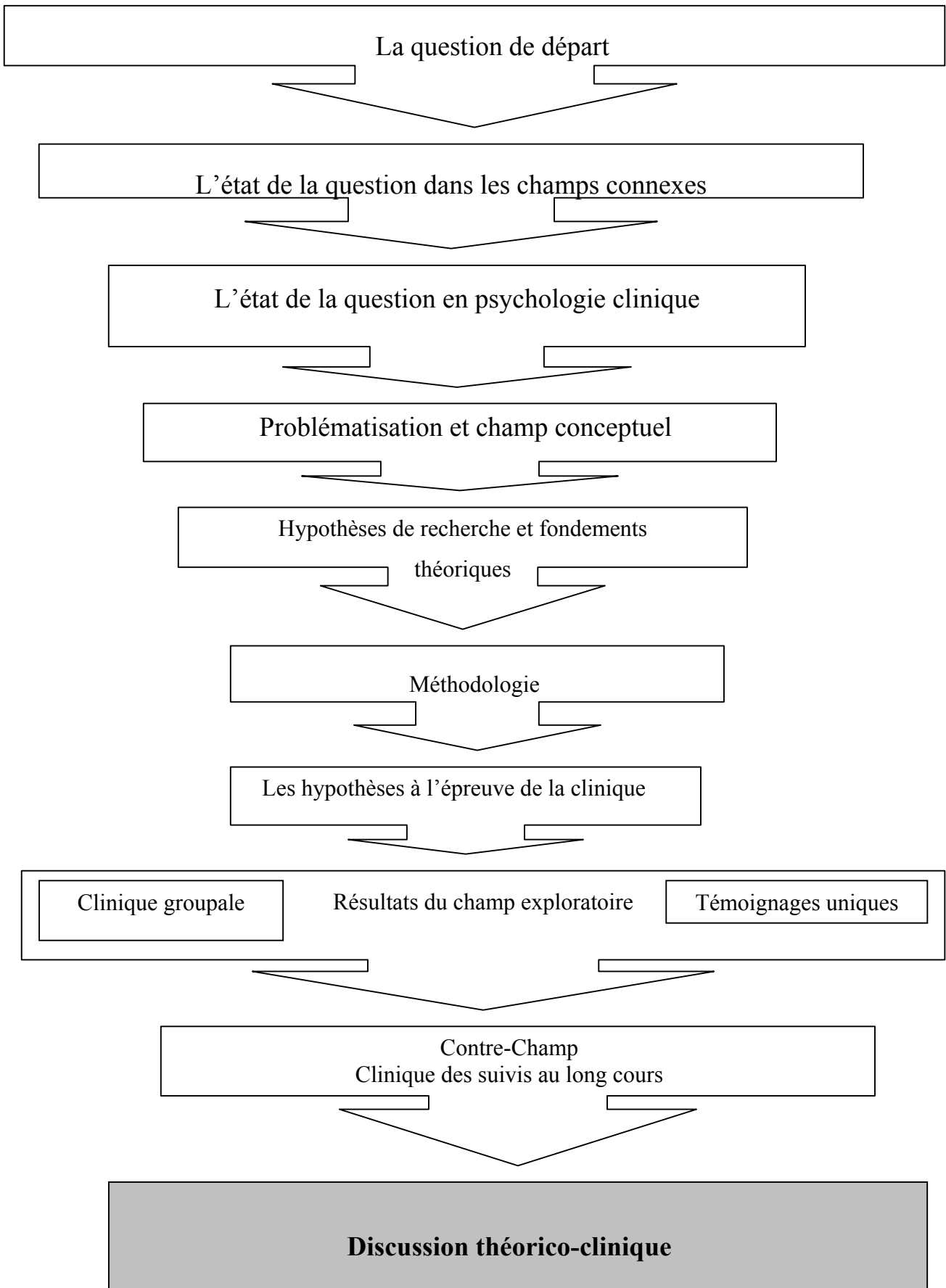




CINQUIEME CHAPITRE

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

1. UNE PERSPECTIVE PSYCHSOSOMATIQUE

1.1. La place du corps pour le sujet SDF

N'existe-t-il pas pour le sujet SDF des enjeux identitaires dans le rapport à son corps ? Les psychosomaticiens mettent d'ailleurs en lien l'atteinte biologique avec la formation des repères identitaires et le sujet SDF présente souvent un corps souffrant comme identité de surface (cf. Monsieur P., chap. 3).

