<sup>173</sup> JACQUET E. (2010). Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants. *Psychiatrie de l'enfant* (53), 453-508. Paris : Puf.

continuité narcissique et d'identité.

R. Roussillon indique

*« Un double est un autre même, c'est un semblable, un miroir de soi mais c'est un autre, il n'y a pas de confusion entre soi et son double. Un double doit être suffisamment « même » pour être double de soi, mais il doit être suffisamment « autre » pour ne pas être soi-même. Entre mère et bébé le vecteur de la rencontre, celui qui conditionne le plaisir de la relation et peut-être même la composition psychique du plaisir lui-même, est le processus par lequel l'un et l'autre des deux partenaires se constituent comme miroir et non double de l'autre »<sup>174</sup> (Roussillon, 2014, p.62)*

Cette rencontre de la mère et du bébé « en double » qui conditionne le plaisir de la relation n'a pas eu lieu dans les pathologies limites ou elle a eu lieu mais de manière non suffisamment satisfaisante, en raison d'un excès de présence ou d'un excès d'absence de l'objet. Entre la mère et le nourrisson, la relation « de partage en double » souligne R. Roussillon.

*« Doit s'installer à deux niveaux intriqués mais cependant distincts : le premier niveau est celui d'un partage « esthétique » c'est à dire d'un ajustement et « d'un partage de sensations corporelle », le second niveau est celui d'un partage émotionnel, d'un accordage affectif »<sup>175</sup> (Roussillon, 2007, p.62)*

C'est au niveau du « partage esthétique » que R. Roussillon signale comme le plus fondamental que cela a lieu dans « l'espace d'accueil », dans la position d'observateur participant où un écart s'installe à l'intérieur du soignant, où s'organise à partir de là une observation de l'observation. Cette observation de l'observation va

---

<sup>174</sup> ROUSSILLON R. (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2014.

<sup>175</sup> Ibid.

permettre de repérer ce qui se passe pour l'enfant et ce qui se passe en lui, dans un partage où quelque chose d'une rencontre s'organise, le soignant devenant témoin et aussi acteur de la scène : un même et dans le même temps pas tout à fait le même. Dans « l'espace d'accueil » à partir de la répétition des espaces-temps, un ballet va prendre forme pour s'organiser dans un temps second, un ajustement à partir des signes émis par les corps en présence. L'institution dans l'espace d'accueil qui fait office de zone intermédiaire, de zone de l'entre-deux et aussi de zone tampon devient un carrefour où le corps se met à gesticuler dans un affolement aux prises avec les transferts en chaîne. Le lieu de « l'espace d'accueil » est un lieu de réunion de tous les espaces institutionnels : à disposition tout le matériel qui se trouve normalement déposé dans des lieux séparés, en lien avec les médium (peinture, collages, modelage..) dans les différents ateliers à médiation et tous les thérapeutes. « L'espace d'accueil » devient alors un espace terrifiant, convoquant tous les sens du corps en mouvement. Ce qui devenait « affolant » pour les soignants pris dans les arcanes de l'introjection projective est devenu créatif avec la mise en place du petit groupe de travail. Le mouvement créatif s'est rétabli à partir du moment où le soignant réellement envahi a pu garder à l'intérieur de lui un espace préservé, un écart suffisant pour pouvoir continuer malgré tout de respirer et de penser. Pour Anaïs, penser à lui offrir un chewing-gum a permis qu'elle se relève du sol et que sa bouche s'innerve et s'anime : un trou pour du plaisir. Et voir et regarder un soignant s'intéresser alors à sa bouche fut très étonnant, alors elle s'est intéressée à la bouche du soignant.

Le plaisir semble comme réinjecté dans un commun devenu partageable. Le regard devient supportable grâce à un pare-excitant à l'œuvre contrairement à celui de Méduse figeant d'effroi : le changement qui opère dans le regard du soignant va transformer le regard d'Anaïs comme dans une boucle retour une humanisation s'installe. Un regard regarde, un regard est regardé et des regards s'animent dans un échange qui devient vivant.

Le regard est essentiel dans le processus de subjectivation. G. Lavallée note

*« Penser quelque chose suppose de se penser pensant quelque chose : toute pensée est réfléchie. Regarder quelque chose suppose de se voir voyant quelque chose : or*



*contrairement au toucher, la vision n'est pas physiologiquement réflexive, du coup elle nous permet de comprendre que toute réflexivité subjectivante est psychique, ou n'est pas »<sup>176</sup> (G. Lavallée, 2003 p.68)*

Un détour par le bouclier de Persée et le regard de Méduse permettra de mieux saisir toute l'importance de la prise en compte du regard dans la problématique traitée ici de l'émergence du sujet à partir d'un soin institutionnel. Ou comment le regard de l'enfant apparaît aux soignants et comment à partir de là, le regard de l'enfant apparaît à l'enfant lui-même grâce à la nécessaire « pulsionnalisation » de ce qui est au départ un fonctionnement cognitif.

### ***10.3.1 Le regard de Méduse***

Méduse nommée aussi Gorgô est une figuration de la peur qui occupe depuis des siècles l'imaginaire collectif avec « Ses yeux qui tuent ». Celui qui rencontre le regard de Méduse devient immédiatement et à jamais figé par l'effroi, transformé en pierre.

Tous les textes où figure Méduse se déploient dans une même direction : Hésiode au VII<sup>ème</sup> siècle av. J.-C mentionne déjà cette figure de la peur et plus tard au V<sup>ème</sup> siècle elle évoluera avec Phénycide, Nonnos, Ovide et d'autres, le mythe de Persée naîtra alors. C'est Apollodore qui nous guide ici.

#### **10.3.1.1 Le mythe de Persée**

Le roi Acrisios est averti par un oracle qu'il serait tué par son petit fils. Afin de se protéger de la mort, il décide alors d'emprisonner sa fille Danaé en haut d'une tour d'Airin. Une nuit, Zeus, métamorphosé en pluie d'or, s'introduit dans la prison de la princesse, la séduit et lui fait un enfant. Persée naît. Le roi est envahi par la colère et

---

<sup>176</sup> LAVALLÉE G. (2003). La vue, l'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique* (20), 57-87. Bruxelles : De boeck supérieur.

décide néanmoins de ne pas les tuer. Il enferme la mère et son fils dans un coffre qu'il jette à la mer.

Danaé et Persée sont recueillis par un pêcheur de l'île de Séphiros nommé Dycès, frère de Polydectès, roi de cette île. Polydectès tombe amoureux de Danaé et souhaite l'épouser mais l'amour que cette dernière voue à son fils Persée empêche la réalisation de ce projet. Il faut donc à tout prix éloigner ce fils de sa mère. Polydectès décide donc de lui assigner une tâche pratiquement impossible à réaliser : aller chercher la tête de la Gorgone Méduse, un monstre à la chevelure de serpents dont le regard pétrifiait quiconque la fixait dans les yeux. Persée promet donc à Polydectès de lui ramener la tête de Méduse.

Dans l'intention de l'aider à réussir sa mission, Athéna donne à Persée un bouclier en bronze dont l'intérieur est poli comme un miroir. Persée évitera tout regard direct avec Méduse la Gorgone. Athéna exécuta Méduse pour s'être unie avec Poséïdon dans un des temples qui lui était consacré. Persée va ensuite dérober l'œil des Grées qui sont trois vieilles fées, ces dernières se partagent un seul œil et une seule dent et profitant d'un moment où l'une d'elles fait passer l'œil à une autre, Persée le saisit. Il peut à l'aide de cet œil voir où vit la Gorgone Méduse et dans quel lieu se trouvent les Nymphes du Nord. Ces trois fées lui remettent le casque d'Hadès qui a le pouvoir de rendre invisible, des sandales ailées ainsi qu'une besace magique. Cette dernière a pour particularité de toujours prendre la taille de ce qu'elle renferme. Hermès, pour finir, lui offre une épée courbe et en acier dur, une faucille avec laquelle trancher le cou du monstre. Equipé, Persée s'engage alors et traverse l'océan pour arriver sur la côte où vivent les Gorgones. Parmi les trois Gorgones, une seule s'avère mortelle : Méduse. Persée dirigé par la main d'Athéna, s'approche de Méduse endormie et lui coupe la tête en regardant de côté l'image de Méduse reflétée sur le bouclier de bronze. Du cou de la Gorgone ses deux fils surgissent : Chrysaor, père de Gyréon et Pégase le cheval ailé. Persée met alors la tête de Méduse dans le sac magique, reprend le chemin du retour, échappant aux deux autres Gorgones grâce au casque qui le rend alors invisible.

Persée dans la première version du mythe emporte la tête de Méduse et grâce à cette dernière transforme Polydectès en pierre. Ensuite il donne à Athéna la tête de Méduse qui porte depuis

*« Ce gorgoneïon apotropaïque (qui fait fuir), sur son manteau (l'égide) et en épisème sur son bouclier (...) quoiqu'il en soit du stratagème utilisé et du moteur de l'action, un transfert de pouvoir a lieu dont Persée est l'agent. Méduse est morte décapitée et le*

*pouvoir jadis sauvage, incontrôlable, de sa face est maintenant à la disposition d'Athéna, la vierge, fille du père : pouvoir intact mais désormais contrôlé à certaines fins selon des stratégies diverses religieuses, militaires ou esthétiques. Façon de dire que le danger de la féminité primitive est désormais régulé dans l'ordre paternel que représente Athéna »<sup>177</sup> (J. L. Le Run, 2005, p.46)*

Ainsi, une lecture psychanalytique du bouclier de Persée peut s'effectuer à plusieurs niveaux : un premier écrit par S. Freud en 1922, où la tête coupée de Méduse est traduite dans le registre symbolique de la castration. F. Pasche nous livre le second, avec un article dont l'intitulé est « le bouclier de Persée ou psychose et réalité ». La lecture interprétative se situe ici du côté du bouclier tendu par Athéna à Persée, dans une fonction pare-excitatrice dont est dépourvue le moi-réalité du psychotique. Une troisième et dernière est présentée par G. Lavallée ; elle concerne l'enveloppe visuelle du Moi avec le bouclier de Persée dans une fonction réflexive, sous la forme d'un miroir psychique interne.

