

INCONSCIENT ET CULTURE

Aux frontières de la **psychanalyse**

Soin psychique et transdisciplinarité

Sous la direction de
Albert Ciccone

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018

11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077335-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

LISTE DES AUTEURS

Christine BÉNÉZIT est psychologue à Saint-Étienne, chargée d'enseignement en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Gaëlle BONNEFOY est psychologue à Saint-Étienne, chargée d'enseignement en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Emmanuelle BONNEVILLE-BARUCHEL est psychologue à Saint-Étienne, maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Thomas BUJON est sociologue, maître de conférences en sociologie à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

Éric CALAMOTE est psychologue à Saint-Étienne, docteur en psychopathologie et psychologie clinique et maître de conférences associé à l'université Lumière-Lyon 2.

Rodolphe CHARLES est médecin généraliste à Saint-Etienne, professeur associé en médecine générale à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

Albert CICCONE est psychologue à Vienne, professeur de psychopathologie et psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2.

Jean-Baptiste DESVEAUX est psychologue à Lyon, enseignant en psychopathologie au Centre de formation de l'ARFRIPS (Association régionale pour la formation, la recherche et l'innovation en pratiques sociales) à Lyon.

Anne-Claire DOBRZYNSKI est psychologue à Saint-Étienne, docteure en psychopathologie et psychologie clinique et chargée d'enseignement à l'université Lumière-Lyon 2.

Matthieu GAROT est psychologue à Saint-Étienne, enseignant en psychologie clinique à l'Université Populaire de Lyon.

Christophe LÉVÊQUE est psychologue à Valence, docteur en psychopathologie et psychologie clinique et chargé d'enseignement à l'université Lumière-Lyon 2.

Valérie ROUSSELON est médecin psychothérapeute au Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, chargée d'enseignement à l'université Jean Monnet de Saint-Étienne.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES AUTEURS III

INTRODUCTION. LE SOIN PSYCHIQUE, LA MARGE ET LA
TRANSDISCIPLINARITÉ 1

ALBERT CICCONE

La marge du soin 2

L'inter et la transdisciplinarité 3

*Des équipes ou institutions soignantes inter
ou transdisciplinaires, 3 • De la cacophonie pluridisciplinaire
à la musique transdisciplinaire, 6 • La parentalité : une figure
prototypique et paradigmatique de la transdisciplinarité, 7*

Présentation des contributions 8

PREMIÈRE PARTIE

DES MODÉLISATIONS

1. Les « bords » de la réalité psychique et de la psychanalyse 15

Réalité corporelle et réalité sociale

ALBERT CICCONE

Pour une transitionnalisation des frontières 16

Du côté de la réalité corporelle 19

*La réalité corporelle impose une exigence de travail
psychique, 19 • Plaidoyer pour un point de vue moniste, 20 • Le
corps est un lieu de transit de la réalité psychique, 22 • L'acte*

<i>est une modalité de symbolisation, 22 • L'expérience corporelle est un substitut au travail psychique défaillant, 24</i>	
Du côté de la réalité sociale et événementielle	25
<i>Intersubjectivité et réalité sociale, 25 • Rythmicité et « respiration psychique », 27 • Intériorisation de la réalité sociale et événementielle, 28 • Intériorisation et extériorisation : une « respiration psychique », toujours, 30 • « Complaisance » du social comme du somatique, 33 • Un exemple : la réalité des événements terroristes, 34 • Psychanalyse et politique, 36</i>	
Conclusion	40
2. La transdisciplinarité : histoire, logiques et effets	41
ANNE-CLAIRE DOBRZYNSKI	
Naissance de la transdisciplinarité	41
<i>La Grèce antique et les sciences, 42 • Le Moyen-âge, émergence de la pluridisciplinarité, 42 • Le XIX^e siècle, apparition de l'interdisciplinarité, 43 • Le XX^e siècle, nécessité de l'interdisciplinarité, et passage à la transdisciplinarité, 43</i>	
La transdisciplinarité : une enveloppe, une harmonie	47
La méthodologie transdisciplinaire : une position éthique	48
<i>La pensée et l'éthique, 48 • Pensée complexe et opérateurs de reliance, 49</i>	
Domaines d'application, exemples	51
Conclusion	53
3. Psychanalyse, psychothérapie, psychothérapie psychanalytique	55
ALBERT CICCONE	
La psychanalyse est-elle une psychothérapie ?	57
<i>La guérison, 57 • Suggestion, influence, 58 • Le setting, la technique, 61 • Psychanalyse et « déliaison », psychothérapie et « liaison », 65</i>	
La psychanalyse ou psychothérapie « psychanalytique »	67
<i>La réalité psychique et la souffrance psychique, 68 • Les phénomènes de transfert, 68 • L'intersubjectivité, 69 • Le cadre interne, 69 • Le travail de pensée, 69 • La « neutralité bienveillante » et l'engagement, 70 • L'humilité, le doute, 70</i>	
Conclusion	71