Il n'est pas aisé de diagnostiquer immédiatement le rapport que le sujet entretient avec son corps. Parfois explicitement perçu comme étranger, parfois ressenti à l'occasion d'une douleur extrême, le corps n'est jamais totalement clivé du psychisme, même s'il ne semble pas lui être complètement relié (cf. Monsieur T., chap. 4). Le lien entre l'espace et le corps est alors à discuter à partir des propositions de M. Sami-Ali :

« Il suffit d'aborder autrement la problématique de l'espace en considérant que le corps, loin d'être un objet appartenant à l'espace, est ce qui détermine l'espace et que les dimensions corporelles dedans-dehors, haut-bas, devant-derrrière, ici-là-bas, sont d'abord des repères spatiaux : ce sont eux, en définitive, qui permettent à l'espace d'exister en tant que projection de la réalité corporelle. Projection dans laquelle le corps propre, rendu à sa fonction épistémologique, joue le rôle de schéma de représentation » (M. Sami-Ali, 1990, p. 44).

En effet, comment considérer le corps comme fondateur de la perception de l'espace alors que le sujet SDF traite son corps comme une scène parmi tant d'autres de l'espace ? Il semblerait que les repères dans l'espace ne soient plus référencés au corps réel (dans ses dimensions spatiales), mais peut-être au corps imaginaire (amputé, sale, malodorant, handicapé). A partir de là, la somatisation révélerait l'opposition entre corps réel et corps imaginaire.

Le corps a une fonction sociale, ou a-sociale dans le cas des sujets SDF. Repoussant et malodorant, le corps s'impose comme barrière protectrice contre le contact physique ou social. On pourrait dire qu'il contient un enjeu relationnel en négatif.

1.1.1. Le théâtre du corps

J'emprunte à J. Mc Dougall (1989) l'expression de "Théâtre du corps" quand elle envisage la vie psychique comme une théâtralité dans laquelle interviennent tous les supports disponibles au "Je". Nous avons vu comment la mise en scène sur la scène groupale, sur la

scène sociale et sur la scène du transfert dans l'entretien de recherche est à l'œuvre dans les processus psychiques du sujet SDF. Comment le corps échapperait-il à cette logique de l'extériorisation des conflits intrapsychiques et à cette logique de la représentation au dehors des protagonistes internes (groupes internes) et de leur organisation de liens (les scénari privés)? **Le corps lui-même peut devenir scène transitionnelle** (médiat entre monde interne et monde externe) **et va supporter à ce titre l'extériorisation de la destructivité liée au conflit intrapsychique** dans lequel « les textes manquent aux acteurs qui ne s'expliquent plus que par des gestes, des actes ou encore par quelques vagues mots qui servent moins la communication que le besoin de décharge énergétique » (J. Mc Dougall, 1982, p. 15). A ce moment-là, les acteurs sont réduits à des objets partiels, voire inanimés, extérieurs au sujet qu'il peut par exemple abandonner. Le corps devenu scène est particulièrement illustré par Monsieur T. avec son processus d'amputation des parties localisées comme externes à son moi, localisées sur son corps réel.

Certaines personnes, dans une relation particulière avec leur environnement premier, grandissent « sans avoir pris possession psychique de la totalité de leur corps, de ses zones et de ses fonctions, celles-ci sont alors vécues en grande partie comme étant la propriété d'un Autre » (J. Mc Dougall, 1982, p. 70). Nous ne pouvons que postuler les interactions premières de Monsieur T. avec son environnement, même si l'hypothèse précédente pourrait lui correspondre : son corps appartient à un autre ou aux autres (au corps social). Cette question se pose aussi face au décès : à qui appartient le corps ? Les enjeux de fin de vie de Madame D. montrent qu'elle cherche à conserver son corps pour elle-même, contre la réappropriation par sa famille.

Le corps peut être considéré comme une scène (transitionnelle) support des scénarii privés du sujet au même titre que la scène sociale. Lorsque le sujet est dépossédé de son corps, il est parfois abandonné à un autre ou au corps social.

1.1.2. Un corps qui s'impose dans les entretiens de recherche

C. Dejours (1993 b) pose la question des signes du corps du patient et de leur interprétabilité. Ce qui se voit ou se qui se sent (perceptions sensorielles) du corps (odeurs, tressaillements, sueur, tremblements) doit-il être renvoyé au patient pour réintroduire un lien psyché-soma ? En dehors de considérations techniques, nous questionnerons ces signes du corps dans le champ intersubjectif et intrapsychique.

Madame D. peut appréhender son corps et le regarder dans le temps de son hospitalisation en lieu de soins spécialisés pour le cancer, elle "retrouve" son corps comme si elle l'avait perdu. Est-il si douloureux qu'elle ne peut plus le nier ? Est-ce une retrouvaille relative à une liaison possible entre émotion et vécu corporel ? C'est comme si la maladie donnait un contenant à la représentation du corps. Le cancer permet aussi de nommer la fin de la vie en actualisant un destin à la mort. Elle peut alors me montrer son corps et l'entendre comme souffrant. Cependant, dans le temps de son premier séjour en gériatrie (en 1997), les soignants pressentaient qu'ils ne devaient pas la bousculer quant aux séquelles somatiques de l'explosion. Elle voulait alors "oublier" le traumatisme de l'explosion. La relation avec le corps et avec les blessures peut aussi évoluer en fonction de la dynamique psychique de la personne. Comment comprendre qu'à certains moments le corps est un appui présent pour le sujet et qu'à d'autres moments il veut être l'oublier alors même qu'il est douloureux ?