#### **10.3.1.2 S. Freud et la tête de Méduse**

Dans ce texte, Freud évoque de manière directe la tête coupée de Méduse, la décapitation est ici centrale, elle s'inscrit dans le registre de la castration. Ainsi, l'effroi ressenti devant la Méduse se rapporte à l'effroi de la castration. L'enfant voit le sexe féminin de la mère entouré de poils comme le visage de Méduse avec une chevelure de serpents. Ce sont des serpents/pénis correspondant à des symboles phalliques qui, multipliés tendent à atténuer l'horreur de l'absence par la multiplication.

#### **10.3.1.3 F. Pasche et le bouclier de Persée**

Sans écarter la proposition de Freud, F. Pasche va plutôt s'intéresser à la question de la séparation mère/enfant avec le bouclier tendu par la mère à l'enfant comme instance séparatrice. L'analyse de cet auteur se situe en deçà de la problématique de la

---

<sup>177</sup> Le RUN J.-L. (2005). D'un millénaire à l'autre, Méduse. *Enfances et psy*, (26), 43-54. Toulouse : Erès.

castration : le bouclier se révèle enveloppe protectrice contre la puissance extérieure et le miroir permet le discernement ainsi que l'investissement de l'extérieur, sans pour autant être emporté par l'angoisse provoqué par ce choc de la rencontre. C'est ce dont le psychotique ne dispose pas : le bouclier réfléchissant de Persée, il est donc dépourvu de pare-excitation. Aussi est-il en permanence menacé par un envahissement de l'angoisse provoquée par un extérieur potentiellement effractant. F. Pasche indique :

*« Toute réalité qu'elle quelle soit, dès qu'elle se présente à lui l'agresse, elle cesse aussitôt d'être perçue vraiment car les données sensorielles qu'elle recèle ne peuvent plus être appréhendées que comme menaçantes »<sup>178</sup> (Pasche, 1988, p.29)*

Ainsi, la perception de la réalité est altérée chez le psychotique avec de fait, des incidences importantes dans ses processus de représentation. Le bouclier de Persée n'a pas pu être transmis à l'enfant par son environnement maternel ce qui a pour effet de gravement affecter son contact avec la réalité. Le miroir réfléchissant (de la mère) ne fonctionne pas. L'intérieur du corps de la mère et l'extérieur de l'enfant ne sont pas dissociés, ce qui induit un défaut de représentation tant du monde extérieur que de soi-même. L'approche effectuée par F. Pasche du miroir réfléchissant évoque le travail de Winnicott au sujet du miroir de la mère et de toute l'importance que cet auteur accorde à cette fonction dans le développement de l'enfant : miroir, métaphore du visage de la mère.

#### 10.3.1.4 G. Lavallée et « l'enveloppe visuelle du Moi »

L'ouvrage de G. Lavallée s'inscrit dans le prolongement des écrits de D. Anzieu sur le Moi-Peau et de A. Green sur l'hallucination négative. Il s'intéresse aux sujets psychotiques et à leur relation avec la réalité, soutenant l'impérative nécessité du miroir psychique qui justement leur fait défaut. En ce sens, G. Lavallée s'affilie tant aux travaux de F. Pasche sur le bouclier de Persée qu'à ceux de Winnicott sur la fonction miroir de l'environnement. L'auteur indique

---

<sup>178</sup> PASCHE F. (1988). Le bouclier de Persée ou psychose et réalité. Dans Pasche F., *Le sens de la psychanalyse*, (pp. 27-41). Paris : PUF.

« Or nous constatons chez nombre d'adolescents, psychotiques depuis l'enfance, que cette « décorporation » subjectiviste, cet éloignement des sensations corporelles, indispensables pour psychiser la vision, et pour penser, s'est constituée en « excorporation », véritable faillite de l'habitat corporel, tragique conséquence des ratés du holding maternel (Winnicott). Selon Green « l'excorporation » réalise une « expulsion primaire » hors du corps, « partout et nulle part » : « pas de réceptacle, pas d'écran », pas de renvoi réflexif (...) Dans les états psychotiques, le mouvement psychique, projectif et visuel vers le monde extérieur -qui est décorporant- va se constituer en excorporation : les représentations de choses ne sont pas projetées dans un objet contenant ou miroir, l'identification projective « normale » ou « réaliste » (Bion) avec sa valeur de communication et d'autoprésentation ne se constitue pas »<sup>179</sup> (Lavallée, 1999, p.12)

Ce qui est avancé ici par ces deux auteurs ramène directement à la clinique :

Anaïs, traversant pendant des années l'espace d'accueil « comme une bombe », elle semble ne pas regarder où elle va. Et pourtant, en se remémorant dans le petit groupe de travail ses arrivées à l'hôpital de jour, Anaïs quotidiennement se précipite jusqu'aux toilettes pour prendre un aérosol et s'innerver la bouche comme pour se sentir à l'endroit de cette cavité interne dans ce moment de passage entre un dehors et un dedans (hôpital de jour). L'autre ne semble pas exister alors pour elle et c'est grâce à la remémoration en petit groupe de sa trajectoire entre l'entrée et les toilettes que les soignants en présence ont pu par une modification -à leur insu- de leurs attitudes corporelles et de leurs regards adressés différemment à cette enfant, la rencontrer les yeux dans les yeux. En somme, les soignants ont proposé à Anaïs la possibilité d'une rencontre sur une trajectoire où jusqu'alors aucun humain ne se trouvait, en l'attendant et en lui prêtant une attention par le biais du toucher et du regard.

Nabil dans l'espace d'accueil (certainement en lien avec l'atelier « piscine en eau chaude » dont il a bénéficié et le traitement de la présence ou non de ses selles dans le bassin par les thérapeutes en présence) baissait son pantalon et son slip et se regardait dans le miroir à l'infini ou alors s'installait sur le sol en se frottant le sexe tout en se regardant dans le miroir. Mais les soignants en présence tendaient à annuler ces scènes

---

<sup>179</sup> LAVALLÉE G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris : Dunod.

répétées en ne les regardant pas ou en les arrêtant. La boucle retour dont parle G. Lavallée est ici inopérante, elle semble rompue contrairement au visage de la Méduse qui, elle, est vive dans ces scènes pour les soignants en présence. Comme si Nabil faisait vivre aux soignants en présence un effroi face à l'émergence d'un corps/plaisir. Entre perception visuelle de son corps et sensations corporelles qui restent sans boucle retour, la forme ne prend ni sens, ni volume et le plaisir sans partage possible semble se perdre dans le tourbillonnement de la répétition. Cela renvoie à ce que G. Lavallée nomme un écran semi-transparent nécessaire mais qui ici ne fonctionne pas :

*« L'écran de l'enveloppe visuelle, fruit de l'hallucination négative de la mère, est nécessairement « un filtre » à polarité hallucinatoire négative. Dans son fonctionnement « normal » son opacité doit pouvoir varier, globalement et ponctuellement, pour régler le rapport dedans/dehors, représentation-perception. L'écran doit permettre le maintien d'un fond figuratif, et la création de défenses par « négation hallucinatoire ». Mais bien sûr un excès de charge hallucinatoire négative de l'écran la rendant trop opaque, produira des effets de coupure dedans/dehors, d'effacement perceptif, d'irréalité (...) Si l'écran imprégné d'hallucination positive pathologique, est trop transparent, le bouclier de Persée n'existe plus. Là où aurait du se constituer le miroir psychique garant de l'intégrité narcissique du sujet, il y a la Gorgone qui viole le sujet du regard (...) l'effet Gorgone à son paroxysme signe l'échec de l'hallucination négative de la mère. La mère toute-puissante et omniprésente n'a pas pu être intériorisée et effacée pour constituer l'écran »<sup>180</sup>*  
(Lavallée, 1999, p.71)

C'est ici tout le travail de pare-excitation que l'institution dans son ensemble doit pouvoir proposer à l'enfant dans une reprise de ce qui n'a pas pu avoir lieu pour lui de ses expériences primitives catastrophiques non réfléchies donc non reconnues et non transformées.

Il y aurait-il, dans cette situation, un transfert par retournement tel qu'il est énoncé par R. Roussillon ?

---

<sup>180</sup> LAVALLÉE G. (1999). *L'enveloppe visuelle du moi*. Paris : Dunod.

Nabil a besoin d'un autre-sujet présent pour se percevoir dans le miroir et se sentir corporellement. En somme, c'est comme si pour devenir un écran psychique semi-transparent, le groupe des soignants au sein de l'espace institutionnel avait lui-même besoin de bénéficier, d'être assuré de l'existence de son propre écran semi-transparent dans le sens d'une transitionnalisation. Et c'est bien l'institution, par l'intermédiaire entre autre de son dispositif analysant, qui va lui en permettre l'accès. Afin de ne pas se transformer en Méduse pour l'enfant, l'appareil psychique institutionnel doit d'abord se doter lui-même d'un bouclier réfléchissant, tel Persée afin de faire à son tour fonction de miroir premier réfléchissant dans un rétablissement de la relation homosexuelle primaire en double.