4. Le thérapeutique et l'éducatif	73
ALBERT CICCONE	
Quelques définitions	74
La psychanalyse et l'éducation	76
Quelques points communs entre position soignante et position éducatrice	78
<i>La prise en compte des processus intersubjectifs, transférentiels, contre-transférentiels, 79 • L'appui sur un cadre interne, 80 • Le travail de pensée garanti par la parole comme par les actes, 80 • L'engagement, l'implication, 81 • La mise en suspens du savoir, la culture du doute, 81 • L'absence de contre-indication, 82 • Pourquoi a-t-on besoin de croire à une différence ?, 82 • Et dans une famille ?, 83</i>	
La parentalité soignante	84

DEUXIÈME PARTIE

DES PROBLÉMATIQUES CLINIQUES : CONTRAINTES AUX MARGES

5. L'espace thérapeutique et la perspective dans les situations limites et traumatiques	91
ÉRIC CALAMOTE	
Les indicateurs cliniques de la demande d'ouverture	94
<i>L'avidité, 94 • La colère, 97 • La volonté de changer un des éléments habituels du dispositif, 98 • La pression pour pousser à bout l'implication du thérapeute, 100 • L'urgence ressentie et la demande d'une intervention dans la réalité extérieure à l'espace thérapeutique, 101</i>	
Reconsidérer la notion d'espace en thérapie : la psychothérapie transitionnelle	102
Conclusion : le dedans et le dehors de la thérapie, métaphorisation du monde interne du patient ou manipulation/séduction du thérapeute ?	107
6. Tumulte et charivari à l'interface	109
Le psychologue des interstices et l'analyse transitionnelle « sociale »	
MATTHIEU GAROT	
<i>What about Dionysos ?</i>	110

État des lieux et non-lieux de la Psychiatrie	113
<i>L'hyperlieu excluant de la Psychiatrie, 113 • Le champ totalitaire de « la rue », 114</i>	
Déjouer l'enclavement cloacal : vers une analyse transitionnelle « sociale »	116
<i>La double reliance de la psyché, 116 • Ouvrir aux interstances, 118 • Faire rhizome, 121</i>	
7. À psychisme ouvert, chirurgie éveillée du cerveau	125
Préparation psychologique et épreuve du bloc	
CHRISTINE BÉNÉZIT	
8. Soins psychiques des enfants en protection de l'enfance	143
Une ouverture interdisciplinaire indispensable	
EMMANUELLE BONNEVILLE-BARUCHEL	
Le clivage des réalités de l'enfant dans les représentations et les pratiques	144
Les obstacles au soin psychique	146
<i>Obstacles liés à la réalité législative : accès aux soins et autorité parentale, 146 • Obstacles liés à l'opposition parentale au soin psychique pour leur enfant, 147 • Obstacles liés aux représentations sociales, 150 • Obstacles induits par la réalité sociale et institutionnelle, 152 • Obstacles liés aux résistances idéologiques, 155 • Obstacles liés à la clinique de l'enfant et de la relation transférentielle, et aux défenses des soignants, 160 • Obstacles liés à l'investissement défensif de positions dogmatiques, en réaction aux enjeux transférentiels, 163</i>	
Les conditions au soin psychique	164
<i>Créer les conditions « externes » de l'investissement du soin psychique proposé à l'enfant : la sécurité pour l'enfant et le soignant, 164 • Promouvoir les conditions « internes » du soin psychique, 167</i>	
Conclusion	172
9. À l'écoute des adolescents oubliés	173
Vers un soin transitionnel en institution médico-sociale	
JEAN-BAPTISTE DESVEAUX	
Quelque part, des adolescents tentent d'exister	173
Implication, investissement, engagement	177
Repenser le <i>setting</i> et le cadre, un besoin	178

Réalité externe et réalité interne : que partager ?	181
Où est le soin ?	185
Vers un dispositif transitionnel ?	187
Une hétérogénéité des mondes	189
La mise au travail des interstices	190
Du jeu en réunion pluridisciplinaire	191