Les odeurs et la saleté sont deux éléments qui s'imposent dans les entretiens de recherche auprès de la population SDF et qui interrogent la proximité physique dans la relation. Dans ces manifestations désagréables, la fonction cutanée est visée à travers la fonction érogène de la peau. Avec ces odeurs ou ces poux (gales, etc.), on ne s'approche pas, et on ne touche pas. N'est-ce pas la convocation de la fonction de repoussoir ? L'autre alternative est de toucher, de supporter dans l'idée que la personne fait au moins l'expérience que, contrairement à d'autres objets (ses parents peut-être), on peut survivre aux manifestations de lui-même, même désagréables. Le risque alors, est d'annuler la défense du sujet qui se protège d'un contact trop excitant. L'enjeu serait de permettre l'énonciation de ces signes du corps en vue de la symbolisation de ceux-ci par le sujet.

« Je ne me lave pas, je ne veux pas que l'on m'approche de trop près » (un SDF dans la rue).

« Au moins, les hommes ne me regardent plus comme une prostituée, mais comme une clocharde » (Madame D.).

Le corps qui s'impose dans les entretiens de recherche rend compte de la potentialité de liaison des somatisations entre psyché et soma.

1.1.3. Le choix de l'organe dans l'atteinte de la maladie somatique

Madame D. est atteinte du cancer de l'utérus. Sans entrer dans le débat de la causalité psychique du cancer, nous pouvons, du point de vue métapsychologique, nous arrêter sur la construction du « roman du cancer » à travers le discours de Madame D. : comment elle réinvente pour elle-même, la cause de son atteinte (cf. le suivi en lieu de soin, corps et espace,

chap. 4) ? Face à l'annonce du cancer qui introduit une rupture dans la continuité psychique et corporelle, la réintroduction de l'imaginaire a une fonction défensive et créatrice.

« Les patients ont le droit et le besoin de chercher un sens à une maladie qui s'inscrit toujours dans un destin » (N. Alby, 1999, p. 25).

Du point de vue de la psychosomatique, la question du choix de l'organe correspond à « une hypothèse selon laquelle la décompensation somatique ne frapperait pas l'organisme à l'aveugle, mais sur "une cible" choisie selon des motions inconscientes » (C. Dejours, 1997, p. 3). Pour certains psychosomaticiens, la causalité psychique intervient en amont de la décompensation somatique, à ce moment-là, le symptôme est bête. Nous retiendrons l'idée de C. Dejours (1997) qui propose de poser la question du choix de la fonction plutôt que celle du choix de l'organe ou que celle du choix du processus de la maladie (cancer, inflammation, réaction allergique). **L'organe n'est pas choisi directement, mais en tant qu'il est impliqué dans la fonction biologique forclosée de l'ordre érotique.** Ainsi, nous pouvons interroger le choix de la maladie de Madame D. sur une fonction, celle de la maternité. Madame D. n'a jamais eu d'enfant, elle ne se voyait pas devenir mère. On peut dire que, avec l'atteinte de l'utérus, la fonction de reproduction « n'a pas bénéficiée de la subversion érogène pour donner accès à la sexualité génitale dans l'économie érotique » (C. Dejours, 1993 b, p. 114.). L'utérus, exclu de la fonction érotique, est pris pour cible de la culpabilité de Madame D. dans le "symptôme" de la prostitution où la sexualité n'a pas de fonction de reproduction. Cette dynamique culpabilisante et désérogénisante, est renforcée par la maladie, l'organe malade ne peut être érotisé. Lorsque Madame D. imagine le mariage avec Monsieur To., elle précise que ce n'est pas pour « coucher avec lui ». Dans l'accompagnement en fin de vie des malades sidéens, les spécialistes constatent d'ailleurs que « la sexualité semble être [...] une zone sinistrée dans la plupart de ses composantes hormis le registre de la tendresse » (A.A. Azar, 1994, p. 8). C'est ce que nous pouvons constater pour Madame D. dans son organisation relationnelle en fin de vie.