### 10.3.1.5 À propos de la pulsion de mort

Ce travail de recherche tel qu'il se présente a pour fil conducteur d'arrière plan, la pulsion de mort au travail dans les processus à l'œuvre tant du côté de la dynamique institutionnelle que du procès soignant. Cette notion de pulsion de mort ne peut pas être envisagée uniquement sur le versant de la destructivité et de la déliaison. Et même si le lien avec la haine est ici prépondérant, il doit aussi être entendu en liaison avec le processus de différenciation et de séparation d'avec l'objet.

Le travail de la pulsion de mort au sein des institutions, souvent mis au centre de la dynamique, ignore ce formant. R. Roussillon, par sa relecture d'une grande richesse des textes de Freud et tout en les associant aux travaux de Winnicott, ouvre à son tour des pistes innovantes pour penser autrement le concept de pulsion de mort. Cet auteur note qu'

*« Une pulsion de mort nous habite signifierait d'une certaine manière que nous « choisissons » la mort plutôt que de la subir passivement, d'être choisi par elle. Le concept de pulsion de mort tend à retourner activement (« pulsion ») ce que nous aurons à subir passivement. En ce sens précis, le concept de pulsion de mort signe la trace dans la pensée de S. Freud d'un processus de défense par retournement (...) Plus généralement (...) on pourrait admettre que le retour à l'état antérieur est une défense contre le retour de l'état antérieur (...) Selon Winnicott une adaptation insuffisante de l'environnement premier et des soins maternels provoquent chez le nourrisson des états agonistiques, état de « mort psychique » ou d'une partie du psychisme. Les traces mnésiques de ces*

*« agonies primitives » sont alors soumises à une contrainte de répétition qui s'exerce tant qu'elles n'ont pas pu être intégrées et symbolisées. À la menace impliquée par le retour de l'état antérieur, le psychisme réagit par un retournement en provoquant une « régression » délibérée à l'état antérieur »<sup>181</sup> (Roussillon, 1999, p.47)*

Par ailleurs, R. Kaës évoque tout le travail de différenciation qui a opéré dans le temps au sujet de la pulsion de mort dans ses composantes depuis le texte de Freud dont l'intitulé est « psychologie des masses et analyse du Moi » jusqu'à nos jours. Si les effets de la destruction et d'autodestruction puissants sont reconnus, tout comme le retournement sur soi de la violence d'ordinaire tournée vers l'autre, dès lors se trouve aussi admis la pulsion de mort comme essentielle

*« aux nouvelles opérations de liaison et de réorganisation, les mouvements de haine contre l'objet, certaines conduites à risque ou ordaliques. Ces composantes de la pulsion de mort maintiennent et régénèrent le lien intersubjectif »<sup>182</sup> (Kaës, 2010, p.220)*

C'est à partir de ces postulats que mon écoute de l'institution et du processus de soin s'organise. Elle offre alors la possibilité de penser les éléments mortifères circulant au sein de l'institution en terme d'hypothèses. Ainsi, ce qui tend à se répéter peut être envisagé en terme de signe « d'un non intégré », « d'un clivé » en attente d'attention voire de transformation dans les situations où l'ajustement aura été possible. Cet ajustement s'organise à partir d'une malléabilité suffisante du dispositif analysant mis en place par l'institution. Il permet ainsi la co-crédation d'espace de pensée labile, en petit groupe par exemple, avec l'intention de mettre au travail et d'élaborer le bruyant à l'œuvre au sein de l'institution qui va précisément concerner un patient ou un fait institutionnel. Chercher, se mettre en quête, devient le moteur sans pour autant vouloir trouver à tout prix des solutions, ce qui aurait pour effet de tarir les processus de pensées. Envisager le chaos engendré par ce bruyant en terme d'énigme à résoudre permet le déploiement de la pensée et ouvre au plaisir à penser ensemble, et dans un

---

<sup>181</sup> ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

<sup>182</sup> KAES R. (2010) Pulsion et intersubjectivité. L'exigence de travail psychique imposée par la subjectivité de l'objet. Dans Pichon M., Vermorel H. & Kaës R., *L'expérience de groupe*. Paris : Dunod.



ensemble. Il s'agit alors de se mettre en quête de sens à partir d'un insensé qui ébranle parfois fondamentalement l'institution. Un écart se crée alors et laisse apparaître des figures à partir du travail d'évocation des vécus contre-transférentiels essentiellement violents et destructeurs. Le corps, ici, se retrouve au centre du travail de pensées : les effets sont corporels, les ajustements sont corporels entre adultes et jeunes patients. Corps et regards deviennent des outils précieux par le biais desquels une réorganisation peut s'opérer. Ainsi, pour Anaïs et pour Nabil, leurs corps semblent avoir pris forme pour eux mêmes à partir d'une modification du regard des soignants et du positionnement du corps de ces derniers dans l'espace d'accueil. Des corps qui avaient été dans un premier temps sollicités dans le cadre des ateliers à médiations thérapeutiques, sans lesquels aucune forme première n'aurait pu être saisie par les soignants.

La psychose tend nous le savons à abolir les différenciations, à altérer les capacités à penser, afin ne pas être trop ébloui et figé par le regard de Méduse l'institution doit trouver les moyens de créer des espaces intermédiaires suffisamment malléables et labiles, des points de nouage institutionnels qui permettent la relance de la pensée. L'hypothèse d'une remise en scène de la problématique des patients dans l'espace institutionnel à partir de faits divers violents nécessite un dispositif analysant suffisamment « élastique » qui permet le retissage des trouées transférentielles grâce à une « mise en intrigue » (Ricoeur, 1983). Ainsi, une transformation des faits divers en faits cliniques se constitue. Cette dernière permet la réorganisation d'une mise en récit à un niveau institutionnel qui va alors par ricochet inscrire le jeune patient dans une temporalité et une historicité : une co-construction se fait jour. En somme une narrativité de la narrativité est nécessaire pour que l'institution puisse retrouver dans la place d'un autre-sujet sa fonction de narrateur. Pour que ce processus narratif institutionnel se déploie il est aussi nécessaire d'avoir recours à un autre, à d'autres, je parle ici des auteurs qui aident à penser cette clinique effroyable et douloureuse. J'ai tenté de rendre compte ici de ce métissage fondamental entre une clinique praticienne et une théorie nécessaire qui permet de garder une position asymétrique, position en permanence mise à mal par la déliaison à l'œuvre dans cette pratique.

## **SYNTHESE PARTIE 10**

### **VERS LA SYMBOLISATION INSTITUTIONNELLE DU REGISTRE SENSORI-MOTEUR**

Comment l'institution va-t-elle proposer à ses membres des espaces de pensée suffisamment étayants et suffisamment organisés pour leur permettre de se sentir dans une continuité de soins, dans un ensemble processuel institutionnel ?

En effet, la continuité, dans le soin institutionnel proposé aux enfants psychotiques et autistes, est à l'œuvre malgré le clivé qui vient envahir les espaces de soins, mais ce mouvement processuel s'organise de manière originale et une attention singulière doit être portée à cette originalité, qui va demander à l'ensemble institutionnel, pour chacun des jeunes patients, une part créative, pour que le sujet puisse advenir. Il s'agit d'accepter de déformer suffisamment le réceptacle institutionnel pour y avoir accès. Le plus difficile serait pour l'ensemble institutionnel de se laisser aller à suffisamment de créativité, sans pour autant craindre de disparaître ni d'être détruit. Le transfert du transfert exige de la part de l'institution la création d'espaces intermédiaires supplémentaires suffisamment souples, afin que cela ne devienne pas trop coûteux : il s'agit là d'un articulaire qui aurait fait défaut à l'enfant et qui se manifeste à un niveau transférentiel. La trouée transférentielle se retrouve ici.

La question de l'intertransfert, donc de l'intersubjectivité, est au cœur de ce processus, son analyse permet de mettre en exergue des phénomènes de clivage ou de symbiose, le négatif diffus dans cette clinique laisse surgir des attaques de liens. Tous ces phénomènes extrêmement puissants par leur force mortifère nécessitent des espaces de pensée, afin qu'une dimension « méta » apparaisse et permette l'émergence d'un écart suffisant entre patient et soignant : un semblable pas tout à fait pareil.

Ainsi, l'institution aurait besoin, pour traiter des mouvements transférentiels archaïques, de modes de traitement spécifiques de la « constellation transférentielle », dans des aménagements singuliers, avec une alternance entre groupes restreints et de groupes réunissant l'ensemble institutionnel : les manifestations contre- transférentielles destructrices pourraient ainsi mieux s'énoncer, s'interpréter, puis donner lieu à une co-construction de réponses institutionnelles, afin que des filtres puissent s'organiser et permettent ainsi de voir, de ressentir un enfant, qui ne serait plus « trop brillant ni trop effrayant ». Il s'agirait là bien moins de construire un pare-excitation, que de co-construire différents processus de composition de l'affect, tant du côté des soignants que des enfants.

# CONCLUSION

La question de la prise en charge des sujets psychotiques et autistes a fait l'objet de nombreuses interrogations dans l'histoire de la psychanalyse. Nombre d'auteurs ont avancé des propositions théoriques qui ont permis d'affiner l'écoute de ces sujets dans une prise en charge psychothérapique, où l'expression première de la souffrance se manifeste en actes. Cette recherche a tenté de montrer que le soin institutionnel est une des possibilités offertes à ces enfants pour symboliser ces agirs, à partir d'une réactualisation des expériences archaïques. Ces dernières, non réfléchies par l'environnement premier de l'enfant, n'ont jamais pu être représentées ni appropriées par ce dernier. En ce sens, le soin institutionnel, par le cadre-dispositif qu'il propose, tente de rendre figurable l'impensable de manifestations essentiellement sensori-motrices, fondamentalement destructrices pour l'institution. Au long cours de ces pages, j'ai interrogé les processus engagés dans le soin institutionnel, qui visent à l'émergence d'un sujet. Les situations limites, auxquelles est confrontée l'institution de soin, ont servi d'étai à cette réflexion, à partir de l'impasse institutionnelle issue des répétitions mortifères insistantes, mises en scène par les jeunes patients. Au terme de ce cheminement, il me semble opportun de repérer autant les limites que les ouvertures d'un tel essai.