TROISIÈME PARTIE

DES DISPOSITIFS CLINIQUES : TRAVAIL AUX FRONTIÈRES

10. Analyse de la pratique : figures, enjeux, limites	197
ALBERT CICCONE	
Une pratique « honteuse »	198
Psychanalyste en analyse de la pratique ?	201
<i>Balint et l'analyse de la pratique, 201 • Psychanalyste toujours, 205</i>	
« Transfert du transfert » et « transfert du contre-transfert »	206
Intérêts de la notation	211
Quelques limites à l'analyse de la pratique	214
Conclusion : analyse des pratiques et culture transdisciplinaire	216
11. Un essai de transdisciplinarité entre un sociologue, une psychothérapeute et un interprète	219
VALÉRIE ROUSSELON, THOMAS BUJON (AVEC LA CONTRIBUTION D'AOMAR BENCHIKH)	
Les entretiens cliniques	222
L'analyse du contenu de l'interview	227
<i>Quels fondements identitaires professionnels ?, 227 • Les familles construisent la transdisciplinarité, 231</i>	
Conclusion	234
12. Dispositif de « double-portage » ambulatoire	237
Exemple d'une collaboration médecin généraliste et psychologue	
GAËLLE BONNEFOY, RODOLPHE CHARLES	
Travail préalable à une psychothérapie (le point de vue du généraliste)	238

Indication au psychologue en libéral pour tenter d'introduire de la différenciation	243
Une collaboration médecin généraliste- psychologue : origine et fonction de ce double-portage	246
<i>La constitution d'un couple thérapeutique, 246 • Les fonctions du double-portage, 247 • Les modalités des liens de collaboration, 250 • Limites et écueils, 251</i>	
Conclusion	252
13. Les concertations interprofessionnelles, des scènes de l'intermédiaire	253
CHRISTOPHE LÉVÊQUE	
Les espaces professionnels inter et trans-disciplinaires, lieux de transit de la réalité psychique	255
Une métaphore des espaces inter et trans-scéniques : la synapse	256
Topologie des scènes professionnelles inter et transdisciplinaires : intersubjectivité et lien	257
<i>L'intersubjectivité, 257 • Le lien comme lieu de l'interconnexion, 259</i>	
Médiation et symbolisation dans les espaces interprofessionnels	261
<i>Matérialité, théâtralité et dramatisation, 261 • Symbolisation, 263</i>	
Concertations interprofessionnelles et processus transféro-contre-transférentiels	265
<i>La scène transférentielle, 266 • La scène du contre-transfert, 268</i>	
Conclusion	272
BIBLIOGRAPHIE	273
INDEX DES NOMS	290

Introduction

LE SOIN PSYCHIQUE, LA MARGE ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ

Albert Ciccone

« La marge, c'est ce qui fait tenir les pages ensemble. »
Jean-Luc Godard¹

CE LIVRE s'intéresse aux « frontières » de la psychanalyse, à ses « marges ».

Il défend deux idées fondamentales. La première consiste à dire que la psychanalyse se doit d'être ouverte : aux disciplines connexes qui la « bordent », aux discours autres qui l'interrogent, aux pratiques qui parfois s'y réfèrent mais qui souvent la questionnent. Elle doit accepter et soutenir la contradiction. C'est une condition pour sa survie. La seconde idée est que la marge n'est pas « marginale », mais essentielle. C'est le lieu primordial du soin. Comme le dit cette formule que j'ai mise en exergue de Jean-Luc Godard, qui était considéré comme un cinéaste marginal : « La marge, c'est ce qui fait tenir les pages ensemble. »

1. Propos tenus par Jean-Luc Godard lors d'une émission télévisée, il y a de nombreuses années, en réponse à un journaliste qui lui demandait, alors qu'il venait de recevoir un prix ou une distinction, ce que cela lui faisait d'être considéré comme « marginal ».

LA MARGE DU SOIN

La marge est le lieu primordial du soin parce que le soin suppose une rencontre, et c'est le lieu de la rencontre qui est l'objet du soin psychanalytique, comme l'ont bien soutenu Bion ou Resnik, par exemple (Bion, 1975, 1978 ; Resnik *et al.*, 1982 ; Resnik, 1999). Mais elle est le lieu primordial du soin aussi parce que l'exploration des « contenus », pour être possible et efficace, est nécessairement précédée d'une exploration et d'une élaboration des « contenants », comme Anzieu l'avait bien démontré, avec son intérêt et son attention pour les « limites », les « états-limites », les « enveloppes psychiques », le « moi-peau », l'analyse « transitionnelle » (1979, 1985, 1986, 1987). La marge n'est pas une simple frontière, elle est un espace : intermédiaire, intersubjectif, interdisciplinaire. Une « formation intermédiaire » dirait René Kaës (1979, 1987, 1993*ab*, 1994). Espace dans lequel se produit une part des processus fondamentaux mobilisés par le travail de soin psychanalytique. On peut même dire que le cœur du travail de soin, de ce qui soigne dans le soin, se situe à la marge, à la frontière des « appareils psychiques » et concerne le travail de contenance et de transformation que peuvent réaliser les « enveloppes-frontières » des subjectivités du soignant puis du patient (Ciccone, 2012*a*), contenance et transformation dont la fonction alpha bionienne est une figuration prototypique (Bion, 1962*ab*).