C'est la question de la militance pour un tel dispositif de soin et l'allégeance à l'institution, qui se présente d'abord à moi avec le risque de vouloir prouver la pertinence d'une telle proposition d'agencement du cadre de soin. Ma position a été particulièrement difficile à tenir, elle a oscillé entre la trahison potentielle de l'institution et ma condition de chercheur in situ. En ce sens, j'ai éprouvé la nécessité tout au long de ce travail à me questionner au sujet des mes propres vécus contre-transférentiels, empreints de violence et de haine vis à vis d'un ensemble institutionnel, qui me semblait tout à la fois sourd et tout puissant. À ce propos et en écho avec les vécus contre-transférentiels des soignants, ce qui a été en jeu se situait du côté du négatif et du mortifère : la haine, la destructivité, les angoisses archaïques ont alors jalonné et marqué ce travail de recherche. Ces vécus contre-transférentiels ont fait l'objet d'une attention sensible, dans l'intention d'avoir plus facilement accès au déploiement transférentiel. Le

travail singulier déployé dans le soin institutionnel proposé aux enfants psychotiques et autistes mobilise le transfert de manière singulière, avec pour point nodal le groupe et la groupalité. Ces derniers s'organisent dans des dimensions variables entre petits et grands groupes au sein de l'institution, tant pour les jeunes patients que pour le groupe de soignants, ce qui a pour effet de favoriser les processus d'appropriation subjective. La relation transféro-contre-transférentielle particulière, qui apparaît alors, se situe au coeur de cette dynamique. Elle représente l'ossature de ce travail. Dans ce temps de l'après-coup affleure le processus de mise en récit et de narrativité, qui se trame autour des questions de trouée, de déchirure, d'effacement, de blanc d'un appareil mémoriel institutionnel, soumis à des soubresauts puissants. En écho, ce travail de recherche a lui aussi été soumis à des incohérences et à des ruptures de rythmes, qu'il a fallu constamment tenter de retisser grâce à une articulation théorico-clinique.

La surprise a ponctué ce travail d'écriture. En effet, j'avais envisagé au départ de prendre comme axe central la pulsion de mort, à partir de cette clinique empreinte de déliaison, mais qui, en fait, s'avère plus liante qu'elle ne le paraît à la première lecture. Il s'agissait de suivre plusieurs brins associatifs, en tentant de les tresser ensemble par le biais du dispositif analysant, qui nécessite malléabilité et souplesse, jusqu'à m'apercevoir qu'ils pouvaient s'inscrire dans un processus qui tend vers la liaison. L'ajustement du dispositif analysant est primordial pour pouvoir dépasser la tentation de répéter de manière infinie une clinique sans véritable objet.

Notamment dans le cadre de ce travail de recherche, il a été relevé que le but premier de la réunion clinique consiste à lier les éléments diffractés du transfert institutionnel. Cela a nécessité, dans les situations limites où l'ensemble institutionnel risque de vaciller, la mise à l'épreuve de l'institution dans ses capacités créatives. Ici, la proposition a été de créer un espace institutionnel intermédiaire et labile pour se donner les moyens d'explorer ce qui paradoxalement venait, à travers le processus de soin, mettre en péril l'institution. En somme, il s'agit se rendre attentif à ce qui se rejoue transférentiellement de la problématique du patient sur la scène institutionnelle, à partir du dispositif analysant mis en place par l'institution. Ce dernier comme pour le médium dans les ateliers à médiation thérapeutique doit se rendre suffisamment malléable pour s'ajuster aux situations-limites vécues comme destructrices par l'institution.

En conséquence, cela a permis l'exploration des transferts se déployant en chaînes dont la chaîne sensori-motrice développée par les jeunes patients dans les espaces

intermédiaires. Ces patients, pour se faire entendre et se faire voir, déploient des mises en scènes vécues comme catastrophiques et « atterrantes » pour l'ensemble institutionnel, sans doute à la hauteur de leurs vécus anciens inscrits corporellement. Cette exploration convoque les vécus contre-transférentiels radicaux des soignants qui se manifestent très peu en grand groupe et qui sont pourtant fondamentaux dans l'élaboration des réponses singulières à apporter au patient. La mise en énigme de ces scènes et vécus catastrophiques a un effet d'ouverture et de déploiement de la pensée. Elle vient dans l'après-coup modifier le rapport des soignants à ces mises en scène vécues dans un premier temps comme terrifiantes, transformant leurs rapports aux corps en présence et aussi la qualité leur regard. L'institution peut alors être en capacité de co-crée spécifiquement avec ce patient là, une réponse singulière suffisamment transmuante aux limites du cadre institutionnel.

Un espace potentiel de dialogue se crée à partir de là entre le jeune patient et l'ensemble institutionnel où le regard et le ballet corporel peuvent s'organiser dans des dimensions réflexives en devenir. En somme, ces manifestations vécues comme radicales, chaotiques et potentiellement meurtrières, il s'agit de les mettre en forme, de les figurer en chaînes associatives essentiellement sensori-motrices pour l'ensemble institutionnel d'abord, afin que dans un temps second une mise en sens se profile pour le patient. Ainsi, le soignant se perçoit comme partie prenante de la chaîne associative institutionnelle et cela lui permet de s'envisager, de se sentir, de se voir dans une continuité institutionnelle, où l'intersubjectivité joue un rôle fondamental. Il pourra dès lors accueillir et peut-être transformer ces agirs dans une interrelation avec l'enfant. Dans le même temps, les notions d'élasticité et d'ajustement, qui ont jalonné cette réflexion, ne doivent pas faire oublier ce que Philippe Robert souligne sur l'attention nécessaire à porter à toute modification du cadre comme risque de séduction d'une « bonne mère soi-disant compréhensive » (Robert, 2003, p.84)

Arrivé à ce stade d'élaboration, le point de curiosité manifeste incite à poursuivre l'exploration des arcanes si vastes et ici tout juste entrouvertes des processus engagés dans le cadre d'un soin institutionnel. Ce travail s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large et convoque à nouveau à la « pensée complexe » (Morin, 1990) et toute l'étendue d'une telle entreprise, qui allie le champ institutionnel avec le champ des processus de soin. Il convoque à prolonger la réflexion à l'endroit de l'évaluation des processus soignants non pas pour prouver à tout prix le bien fondé de tel ou tel outil mais plutôt pour permettre un ajustement des cadres-dispositifs au plus près des

manifestations transférentielles. Comment l'ensemble institutionnel va-t-il se doter de manière originale et unique d'outils lui permettant une analyse des processus en jeu et ainsi permettre au patient l'accès à la figurabilité et à la symbolisation des vécus archaïques ?

# BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAM K. (1916). L'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. Dans *Oeuvres complètes*, (tr.fr). Paris : Payot, 1965.

ANZIEU A. (2006). Corps et contre-transfert. *Le Carnet Psy*, (111), 27-32. Paris : Cazaubon.

ANZIEU D. (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. Dans Anzieu D. (Eds), *Les Enveloppes psychiques*, (pp. 16-19). Paris : Dunod.

ANZIEU D. et Coll (1987). *Les enveloppes psychiques*. Paris : Dunod.

AULAGNIER P. (1975). *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF, 1991.

AULAGNIER P. (1984). *L'apprenti historien et le maître sorcier*. Paris : PUF, 1993.

AVRON O. (2007). *La pensée scénique*. Toulouse : Erès.

BARANES J.-J. (2012). *Langages et mémoire du corps en psychanalyse*. Paris : Erès.

BEJARANO A. (1975). Résistances et transfert dans les groupes. Dans Anzieu D. (Eds.), *Le travail psychanalytique dans les groupes*, (pp. 65-140). Paris : Dunod.

BION W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience* (tr.fr). Paris : PUF, 2003.

BLEGER J. (1966). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans Kaës R. (Eds), *Crise, rupture et dépassement*, (pp. 257-276), (tr.fr.). Paris : Dunod, 1987.

BLEGER J. (1967). *Symbiose et ambiguïté* (tr.fr.). Paris : PUF, 1981.

BLEGER J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les institutions (tr.fr.). Dans Kaës R. (Eds), *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques*, (pp. 47-61). Paris : Dunod, 2003.

BRUN A. (2007). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris : Dunod, réédit. 2010.

BRUN A. (2011). Médiation picturale et psychose infantile. Dans Brun A. (Eds), *Les médiations thérapeutiques*, (pp 73-87). Paris : Erès.