L'ouverture aux disciplines connexes, aux pratiques et aux théories voisines suppose de soutenir le débat, la contradiction, mais aussi d'intégrer les apports de ces disciplines. Elle suppose d'amortir ou d'absorber les tensions que produit la contradiction, de pouvoir les assimiler, les transformer sans modifier les principes qui fondent le socle de l'approche psychanalytique. On pourrait dire qu'il s'agit ainsi de « transitionnaliser » la frontière, la marge. Il s'agit d'élargir cette zone pour créer un espace intermédiaire, une zone-tampon dans laquelle se développent la théorie et les modèles concernant les processus de soin.

Cette logique de « transitionnalisation » est différente d'une logique « intégrative » qui consiste à prendre quelques-uns des principes ou des savoirs de chaque science connexe pour en créer une nouvelle, laquelle se situerait entre les deux, intégrerait les deux, ce qui risque de fabriquer une pseudo-science hybride issue de la dénaturación de chacune de celles qui la constituent.

S'ouvrir à l'altérité et transitionnaliser les frontières : cela vaut pour la théorie, pour la position épistémologique, comme pour le soin lui-même, la pratique même du soin, et évidemment du soin psychanalytique. Le soin, comme toute rencontre humaine, nécessite de s'ouvrir à l'autre et

de transitionnaliser la rencontre avec l'autre (ou les autres). Cette double exigence, l'ouverture à l'altérité et la transitionnalisation des marges ou des frontières, conduit à considérer que ce qui soigne dans le soin n'appartient pas à une discipline et un dispositif qui s'y réfère, mais dépasse la singularité d'une discipline et d'un point de vue. Cette considération de l'interdisciplinarité voire de la transdisciplinarité comme lieu de réalisation du soin psychique, psychanalytique, suppose une position d'humilité pour tout psychanalyste, et répond à une conception humaniste, et non idéologique et fétichique, du soin psychique et de la psychanalyse.

Les chapitres qui suivent rendent compte d'une telle position clinique et soutiennent chacun des perspectives inter et transdisciplinaires.

L'INTER ET LA TRANSDISCIPLINARITÉ¹

Les notions d'interdisciplinarité et de transdisciplinarité s'opposent à celle de pluridisciplinarité.

Des équipes ou institutions soignantes inter ou transdisciplinaires

Par exemple, de nombreuses institutions et équipes soignantes revendiquent et s'organisent autour d'un fonctionnement pluridisciplinaire. Il est évidemment important et même essentiel de se mettre à plusieurs pour penser. Mais le travail pluridisciplinaire consiste souvent à mettre bout à bout les conclusions de chaque expert d'une discipline différente. Or, penser à plusieurs ne se réduit pas à mettre bout à bout des points de vue différents, là n'est pas la pensée. Et la pluridisciplinarité ne garantit pas la pensée. Le point de vue pluridisciplinaire recherche souvent la maîtrise toute-puissante. Il laisse penser que mettre bout à bout des points de vue différents donnera une vision totale, omnisciente de la situation. La toute-puissance démentie de chacun se réfugie dans la groupalité de l'ensemble, dans la pluridisciplinarité. Nombre de synthèses d'équipes, de décisions d'intervention, de conclusions quant à l'étiologie d'une pathologie ou quant à la démarche à suivre face à elle résultent d'une telle position pluridisciplinaire.

1. Cette partie reprend l'essentiel des pages 43 à 46 de l'ouvrage *La Violence dans le soin* (Ciccone *et al.*, 2014), qui traitent cette question, et prolonge la réflexion.

À la notion de « pluridisciplinarité », je préfère celles d'« interdisciplinarité » ou de « transdisciplinarité ».

L'interdisciplinarité rend compte de ce qui différencie les disciplines, les points de vue, de ce qui les conflictualise, mais elle rend compte aussi de ce qui les réunit, de ce qui les rassemble, de ce qui les fait tenir ensemble. La transdisciplinarité, quant à elle, rend compte de ce qui passe à travers les différences des disciplines, les particularités de chaque discipline, de ce qui les dépasse et les transcende. La transdisciplinarité concerne ce qui est essentiel dans la relation soignante, voire dans la relation humaine, et qui dépasse la spécificité de chaque discipline.

Le travail inter ou transdisciplinaire suppose une humilité de chacun, reconnue, tolérée, partagée. L'essentiel de la relation de soin, comme de la relation humaine, n'appartient ni à une discipline ni à un ensemble de disciplines complémentaires, mais dépasse chaque discipline, ou se situe à l'entrecroisement des disciplines. Seul un point de vue inter ou transdisciplinaire peut contenir une conflictualité, nécessairement générée par des points de vue différents, contradictoires, et peut rendre cette conflictualité créatrice, peut protéger du risque de fourvoiement dans l'omnipotence idéologique, tentation légitime du fait de l'impuissance à laquelle confrontent nombre de situations cliniques.

Ces notions d'inter et de transdisciplinarité supposent de – et obligent à – penser autrement les distributions des fonctions et des rôles socialement déterminés. Les pratiques soignantes et statuts professionnels sont différenciés par des lignes de partage en partie arbitraires. Il est bien sûr nécessaire pour le fonctionnement d'une institution que les rôles, tâches, fonctions, statuts soient clairement définis, différenciés. Mais il est tout autant nécessaire pour le soin, et notamment le soin psychique, de tolérer que les fonctions soignantes ou les effets de soin ne respectent pas la distribution sociale et symbolique des tâches (et on peut dire la même chose de l'éducation et des effets éducatifs).

On sait très bien, par exemple, qu'un travail psychothérapeutique ne se produit pas nécessairement là où il est désigné devoir se produire. Et il est fondamental de tolérer un tel écart ou un tel paradoxe.

Voyons un exemple.

Je reçois une jeune adolescente pour laquelle l'institution qui l'héberge m'a sollicité car elle pose des problèmes de comportement. Elle est violente, agitée. L'enseignante spécialisée qui l'accueille dans sa classe ne sait plus comment faire avec elle, ne la supporte plus.

Il n'y a pas de psychologue dans cette structure. Un médecin pédopsychiatre ne passe que quelques heures par semaine, et tout le monde pense qu'un

travail psychothérapeutique est nécessaire et urgent pour cette adolescente. Une éducatrice conduit donc cette jeune toutes les semaines jusqu'à mon cabinet.

Voilà une situation où les rôles et fonctions de chacun sont respectés. Tout est à sa place. Les différenciations et les frontières entre chaque domaine professionnel sont bien établies. La structure d'hébergement héberge la patiente. L'éducatrice éduque, accompagne cette jeune dans ses différentes démarches dans le monde réel. L'enseignante enseigne. Le psychologue s'occupe du soin psychique... Tout est en ordre, l'ordre symbolique est respecté.

Mais que se passe-t-il en fait dans la réalité ?

Cela fait plusieurs mois que cette adolescente vient me voir, et elle n'a quasiment jamais prononcé un mot... Malgré toutes les tentatives pour essayer d'entrer en contact avec elle, de la rencontrer, de la rejoindre dans son mutisme, je n'ai jamais pu avoir un échange. Mes efforts qui habituellement avec d'autres adolescents finissent toujours par obtenir un minimum de confiance permettant un échange sont ici restés vains. Je me sens inutile, en échec, honteux. Nous avons prévu de faire le point avec son éducatrice référente et je redoute cette rencontre car je ne sais comment lui dire que tout ce travail, le mien comme le sien, ne sert à rien.

Lorsque je reçois l'éducatrice, elle s'assied et avant que je prononce le moindre mot, elle me dit que depuis que l'adolescente vient me voir elle a changé de façon spectaculaire, sa situation s'est considérablement améliorée, elle n'a plus posé de problème de violence ou d'intégration dans l'institution, tout se passe très bien... Je suis sidéré, ne sais pas trop quoi dire, bredouille quelques mots, et je ne me sens pas de transmettre quoi que ce soit sur le contenu affreusement vide de mes rencontres avec la patiente.

Puis j'apprends que l'adolescente en question fait donc les trajets de son institution jusqu'à mon cabinet accompagnée toujours par cette même éducatrice, qu'elle est seule avec elle pendant ces accompagnements, que le trajet pour venir dure trois quarts d'heure, *idem* pour le retour, et que la patiente parle énormément à son éducatrice qui est très satisfaite et ravie de cet échange, et qui lui répond de façon tout à fait adéquate...

En conclusion : la psychothérapie a lieu avec l'éducatrice, pas avec moi. Venir me voir, pour officiellement faire une psychothérapie, n'est qu'un prétexte pour en fait faire une psychothérapie avec l'éducatrice, qui est là, disponible, accueillante, pleinement attentive à la jeune adolescente pendant deux fois trois quarts d'heure.