- BRUN A., CHOUVIER B. & ROUSSILLON R. (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- BRUN A. (2013). Spécificité de la symbolisation dans les médiations thérapeutiques. Dans Brun A., Chouvier B. & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp 122-159). Paris : Dunod.
- BRUN A. (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La Psychiatrie de l'enfant* (57), 437-464. Paris : Puf.
- BRUN A. & ROUSSILLON R. (2014) et coll. *Formes primaires de la symbolisation*. Paris : Dunod.
- CHOUVIER B. (2008). L'acte symbolique : Donner un corps au fantasme. Dans Chouvier B. & Roussillon R., *Corps, acte et symbolisation*, (pp. 7-20). Bruxelles : De Boeck.
- CIAVALDINI A. (2005). L'agir, un affect inachevé. Dans *Monographies de psychanalyse*, (pp. 137-161). Paris : PUF.
- CICCONE A. & LHOPITAL M. (1997). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod.
- DAVID M. & APPELL G. (2014). *Loczy ou le maternage insolite*. Paris : Erès.
- DELEUZE G. (1969). *La logique du sens*. Paris : Ed.de Minuit.
- DELION P. (2001). Thérapeutiques institutionnelles. Dans *EM-Consulte, EMC - Psychiatrie*.
- DELION P. (2002). L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres. Dans Delion P. (Eds), *Corps, psychose et institution*. Toulouse : Erès.
- DELION P. (2011). *Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne, introduction à la psychothérapie institutionnelle*. Paris : Dunod.
- DELION P. (2015). Clivage(s), psychopathologie et institutions. *Le Carnet Psy*, n°190, 49-51. Paris : Cazaubon.
- DEVEREUX G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier Ed.



- ENRIQUEZ E. (1987). Le travail de la mort dans les institutions. Dans Kaës R. (Eds), *L'institution et les institutions* (pp. 62-94). Paris : Dunod, 2003.
- ESQUIROL J.-E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. Marseille : Jeanne Laffitte éd, 1982.
- EY H., BERNARD P. & BRISSET Ch. (1960). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Masson, 2011.
- FALGUIERE J. (1989). Les métamorphoses du transfert dans les groupes. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, (12), 45-62. Toulouse : Ed. Erès.
- FERENCZI S. (1912). Le concept d'introjection. Dans Ferenczi S., *Psychanalyse I*, (pp. 196-198), (tr.fr.). Paris : Payot, 1968.
- FERENCZI S. (1918). A propos de la technique psychanalytique. Dans Ferenczi S., *Oeuvres complètes psychanalyse, tome 2*, (tr.fr.). Paris : Payot, 1990.
- FERENCZI S. (1933). La confusion des langues. Dans Ferenczi S., *Psychanalyse IV*, (pp. 125-138), (tr.fr.). Paris : Payot, 1982 .
- FOUCAULT M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard, 1997.
- FREUD S. & BREUER J. (1895). Psychothérapie de l'hystérie. Dans *Études sur l'hystérie*, (pp. 205-249), (tr.fr.). Paris : Puf, 1994.
- FREUD S. (1895). Esquisse pour une psychologie scientifique. Dans *La naissance de la psychanalyse*, (tr.fr.). Paris : Puf, 1956.
- FREUD S. (1900). *L'interprétation du rêve* (tr.fr.). Paris : PUF, 2003.
- FREUD S. (1905). Dora, fragment d'une analyse d'hystérie. Dans *Cinq psychanalyses*, (pp. 1-91), (tr.fr.). Paris : PUF, 1979.
- FREUD S. (1905). *L'homme aux rats. Un cas de névrose obsessionnelle*, (tr.fr.). Paris : Payot, 2010.
- FREUD S. (1905). Fragment d'une analyse d'hystérie. Dans *Oeuvres complètes psychanalyse de Freud*, (tr.fr.). Paris : Puf, 2006.
- FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1962.

FREUD. S (1906). *Correspondance Freud-Jung 1906-1914* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1992.

FREUD S. (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 23-34), (tr.fr.). Paris : Puf, 2002.

FREUD S. (1911). Formulations sur es deux principes du cours des évènements psychiques. Dans *Résultats, idées, problèmes* (tr.fr.). Paris : Puf, 1984.

FREUD S. (1912). Conseils aux médecins sur le traitement analytique. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 61-71), (tr.fr.). Paris : Puf, 2002.

FREUD S. (1913). Le début du traitement. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 80-105), (tr.fr.). Paris : Puf, 2002.

FREUD S. (1915). Le transfert. Dans *Leçons d'introduction à la psychanalyse, Œuvres complètes*, (pp. 447-464.), (tr.fr.). Paris : PUF, 2000.

FREUD S. (1915). Pulsions et destin des pulsions. Dans *Métapsychologies*, (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1969.

FREUD S. (1918). Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. Dans *La technique psychanalytique*, (pp. 131-141), (tr.fr.). Paris : PUF, 2002.

FREUD S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (tr.fr) Paris : Payot, 1981.

FREUD S. (1923). Le Moi et le Ça. Dans *Essais de psychanalyse*, (pp. 230-239), (tr.fr.). Paris : Payot, 1982.

FREUD S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* (tr.fr.). Paris : Puf, 1981.

FREUD S. (1938). *Abrégé de psychanalyse* (tr.fr.). Paris : Puf, 1992.

FREUD S. (1940). Le clivage du moi dans le processus de défense. Dans *Résultats, idées, problèmes*, (tr.fr.). Paris : Puf, 1985.

FUSTIER P. (1993). *Les corridors du quotidien*. Paris : Dunod, 2014

GAILLARD G., PINEL J.-P., DIET E. (2009). Autoréflexivité et conflictualité dans les groupes institués. *Nouvelle revue de psychosociologie* (8), 199-213. Paris : Erès.

- GASTAMBIDE M. & LEBRUN J.P. (2013). *Oreste, face cachée d'Oedipe, Actualité du matricide*. Paris : Erès.
- GIRARD M. (2001). La construction du cadre comme préalable avec les patients psychotiques. *Topique* (76), 49-57. Paris : Esprit du Temps.
- GOLSE B. (1999). Du rôle de l'attention dans les dépistages et les interventions précoces. Dans Golse B., *Du corps à la pensée*, (pp. 293-311). Paris : PUF.
- GOLSE B. & MISSONNIER S. (2008). *Récit, attachement, et psychanalyse pour une clinique de la narrativité*. Paris : Erès.
- GREEN A. (1971). *La déliaison*. Paris : Les Belles-Lettres.
- GREEN A. (1992). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris : Ed.De Minuit.
- GREEN A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris : Ed. de Minuit.
- GREEN A. (1995). L'empathie théorique en dépit des différences dans la pratique. Dans *Bulletin du Gerpen « Hommage à Frances Tustin »*, (32).
- GREEN A. (1999). Genèse et situations des états limites. Dans André J. (Eds), *Les états-limites*, (pp 23-68). Paris : Puf.
- HAAG G. (1985). De l'autisme à la schizophrénie chez l'enfant. *Topique*, (35-36), 47-66. Paris : Esprit du Temps.
- HAAG G. (1995). La constitution du fond dans l'expression plastique en psychanalyse de l'enfant. Sa signification dans la constitution de la psyché. Dans Decobert S., Sacco F. et coll., *Le Dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant*, (pp. 63-87). Ramonville Saint-Agne : Érès.
- HAAG G. (1998). Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (30), 47-62. Toulouse : Erès.
- HAAG G. (2004). Sexualité orale et Moi corporel. *Topique* (87), 23-45. Paris : Esprit du Temps.
- HEIMANN P. (1987). À propos du contre-transfert. Dans Heimann P. et coll, *Le contre-*

*transfert*, (pp. 23-29). Paris : Navarin.

HINSHELWOOD R. (2000). *Dictionnaire de la pensée kleinienne*. Paris : Puf.

HOCHMANN J. (2004). *Histoire de la psychiatrie*. Paris : PUF.

HOCHMANN J. (2006). Soigner, éduquer, instituer, raconter. Histoire et actualité des traitements institutionnels des enfants psychiquement troublés. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXX, 1043-1063. Paris : Puf.

HOUZEL D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : Ed. In Press.

JACQUET E. (2011). Imitations, intersubjectivité et symbolisation primaire dans des groupes thérapeutiques de jeunes enfants. *La psychiatrie de l'enfant* (53), 453-508. Paris : PUF.

JANIN C. (2000). Du transfert négatif au transfert du négatif : l'attracteur négatif. *Revue Française de Psychanalyse*, (64), 394-405. Paris : Puf.

KAËS R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris : Dunod, 2000.

KAËS. R. & Coll (1987). *L'institution et les institutions*. Paris : Dunod, 2003.

KAËS R. (1987). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans Kaës R. (Eds), *L'institution et les institutions*, (pp. 1-46). Paris : Dunod, 2003.

KAËS R. (2004). Intertransfert et analyse inter-transférentielle dans le travail psychanalytique conduit par plusieurs psychanalystes. *Filigrane*, (13) n°2, 5-15. Montréal : Erudit.

KAËS R. (2010). Quelques reformulations métapsychologiques à partir de la pratique psychanalytique en situation de groupe. Dans Pichon M., Vermorel H. & Kaës R., *L'expérience de groupe*, (pp. 181-205). Paris : Dunod.

KAËS R. (2014). *Un singulier pluriel*. Paris : Dunod.

KHAN M. (1971). L'oeil entend. Dans Khan M., *Le soi caché*, (tr.fr). Paris : Gallimard, 1976.

KLEIN M. (1947). *Essais de psychanalyse* (tr.fr.). Paris : Payot, 1984.