Pour tout le monde (et pour l'éducatrice en premier), la psychothérapie a lieu là où il est institutionnellement désigné qu'elle doit avoir

lieu. En réalité elle a lieu ailleurs, et à l'insu même des protagonistes. Devrais-je signifier un tel fait ? Pourquoi ? Quel intérêt de risquer de rompre ce lien, d'empêcher cette expérience apaisante et bénéfique pour la patiente ? Quel avantage à faire vivre un sentiment coupable d'illégitimité à la personne choisie par la patiente pour l'écouter, l'aider, l'investir, et qui le fait avec implication et pertinence ?

L'approche transdisciplinaire suppose de tolérer l'idée que d'autres non désignés pour cette place puissent avoir une fonction bien plus soignante que ceux à qui le social attribue le statut nécessaire à cette fonction¹.

De la cacophonie pluridisciplinaire à la musique transdisciplinaire

Nous verrons dans le chapitre 2 de cet ouvrage, avec Anne-Claire Dobrzynski, qui reprend les arguments d'un certain nombre de penseurs de la transdisciplinarité, combien celle-ci repose sur une conception profondément humaniste de la science, conception qui resitue l'homme au centre de la démarche scientifique, au lieu de le chosifier par la compartimentation de la connaissance. La transdisciplinarité va au-delà de la dilution des frontières, elle crée un point de vue, une perspective nouvelle qui contient les contradictions, les conflictualités propres aux interfaces et les dépasse. Anne-Claire Dobrzynski reprend une métaphore musicale, celle de l'orchestre, qui éclaire sur l'essence de la transdisciplinarité. Un orchestre fait vivre tous les instruments sans en annuler ou réduire aucun, et il crée une réalité nouvelle qui contient et qui dépasse l'ensemble : la musique. La musique suppose ajustement, accordage, à partir d'une multitude de sons, d'une pluralité d'instruments, et rend compte d'une réalité nouvelle qui contient et transcende celles qui la composent.

1. Concernant le « partage » de la fonction soignante, il faudrait évoquer (si on reste seulement dans des références françaises) le mouvement de « psychothérapie institutionnelle », depuis ses fondateurs (Daumézon et Koechlin, 1952 ; Tosquelles, 1967 ; Oury, 1976) jusqu'à ses promoteurs actuels (voir par exemple Delion *et al.*, 2002), ainsi que les modèles proches, de soin institutionnel (Racamier, 1970, 2001), de communautés thérapeutiques (Hochmann, 1971 ; Sassolas, 1997) ou autres, qui chacun à leur manière prennent en compte, dans le soin aux patients psychotiques essentiellement, un champ thérapeutique collectif, une « constellation transférentielle » (terme de Tosquelles) – dans laquelle le transfert est diffracté, dissocié, multifocal, multiréférentiel, des éléments épars étant projetés sur plusieurs ou l'ensemble des membres d'une équipe ou d'une institution –, et envisagent, de façon différente et à des degrés divers, le soin, la psychothérapie comme partagés par ces multiples intervenants, quel que soit leur statut professionnel (le patient étant par ailleurs toujours au centre et acteur dans le soin).

On peut dire que les approches théoriques et cliniques que défend l'ensemble de cet ouvrage consistent à toujours tenter de créer les conditions qui permettent de passer de la *cacophonie pluridisciplinaire* à la *musique transdisciplinaire*.

La parentalité : une figure prototypique et paradigmatique de la transdisciplinarité

Une figure prototypique et paradigmatique de la transdisciplinarité est représentée par la parentalité, j'y reviendrai dans le chapitre 4. Dans une famille, le parent occupe différentes places, simultanément : il est éducateur (il doit aider l'enfant à intégrer la réalité, à composer avec la réalité, à réprimer ou ajourner ses désirs et pulsions, à s'adapter), il est pédagogue (il doit transmettre des savoirs, aider l'enfant à apprendre du monde), il est psychothérapeute (il doit tenir compte de la singularité de l'enfant, de sa subjectivité, de sa vie affective, émotionnelle), il est administrateur (il doit gérer les finances). L'exercice de la parentalité, au quotidien, suppose une harmonisation de l'ensemble de ces fonctions, et crée un point de vue qui intègre l'ensemble, contient les conflictualités générées par la confrontation des logiques propres à chacune de ces fonctions, et dépasse l'ensemble. Il s'agit bien d'un point de vue nouveau, « transdisciplinaire ».

Dans cette position, qui « harmonise », comme l'orchestre musical, aucune des fonctions singulières ne domine les autres. Si un point de vue domine, on n'est plus dans une logique transdisciplinaire, mais dans une logique pyramidale, hiérarchique, où une fonction est supérieure aux autres. Et l'organisation hiérarchique est toujours une organisation tyrannique, comme le disait Donald Meltzer (1992)¹. La parentalité hiérarchique, tyrannique, est bien différente de la parentalité transdisciplinaire.

Ce modèle de la parentalité comme figure de la transdisciplinarité justifie la notion de « parentalité soignante » que j'ai proposée (Ciccone, 2012*ab*, 2014*a*, 2016*a*), pour décrire cette fonction psychique qui concerne tous les sujets en position d'aider un autre à « grandir » : un enfant, un patient en souffrance (souffrance dont le débordement ou l'intensité intolérable sont toujours dus au fait qu'elle touche les aspects infantiles du soi), un sujet accompagné dans son rapport au monde et son intégration sociale empêchée pour diverses raisons, etc. La parentalité soignante est une fonction qui s'applique aussi à une équipe,

1. Voir aussi Ciccone *et al.*, 2003.

une institution, voire au social en général, au politique. La « transdisciplinarité » est l'une des conditions à la qualité « soignante » de la parentalité. La parentalité – familiale, professionnelle, institutionnelle, sociale, politique – ne peut être véritablement « soignante » que si elle est « transdisciplinaire ».

PRÉSENTATION DES CONTRIBUTIONS

Les contributions qui suivent éclairent donc le travail psychanalytique à ses marges, à ses frontières, et mettent à l'œuvre l'idée que l'essentiel du soin psychique psychanalytique, au cœur des pratiques et dans les dispositifs ajustés aux contextes des souffrances psychiques concernées, se déroule dans des espaces inter ou transdisciplinaires.

La première partie est consacrée aux modélisations des espaces de pratique aux marges, aux frontières de la psychanalyse, et des perspectives inter et transdisciplinaires.

Le premier chapitre est consacré aux « bords » de la réalité psychique. Je décris la manière dont celle-ci est bordée d'un côté par le pulsionnel mais aussi le corporel, le sensoriel, le perceptif, et de l'autre par l'intersubjectif, le social, l'événementiel, le politique. Et je souligne la façon dont le travail psychanalytique doit nécessairement prendre en compte ces réalités aux marges de la réalité psychique : la réalité du corps et la réalité du social avec lesquelles compose la réalité psychique de tout sujet.

Dans le chapitre 2, Anne-Claire Dobrzynski explore l'histoire, les logiques, les enjeux de la transdisciplinarité. En appui, entre autres, sur la pensée d'Edgar Morin, elle montre combien la conception transdisciplinaire des sciences et des pratiques est profondément humaniste, créative et éthique.

Dans le chapitre 3, je développe une réflexion sur les différences entre psychanalyse, psychothérapie et psychothérapie psychanalytique. Je défends l'idée selon laquelle la psychothérapie psychanalytique et la psychanalyse en tant que traitement désignent exactement la même chose, et la distinction imaginaire qui est souvent véhiculée par les discours experts repose sur des motifs erronés et idéologiques, et je discute des caractéristiques qui font qu'une psychothérapie est « psychanalytique ».

De même, dans le chapitre suivant, j'explore la frontière et l'articulation entre le « thérapeutique » et l'« éducatif », et mets en évidence les zones communes à ces approches. Je reprends l'idée selon laquelle le soin

psychique ne se déroule pas toujours là où il est désigné institutionnellement ou socialement devoir se dérouler – et il en est de même du travail éducatif – et je soutiens la nécessité de tolérer les paradoxes inhérents à l’inter et à la transdisciplinarité des pratiques soignantes et éducatives. Je reprends aussi l’idée évoquée précédemment selon laquelle la parentalité est une figure paradigmatique et prototypique de la transdisciplinarité des pratiques.

La deuxième partie regroupe des chapitres présentant des problématiques cliniques qui imposent des contraintes aux marges de l’approche psychanalytique, et qui obligent à mettre en perspective des points de vue inter ou transdisciplinaires.

Éric Calamote, dans le chapitre 5, expose des situations limites et traumatiques, et montre la nécessité, dans l’approche clinique de ces contextes, d’aménager le cadre classique et de prendre en compte des espaces et des objets concrets souvent négligés par les approches traditionnelles. Il montre la manière dont ces espaces et ses objets renseignent sur la vie subjective des patients, et sont parfois les seuls lieux d’expression de la réalité psychique ou les seuls éléments à propos desquels une rencontre est possible.

Dans le chapitre 6, Matthieu Garot parle de « la rue », des sujets en errance, SDF, qui se retrouvent dans l’interstice entre la « psychiatrie » et le « social », entre différentes institutions dont les logiques sont parfois antagonistes. Une telle conjoncture oblige le clinicien à un travail à l’interface du psychique et du social, à la frontière d’espaces de soin et d’espaces d’accompagnement social, travail que Matthieu Garot décrit en termes d’« analyse transitionnelle sociale ».