- KLEIN M. (1957). *Envie et gratitude et Autres essais* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1984.
- LACAN J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. Dans Lacan J., *Ecrits*, (pp. 93-101). Paris : Le Seuil.
- LACAN J. (1975). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* suivi de *Premiers écrits sur la paranoïa*. Paris : Le Seuil.
- LAPLANCHE J. & PONTALIS J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.
- LAPLANCHE J. (2008). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : PUF.
- LAVALLEE G. (1999). *L'enveloppe visuelle du Moi*. Paris : Dunod.
- LAVALLEE G (2003). La vue, l'enveloppe visuelle du Moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique* (20), 57-87. Bruxelles : De Boeck supérieur.
- LE RUN J.-L. (2005). D'un millénaire à l'autre, Méduse. *Enfances et psy* (26), 43-54. Toulouse : Erès.
- LÉVI-STRAUSS C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris : Plon.
- LHEUREUX DAVIDSE Ch. (2009). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre*. Paris : L'Harmattan.
- LITTLE M. (1951). Le contre-transfert et la réponse qu'y apporte le patient. Dans Heimann P. et coll, *Le Contre- transfert*, (pp. 30-76), (tr.fr.). Paris : Navarin Editeur, 1987.
- LITTLE M. (1957). R- la réponse totale de l'analyste aux besoins de son patient. Dans Heimann P. et coll, *Le contre-transfert*, (pp. 48-76), (tr.fr.). Paris : Navarin Editeur, 1987.
- LITTLE M. (1960). L'apport positif du contre-transfert. Dans Little M., *Des états-limites, l'alliance thérapeutique*, (pp.225-233), (tr.fr.). Paris : Des femmes, 1991.
- LITTLE M. (1985). Sur la voie de la santé mentale : les soins maternels précoces. Dans Little M., *Des états-limites, l'alliance thérapeutique*, (pp. 279-303), (tr.fr.). Paris : Des femmes, 1991.
- M'UZAN (de) M. (1994). *La bouche de l'inconscient*. Paris : Gallimard.

- M'UZAN (de) M. (1974). Transfert et névrose de transfert. Dans *De l'art à la mort*, (pp. 67-74). Paris : Gallimard, 1978.
- MAC DOUGALL J. (1978). Le contre-transfert et la communication primitive. Dans Mac Dougall J., *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, (pp. 117-138), (tr.fr.). Paris : Gallimard.
- MARCIANO P. (2009). *L'hôpital de jour pour enfants*. Toulouse : Erès.
- MAKARENKO. A (1970). *Poème pédagogique*. Moscou : Ed.Radouga.
- MELTZER D. (1984). Les concepts d'identification projective et de contenant-contenu en relation avec la situation analytique (tr.fr.). *Revue française de psychanalyse*, (2), 541-549. Toulouse : Erès.
- MELTZER D. (Eds) (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*, (tr. fr). Paris : Payot, 2002.
- MILNER M. (1955). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole (tr. fr.). *Revue française de psychanalyse*, (5-6), repris dans Chouvier B. (eds.), *Matière à symbolisation, art, création et psychanalyse*, (pp. 28-59). Paris : Delachaux et Niestlé. (Traduction originale publiée en 1979).
- MINAZIO N. (2002). Les états artistiques : une figure de la défaite de la psyché ? *Revue française de psychanalyse*, (66), 1771-1778. Paris : Puf.
- MISÈS R., PERRON R. (1981). *Retards et perturbations psychologiques chez l'enfant. Facteurs et conditions d'apparition, modalités évolutives, repérages et prise en charge*. Paris : CTNERHI.
- MORIN E. (1995). La stratégie de reliance pour l'intelligence de la complexité. *Revue internationale de systémique*, 9, (2), 45-56. Paris : éd. Afcet Dunod.
- MORIN E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Seuil.
- NEYRAUT M. (1974). *Le transfert*. Paris : Puf.
- OURY J. (1976). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris : Payot.
- PANKOW G. (1983). *L'homme et sa psychose*. Paris : Aubier.
- PASCHE F. (1988). Le bouclier de Persée ou psychose et réalité. Dans Pasche F., *Le sens*

*de la psychanalyse*, (pp. 27-41). Paris : PUF.

PICHON-RIVIERE A. (1986). Quelques considérations sur le transfert et le contre-transfert dans la psychanalyse d'enfants. *Le journal de la psychanalyse d'enfant*, (6), 228-255. Paris : Bayard.

PINEL J.-P. (1989). Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle. *Revue de psychothérapie de groupe*, (13), 77-87. Toulouse : Erès.

PINEL J.-P. & MOREL S. (2001). Psychose et institution : défenses paradoxales, antiprocessualité et originaire évidé. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (36), 133-144. Toulouse : Erès.

PINEL J.-P. (2004). Traumatismes en institutions. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (42), 139-149. Toulouse : Erès.

PINEL J.-P. (2007). Le traitement institutionnel des adolescents violents. *Revue de psychothérapie de groupe* (48), 109-122. Toulouse : Erès.

PINOL-DOURIEZ M. (1984). *Bébé agi, bébé actif : l'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*. Paris : Puf.

POTEL C. (2015). *Du contre-transfert corporel, une clinique psychothérapique du corps*. Toulouse : Erès.

PRAT R. (2011). Aux origines du narcissisme...l'autre : nature des expériences relationnelles précoces. *Le carnet Psy*, (153), 24-32. Paris : Cabauzon.

RACAMIER P.-C. (1970). *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris : Payot.

RACAMIER P.-C. (1989). *Antoedipe et ses destins*. Paris : Apsygée.

RACAMIER P.-C. (1992). *Le génie des origines*. Paris : Payot.

RACKER H. (1997). La névrose de contre-transfert. Dans Racker H., *Etudes sur la technique*, (tr.fr.). Lyon : Césura.

RESNIK S. (1986). *L'expérience psychotique* (tr.fr.). Lyon : Césura.

- RESNIK S. (1989). Transfert entre multiplicité et groupalité (tr.fr.). *Revue de Psychothérapie de Groupe* (12), 9-19. Toulouse : Erès.
- RICOEUR P. (1984). La configuration du temps dans le récit de fiction. Dans *Temps et récit 2*. Paris : Seuil.
- ROBERT Ph. (2003). La cohérence du cadre. *Dialogue* (n°162) pp. 81-85. Toulouse :Erès
- ROSENFELD H.-A. (1976). *Etats psychotiques* (tr.fr.). Paris : PUF.
- ROSENFELD H.-A. (1990). *Impasse et interprétation* (tr.fr.). Paris : PUF.
- ROUSSILLON R. (1987). Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice. Dans Kaës R.(Eds), *L'institution et les institutions*, (pp.157-178). Paris : Dunod, 2003.
- ROUSSILLON R. (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON R. (2001). *Le Plaisir et la Répétition*. Paris : Dunod.
- ROUSSILLON R. (2002). Ombre et transformation de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, (66), 1825-1835. Paris : Puf.
- ROUSSILLON R. (2004). La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse* (68), 421-439. Paris : Puf.
- ROUSSILLON R. (Eds) (2007). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2014.
- ROUSSILLON R. (2008). Corps et actes messagers. Dans Chouvier B. & Roussillon R., *Corps, acte et symbolisation, Psychanalyse aux frontières*, (pp. 23-37). Bruxelles : De Boeck.
- ROUSSILLON R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON R. (2008). *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris : Dunod.
- ROUSSILLON R. & GOLSE B. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris : PUF.
- ROUSSILLON R. (2013). La fonction médium malléable et les pathologies du



- narcissisme. Dans Brun A., Chouvier B., & Roussillon R., *Manuel des médiations thérapeutiques*, (pp. 188-202), Paris : Dunod.
- SEARLES H. (1955). *L'effort pour rendre l'autre fou* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 2006.
- SEARLES H. (1979). Le contre-transfert : un instrument pour comprendre et aider le patient. Dans Searles H., *Mon expérience des états-limites*, (pp. 131-166), (tr.fr.). Paris : Gallimard, 1994.
- SEARLES H. (1991). *Le contre-transfert* (tr.fr.). Paris : Gallimard.
- SOKOLOWSKY L. (2013). *Freud et les Berlinois 1933*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- STERN D. (1985). *Le Monde interpersonnel du nourrisson* (tr.fr.). Paris : PUF, 1989.
- THOM R. & NOEL E. (1993). *Prédire n'est pas expliquer*. Paris : Flammarion.
- TOSQUELLES F. (1984). *Education et psychothérapie institutionnelle*. Paris : Hiatus.
- TUSTIN F. (1988). *Les états autistiques chez l'enfant* (tr.fr.). Paris : Le Seuil.
- URTUBEY (de) L. (1994). Travail de contre-transfert et fonction contenante. *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LVIII, 1271-1372. Paris : PUF.
- URTUBEY (de) L. (2002). *Du côté de chez l'analyste*. Paris : Puf.
- URTUBEY (de) L. (2006). Des origines du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, (70), 371-384. Paris : Puf.
- VIGARELLO.G. (2014). *Le sentiment de soi*. Paris : Ed. du Seuil.
- WINNICOTT D. (1947). La haine dans le contre-transfert. Dans Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (pp.72-82), (tr.fr.). Paris : Payot, 2005.
- WINNICOTT D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, (pp. 168-174), (tr.fr.). Paris : Payot, 2005.
- WINNICOTT D. (1962). Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. Dans Winnicott D.W., *Processus de maturation chez l'enfant*, (pp. 9-18), (tr.fr.). Paris : Payot, 1970.

WINNICOTT D. W. (1974). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (tr.fr.). Paris : Gallimard, 2000.

WINNICOTT D. (1975). *Jeu et réalité* (tr.fr.). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1971).

# Index des notions

---

## A

Accordage, 129, 130, 176, 188, 199, 226, 239, 271.

Affect, 35, 37, 41, 67, 70-72, 74, 76, 77, 80-83, 86, 90, 93, 94, 97, 99, 100, 101, 103, 105-107, 111, 115, 121, 129, 145, 146, 150, 156, 158, 160, 168, 176, 184, 199, 207, 219, 222-224, 229, 231, 243, 245, 260, 269, 282.

Agir, 15, 41, 86, 88, 100, 159, 163, 168-170, 177, 182, 190, 196, 199, 210, 214, 221, 231, 249, 252, 259, 260, 283, 285.

Appareil à penser, 41, 107, 108.

Après-coup, 31, 33, 35, 41, 70, 109, 145, 146, 159, 161, 165, 169, 171, 176, 181, 189, 191, 205, 206, 209, 211, 212, 215, 217, 232, 245, 267, 284, 285.

Archaïque, 14, 21, 28, 78, 80, 82, 98, 101, 102, 104, 106, 107, 116, 118, 122, 158, 168, 182, 186, 195, 215, 223, 231, 238, 241, 248, 250, 256, 260, 263, 268, 270, 282, 283, 286.

Autisme, 10, 26, 121, 123, 207.

- Autistique, 25, 26, 37, 133, 252, 261.

---

## B

Bouclier de Persée, 273-276, 278, 279.

---

## C

Capacité réflexive, 15, 219.

Chimère, 165, 167, 190, 232.

Clivage, 10, 11, 61, 62, 88, 115, 143, 152-156, 162, 165, 179, 211, 220, 231, 238, 249, 252, 254, 255, 261, 263, 282.

Contre-transfert, 9, 10, 11, 37, 38, 55, 56, 61, 68, 69, 70-73, 75-89, 91-106, 108-119, 150, 151, 157, 158, 161, 176, 179, 186, 211, 215, 224, 233-236, 239, 255, 262, 269.

Corps, 11, 18-20, 40, 41, 52, 65, 67-69, 79, 91, 97, 101, 106, 107, 112-118, 124, 130, 136, 138, 148, 157, 163, 170, 175, 176, 181, 184, 186, 188-196, 198-201, 207, 213, 215, 217-219, 222-226, 229, 235, 238, 241-245, 249-255, 259, 260, 262, 264, 266, 268, 272, 276-278, 281, 285.

- Haine, 30, 37, 41, 62, 81-83, 101, 141, 157-161, 168, 176, 187, 199, 202, 213,

222, 223, 254, 263, 279, 280, 283.

- Image du corps, 18, 65, 68, 170, 189, 266.

- Résistance au contre-transfert, 76, 78, 84, 93, 107, 151, 167, 220, 232, 236, 238, 262.

---

## D

Déliaison, 10, 35, 37, 111, 153, 156, 239, 279, 281, 284

Destructivité, 122, 161, 172, 182, 215, 231, 232, 240, 253, 279, 283.

Différenciation, 11, 19, 25, 37, 40, 62, 63, 83, 91, 113, 114, 117, 118, 126, 131, 174, 195, 200, 223, 232-243, 246, 264, 267, 279, 280, 281.

Double, 38, 41, 191, 197, 198, 199, 214, 216-218, 220, 237, 239, 247, 249, 253, 268-271, 279.

- Figure du double, 41, 199, 214, 218, 249, 269.

- Spéculaire, 41, 66, 249, 266.

---

## E

Empathie, 30, 79, 86, 87, 96, 255.

Enveloppe, 34, 152, 218, 258, 259, 276.

- Corporelle, 20, 194.

- Visuelle du Moi, 275-277, 278.

Etayage, 19, 53, 134, 257.

Evaluation, 14, 36, 189, 285.

---

## F

Fantasme, 57, 70, 76, 86, 94, 98, 100, 107-109, 115, 155, 159, 196.

Figuration, 41, 60, 149, 150, 165, 178, 226, 240, 242, 250, 268, 273.

- Figurable, 251, 283.

- Figurabilité, 12, 39, 197, 241, 286.

Fonction

- Alpha, 36, 105, 185.

- Miroir, 36, 93, 156, 199, 208, 232, 270, 279.

- De pare-excitation, 180.

- Réflexive, 170, 273, 275.

- Symbolique, 17, 19.

---

## G

Groupe, 10, 12, 14, 16-18, 22-28, 32-38, 41, 49, 50, 52, 53, 55, 69, 86, 113, 124-127, 130, 132, 137, 140, 141, 145, 146, 148-150, 157, 159, 160-162, 165-184, 186, 187, 189, 190, 193, 194, 197, 198, 200, 202-206, 208-210, 212, 214, 215, 217-229, 231-233, 235-239, 242, 245, 247-250, 252, 262-270, 272, 277, 279, 280, 282, 284, 285.

- Groupalité, 16, 23, 33, 34, 35, 49, 52, 149, 165, 179, 180, 184, 218, 220, 228, 284.

- Groupe d'accueil, 141, 165, 177, 181, 184, 188.

Gorgone, 274, 278.

---

## H

Hallucination, 185, 186, 276, 278.

- Négative, 276, 278.

Holding, 36, 261, 277.

Homosexualité primaire en double, 197, 198.

---

## I

Institution

- Appareil psychique institutionnel, 35, 38, 173, 183, 187, 189, 234, 245, 246, 256, 279.

Identification, 65, 78, 81, 86, 87, 89, 92, 102, 110, 111, 116, 185, 195, 228, 266.

- Projective, 25, 37, 61-63, 68, 80, 88, 101-105, 108, 116, 245, 255, 259, 277.

Imitation, 228, 267, 269, 270.

Indifférenciation, 52, 90, 91, 95, 104, 105, 107, 148, 149, 151, 157, 195, 215, 229, 232, 257, 266.

Interstice, 32, 131, 158, 211, 249.

- Interstitiel, 22, 32, 33, 39, 40, 143, 147, 157, 159, 160, 161, 165, 167, 173, 188, 190, 191, 203, 231, 232, 240, 242, 247, 249, 252, 254, 257, 267.

Intersubjectivité, 11, 20, 165, 176, 177, 186, 201, 220, 222, 223, 228, 230, 231, 282, 285.

Introjection, 58, 61, 62, 87, 155, 272.

---

## L

Liaison, 10, 11, 29, 35, 94, 131, 135, 143-145, 149, 152, 153, 156, 157, 167, 173, 183,

187, 194, 208, 214, 220, 238, 239, 241, 244,  
245, 246, 247, 248, 249, 251-253, 255, 256,  
263, 265, 266, 279, 280, 284.

---

## M

Médium-malléable, 149, 164, 242, 251.

Médiation thérapeutique, 10, 14, 17, 27,  
29, 127, 137, 142, 144, 146, 147, 148, 149,  
150, 151, 159, 188, 189, 190, 191, 194, 199,  
201, 209, 211, 212, 220, 221, 232, 235, 238,  
241-244, 248-256, 259, 263-267, 281, 284.

Méduse, 272-275, 278, 279, 281.

Mimo-gesto-postural, 19, 20, 146, 150,  
158, 170, 177, 215, 220, 229, 235, 239, 240,  
241, 248, 253, 265.

Moi-peau, 113, 276.

---

## N

Narcissisme, 9, 78, 79, 216, 232, 262.

Négatif, 25, 30, 59, 63, 87, 89, 104, 105-  
107, 159, 161, 168, 171, 183, 187, 202, 205,  
206, 214, 224, 245, 247, 254, 255, 282, 283.

---

## O

Originaire, 79, 186, 195, 196, 244.

---

## P

Passage à l'acte, 11, 16, 74, 163, 165, 177,  
237.

Passage par l'acte, 206, 230, 251.

Pictogramme, 186, 195, 196, 242, 252,  
265.

Processus de symbolisation primaire, 12,  
15, 41, 161, 191, 193, 235, 238, 250.

Position

- Schizo-paranoïde, 62, 155, 195

Projection, 20, 61, 62, 64, 86, 87, 99, 103,  
105, 155, 179, 211, 226, 238, 241, 259, 263,  
286.

Psychanalyse, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53,  
55, 57, 60, 70-72, 77, 80, 81, 85, 97, 115,  
183, 283.

Psychose, 10, 15, 26, 46, 51, 55, 59, 60, 63,  
64, 65, 66, 91, 100, 103, 152, 154, 207, 241,  
275, 281.

Pulsion, 36, 61, 62, 73, 89, 93, 96, 110, 117,  
153, 154, 182, 193, 198, 200, 220-223, 229,  
238, 241, 243, 262.

- de mort, 10, 12, 41, 152, 153, 172,  
184, 202, 238, 263, 270, 279, 280, 284.

- sexuelle, 153, 193, 200, 202, 219,  
238.

---

## R

Réflexivité, 10, 11, 14, 15, 145, 189, 252, 273.

Regard, 46, 65, 123, 124, 128, 130, 132-135, 138, 139, 146, 148, 159, 161, 164, 166, 171-173, 175, 177, 190, 191, 197-199, 203, 206, 222, 225-228, 235, 268, 269, 270, 272-274, 277, 278, 281, 285.

Régulation, 23, 27, 32, 131, 142, 144, 145, 146, 147, 152, 156, 157, 158, 159, 160, 176, 203, 238, 240, 251, 256.

Représentation, 15, 18, 27, 28, 33, 60, 65, 68, 70, 92, 99, 106, 109, 149, 173, 186, 192, 194, 195, 222, 229, 243, 244, 251, 254, 264, 276, 277, 278.

Rythme, 141, 144, 147, 171, 179, 191, 231, 261, 263, 284.

---

## S

Sensorimotricité, 19, 150, 169, 203, 237, 264.

- sensorimoteur, 40, 176, 194, 251, 265, 267.

Sensorialité, 15, 149, 186, 250, 270.

Signifiant formel, 192, 195, 196, 197, 243, 265, 266.

Subjectivité, 11, 20, 90, 96, 109, 189, 193, 216, 250, 251.

- Subjectivation, 14, 26, 38, 40, 118, 186, 238, 239, 260, 272.