Dans le chapitre suivant, Christine Bénézit rend compte d’une expérience singulière « hors les murs », dans laquelle elle accompagne un patient au bloc chirurgical pour une chirurgie éveillée du cerveau. Elle donne là un témoignage d’une pratique clinique au sens fort du terme, montrant, à partir des aménagements nécessaires qu’imposent les contextes psychosomatiques, qu’il est possible, utile, et difficile évidemment, de transporter son « cadre interne » de clinicien dans des lieux rarement investis par les psychanalystes.

Emmanuelle Bonneville-Baruchel envisage, dans le chapitre 8, le contexte de la Protection de l’enfance et discute des conditions relatives à un travail de soin psychique auprès des enfants concernés. Elle décrit les écueils dans les relations partenariales qui empêchent le soin et montre l’importance essentielle d’une ouverture transdisciplinaire pour les nombreux acteurs impliqués dans ces situations afin de garantir les

conditions de possibilité d'un soin psychique et son investissement par les sujets à qui il est proposé.

Dans le chapitre 9, Jean-Baptiste Desveaux propose une réflexion sur le travail des institutions qui reçoivent des « adolescents difficiles », et souligne lui aussi la nécessité d'une approche partenariale, montrant comment l'« écologie psychique » des patients se transfère sur les liens interinstitutionnels. Il soutient le modèle d'une fonction transitionnelle dans le soin interinstitutionnel, insiste sur l'importance, pour les experts du soin psychique, de tenir compte de la réalité extérieure, événementielle, et met en évidence la transdisciplinarité des effets de soin psychique.

La troisième partie regroupe des chapitres décrivant des dispositifs d'emblée inter ou transdisciplinaires, et développant une réflexion sur leurs logiques.

Dans le chapitre 10, je discute de la pratique d'« analyse de la pratique », pratique très courante mais qui reste souvent « honteuse » car elle est polymorphe et s'éloigne en général des cadres théoriques orthodoxes. J'envisage son histoire, décris ses filiations, ses figures, ses enjeux, ses limites. Pratique fréquemment interprofessionnelle, voire interinstitutionnelle, elle se prête de fait au développement d'une culture inter ou transdisciplinaire.

Valérie Rousselon et Thomas Bujon, dans le chapitre 11, rendent compte d'un travail transdisciplinaire « en direct », dans l'expérience comme l'écriture même qui la relate. Des consultations psychothérapeutiques avec des familles allophones en présence d'un interprète, dans un service de pédopsychiatrie, sont soumises à l'analyse d'un sociologue, qui a interviewé la clinicienne et l'interprète, interviews elles-mêmes discutées par le sociologue et la clinicienne. Il y a là un exercice original et fructueux d'ouverture transdisciplinaire, dont la fécondité pour le travail de pensée qu'elle soutient est manifeste.

C'est une autre forme d'expérience transdisciplinaire que proposent, dans le chapitre suivant, Gaëlle Bonnefoy et Rodolphe Charles. À propos d'une situation clinique, ils rendent compte d'une collaboration médecin-psychologue, mettent en évidence le « couple thérapeutique » qu'ils forment (avec un « double-portage » des patients), les phénomènes de diffraction transférentielle, la nécessité de prendre en compte l'intertransfert. Tout cela à distance, sans consultation commune. Une telle collaboration repose sur une confiance mutuelle, et sur la conviction que le travail psychothérapeutique s'effectue dans différents espaces, chez le médecin comme chez le psychologue, si tous deux sont expérimentés, et sur le respect par chacun du soin psychique réalisé dans l'espace de

l'autre, sachant par ailleurs que c'est en grande partie le patient qui « choisit » le lieu où – et le soignant avec lequel – se réalisera ce soin.

Enfin, dans le chapitre 13, Christophe Lévêque discute des « concertations interprofessionnelles ». Il les envisage comme des scènes de l'intermédiaire, des scènes inter et transdisciplinaires. Il en décrit la topologie, observe les spécificités des processus intersubjectifs, transférentiels, contre-transférentiels, qui s'y déploient. Il souligne la nécessité de rassembler, de « recondenser » les éléments épars du transfert et des transmissions ou communications, là où la multiplication des scènes professionnelles tend à fragmenter la perception que chacun construit du patient concerné. Cette figure « transcendée » témoignera du processus de pensée qui se déroule, potentiellement, dans ces concertations interprofessionnelles.

Souhaitons que l'ensemble de ces contributions conduise chaque lecteur à interroger sa pratique aux marges, à envisager la pertinence d'élargir les zones frontières, à éprouver la fécondité de l'ouverture inter et transdisciplinaire dans la position clinique psychanalytique, comme dans toute position praticienne, et comme, d'une façon générale, dans toute relation humaine.

PARTIE 1

DES MODÉLISATIONS