Sujet, 9, 11, 14, 15, 21, 27, 28, 34, 37, 39, 40, 41, 46, 50, 52, 61, 64-68, 76, 80, 95, 101, 103, 107, 125, 148, 149, 153, 155, 156, 159, 161, 164, 167, 171, 186, 192, 193, 194, 196, 197, 199, 215, 219, 220-223, 229, 230, 232, 234, 236, 239, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 255, 259, 264, 265, 266, 269, 273, 276, 278, 279, 281, 282, 283.

Surmoi, 86, 96, 111, 116.

Symbolisation, 10, 14, 26, 27, 41, 95, 118, 149, 151, 161, 162, 171, 185, 192, 194, 196, 202, 215, 231, 235, 237, 238, 251, 253, 255, 256, 259, 263, 264, 286.

- Primaire, 12, 15, 38, 191, 193, 215, 219, 226, 243, 250, 265.

- Institutionnelle, 254, 255, 269, 282.

Symbiose, 99, 100, 101, 149, 186, 282.

---

## T

Transfert, 9-11, 17-19, 23, 29, 37, 39, 40, 55-63, 64, 67-69, 71, 77, 78, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 97-104, 107-110, 112, 114, 115, 119, 144, 146-152, 163, 164, 167, 171, 178, 179, 180, 186, 187, 188, 189, 190, 211, 220, 221,

222, 228, 229, 230, 232, 234, 236, 238, 239, 243, 244, 246, 248, 249, 250, 252, 254, 255, 256, 265, 267, 268, 274, 284.

- chaîne de transfert, 39, 147, 151, 152, 167, 173, 188, 189, 242, 248, 267, 272.

- constellation transférentielle, 178-180, 202.

- dissocié, 23.

- institutionnel, 68, 168, 263, 284.

- intertransfert, 186, 235, 236, 282.

- Intertransférentiel, 146, 167, 169, 202, 214, 236, 269.

- latéral, 179, 243.

- négatif, 59, 63, 168.

- par diffraction, 26, 149, 150, 167, 178, 229, 266.

- par retournement, 187, 278.

- pré-transfert, 19, 21.

- positif, 59, 63.

- résistance contre-transférentielle,

78, 151, 167, 197, 198, 202, 218, 220, 231, 232, 236, 238, 262.

- sur le cadre, 164, 165, 229, 266.

- sur l'inanimé, 163, 164.

- topique, 244.

- Transférentiel, 10, 11, 12, 19, 23, 29, 40, 43, 52, 55, 60, 63, 68, 69, 71, 88, 98, 101, 102, 111, 118, 119, 122, 148-151, 156, 161, 163, 168, 172, 178, 179, 211, 215, 218, 221, 234, 236, 239, 240, 242, 246, 248, 249, 253, 254, 263, 282, 283, 286.

- transféro contre-transférentiel, 10-12, 18, 23, 27, 33, 40, 71, 74, 79, 88, 90, 119, 122, 145, 147, 159, 165, 173, 181, 184, 202, 212, 214, 232, 238, 250, 284.

- transfert du transfert, 238, 247, 253, 282.

- trouée transférentielle, 156, 173, 189, 205, 252, 256, 281, 282.

Transitionnel, 35, 216, 243, 261.

- transitionnalité, 223, 255.

Traumatisme, 35, 78, 79, 92, 98, 101, 152, 171, 232, 258.



# Index des auteurs

---

## A

Abraham K., 60, 61.

Anzieu A., 115-118.

Anzieu D., 113, 192, 195, 196, 243, 266, 276.

Aulagnier P., 28, 64, 66, 67, 165, 186, 195, 242-244, 252, 259.

---

## B

Balvet, 50-51.

Béjarano A., 178-179

Bion W., 18, 36, 63, 102, 105, 107, 108, 145, 168, 180, 185, 216, 243, 251, 277.

Bleger J., 148, 149, 163, 195, 229, 266.

Breuer J., 56.

Brun A., 149, 150, 167, 193, 194, 196, 228, 238, 241, 242, 250, 251, 252, 264-267.

---

## C

Ciavaldini A., 260.

Cicccone A., 155, 215.

Chouvier B., 254, 255.

Cosnier A., 20.

---

## D

David M., 242.

Delion P., 31, 68, 179, 180, 223, 234.

Devereux G., 30, 31, 37, 269.

Diet E., 248.

---

## E

Esquirol, 47.

Ey H., 52, 185.

---

## F

Ferenczi S., 58, 61, 71, 74-80, 83, 84, 90-92, 101, 199, 219.

Freud S., 18, 20, 33, 47, 48, 52, 56-61, 69, 71-80, 83, 84, 93, 104, 109, 113, 116, 119, 152-154, 178, 179, 186, 193, 196, 200, 202, 222, 230, 241, 256, 257, 258, 275, 279, 280.

---

## G

Gaillard G., 248.

Girard M., 18, 19.

Golse B., 176, 238, 240, 246.

Green A., 15, 121, 187, 258, 276, 277.

---

## H

Haag G., 151, 192, 266.

Heimann P., 83-85, 88, 90.

Hochmann J., 18, 68, 145, 183.

---

## J

Jacquet E., 268, 270.

---

## K

Kaës R., 28, 34, 149, 150, 167, 178, 179, 186, 187, 208, 211, 220, 236, 280.

Khan M., 114, 115, 224.

Klein M., 61, 62, 80, 154, 155, 195.

---

## L

Lacan J., 51, 52, 64-67.

Laplanche J., 55, 56, 243, 245, 247.

Lavallé G., 272, 273, 275, 276, 277, 278.

Lévi-Strauss C., 239, 240.

Lheureux Davidse M., 21, 22, 174.

Little M., 80, 84, 90-98, 100, 114, 268.

---

## M

Mannoni M., 45.

Mac Dougall J., 80.

Makarenko A., 49, 50.

Meltzer D., 197, 198.

Minazio N., 185.

Misès R., 45.

Morel S., 26, 37.

Morin E., 4, 24, 285.

---

## N

Neyraut N., 108, 109, 110-112, 151.

---

## O

Oury J., 18, 23, 31, 49, 52, 67, 68, 234.

---

**P**

Pankow G., 18, 67, 68.

Pinel J.-P., 1, 25, 26, 37, 46, 232, 233, 248, 249.

Pinol Douriez M., 194, 195.

Potel C., 112.

Pontalis J.-B., 55, 56.

Prat R., 259.

---

**R**

Racamier P.-C., 18, 25, 53, 54.

Racker H., 80, 85-90.

Resnik S., 68.

Ricoeur P., 159, 183, 281.

Rosenfeld H.-A., 62, 63, 80, 102, 103-105, 108.

Roussillon R., 1, 14, 15, 20, 32, 33, 112, 148, 149, 155, 156, 164, 167, 169, 172, 176, 179, 182, 187, 188, 192, 193, 197, 198, 201, 208, 216, 217, 219, 220-223, 226, 229, 230, 232, 238, 239, 243, 244, 250, 252, 265, 271,

278, 279, 280.

---

**S**

Searles H., 48, 80, 97-102, 163.

Soulé M., 45.

Stern D., 20, 168, 192.

---

**T**

Tosquelles F., 23, 49, 51, 52, 64, 67, 68.

Tustin F., 252.

---

**U**

De Urtubey L., 70, 108, 110-112.

---

**W**

Winnicott D. W., 36, 63, 80, 81, 82, 83, 90, 94, 96, 98, 114, 170, 172, 177, 184, 208, 215, 216, 244, 257, 260, 261, 270, 276, 277, 279.

# DESTINS DE LA SENSORIMOTRICITE DANS LE TRANSFERT DU TRANSFERT : VERS UNE SYMBOLISATION INSTITUTIONNELLE

Nouvelles perspectives sur les dispositifs de soin institutionnel dans les autismes et  
la psychose infantile

Par Philippe GRONDIN

## Résumé

Dans le cadre des soins institutionnels apportés à des enfants psychotiques et autistes, il s'agit de s'interroger sur les processus soignants en groupe déployés à partir de la relation transféro-contre-transférentielle en appui à des cadres-dispositifs groupaux, notamment des ateliers à médiations thérapeutiques. Des mouvements transférentiels essentiellement sensori-moteurs se déploient en chaîne de transferts au sein des espaces interstitiels envisagés comme non dédiés au transfert. Ces derniers sont alors oblitérés par des vécus contre-transférentiels massifs et radicaux des soignants. Dès lors, comment l'institution va-t-elle appréhender ces moments destructeurs vécus comme des passages à l'acte de plus en plus bruyants ? Nous verrons dans quelles conditions le dispositif analysant institutionnel à l'épreuve de la malléabilité peut participer à la transformation de ces passages à l'acte en mises en acte, s'organisant en processus associatif sensori-perceptivo-moteur.

*Mots clés* : Contre-transfert, chaîne de transferts, pulsion de mort, interstices, institution, transfert du transfert, groupe, symbolisation, double, intersubjectivité.

## Summary

Within the institutional care offered to psychotic and autistic children, our aim is to question the care-giving group processes which are deployed through the transference and counter transference relationship and which provide support to group settings, particularly groups using therapeutic mediations. Transference movements, especially sensory-motor movements, are displayed in a chain of transferences, within the interstitial spaces which are considered as none dedicated to transference. These spaces are then blocked by massive and dramatic counter transference experiences of the caregivers. Therefore how will the institution apprehend these destructive moments which are experienced as acting outs that are more and more severe? We will see in which condition the institutional analyzing framework, testing its malleability, can participate in the transformation of these acting outs into enactments which organize themselves in a sensory-perceptive-motor associative process.

*Key words* : Counter-transference, chain of transferences, death instinct, interstices, institution, transference of the transference, group, symbolization, intersubjective.