Madame L. défèque à la fin du recueil de son témoignage. Nous avons jusque-là envisagé ce signe du corps comme un passage à l'acte sur le cadre traduisant un défaut de symbolisation de Madame L. et une assimilation fantasmatique de l'enfant au déchet. Cette interprétation se situe au niveau du fantasme de la scène racontée de l'accouchement mis en acte dans le transfert par la défécation. Nous pourrions aussi envisager cet événement d'une manière plus classique dans une dimension agressive envers le chercheur. Cependant, avec les propositions de C. Dejours (1993 b), nous pouvons prolonger cette interprétation. Cette

défécation serait révélatrice d'une fonction physiologique sollicitée par le transfert et qui, précisément, ferait souffrir la patiente. Qu'est-ce qui conduit Madame L. à mobiliser une fonction physiologique (non érogénisée) dans la dynamique intersubjective ? Madame L. parle du plaisir de l'accouchement et de la douleur physique jusqu'à l'acte de la défécation. Peut-on alors dire que cet acte montre justement le défaut d'érotisation (génitale) de la fonction de l'expulsion des excréments dans un lien direct aux théories sexuelles infantiles dans lesquelles "on fait des bébés par les fesses"? Il s'agirait là d'un défaut d'accès à la sexualité génitale dans une érotisation secondaire de la fonction de l'analité. Madame L. (avec l'accouchement) et Madame D. (avec l'atteinte de l'utérus) souffriraient d'un **défaul d'érogénéisation de la fonction de la reproduction** ayant des destins différents. Nous pouvons aussi nous interroger sur la survenue de la *décompensation somatique* de Madame D. dans une dynamique intersubjective où elle n'est en contact qu'avec des mères et des filles. Ainsi, les questions de la filiation, de la transmission et de la maternité étaient fortement sollicitées pour elle.

De même, Monsieur T. est amputé d'une demi-jambe et des orteils. Nous pouvons nous interroger sur le sens symbolique de l'amputation et aussi sur le choix du processus de l'atteinte (la gangrène et le gel). Mais ce qui nous intéresse ici est de discuter le choix de la **fonction de la marche** dans la problématique spécifique de Monsieur T.. L'atteinte de cette fonction organique révélerait un défaut dans la formation de la corporéité, en tant que point de fixation des pulsions sexuelles.

« Une fonction pourrait être atteinte lorsqu'elle a été exclue de l'étayage pulsionnel. C'est-à-dire lorsqu'elle n'a pas été le siège d'une subversion libidinale, d'une subversion érotique, lorsqu'elle n'a pas eu sa place dans la formation du corps érogène » (C. Dejours, 1993 b, p. 114).

La marche est d'ailleurs soutenue dans son cas, par des béquilles ou par des personnes (cf. 2.2.1.3. Troisième période : dans la rue, chap. 4). La fonction de la marche atteinte, c'est aussi une manière pour Monsieur T. de se rendre dépendant de l'environnement.

Dans le suivi des patients psychosomatiques, il est difficile d'entrer en contact avec la personne par l'atteinte somatique au risque de la mettre en danger, cette fonction du corps étant forclosée (selon les termes de C. Dejours) de la dynamique intersubjective. C'est le cas pour Monsieur T. avec qui la question de son handicap ne peut être abordée directement, à la place, il demande un fauteuil roulant. Pour Madame D., parler de ses blessures dues à l'explosion est un tabou, elle préfère dire que son hémiplégie du bras est la conséquence d'une consommation excessive de tabac. Il existe une résistance forte à se remémorer et à envisager les atteintes corporelles les plus graves.

Nous avons vu l'importance du choix de l'organe dans l'atteinte somatique comme un défaut d'érogénéisation de certaines fonctions corporelles : la reproduction (utérus, défécation), le contact (la peau) et l'autonomie psychomotrice (organes de la marche).

1.1.4. La mort, le décès

Les questions d'atteintes somatiques amènent parfois à l'irréversibilité de la mort du corps biologique. Comment penser le décès des personnes SDF ? Qu'en est-il de la mort psychique, de la mort symbolique et de la mort biologique ?

La mort est omniprésente lorsque l'on s'intéresse aux personnes SDF. Depuis le début de cette recherche, j'ai été confrontée de nombreuses fois au décès des personnes suivies, d'une part parmi les cas cités dans la recherche, et d'autre part, parmi les personnes rencontrées dans les situations informelles. Aussi, la question du décès des personnes a nécessité un travail de réflexion personnelle. La mort, dans un premier temps évacuée et vécue comme accidentelle, s'est transformée en une certaine forme d'acceptation du risque d'être confrontée à la mort. Avoir à « utiliser » des observations pots-mortem me posait des problèmes de culpabilité, éthique et déontologique (cf. 3.4.3. L'écriture et la question de la trace du sujet, chap. 2). Du point de vue des sujets rencontrés, la question de la mort et de l'approche de celle-ci est en même temps redoutée tout en cheminant vers elle. J'ai observé que certains étaient pris dans un *destin à la mort* figuré dans les scénarii transférés dans l'espace social (Monsieur A. par exemple). Dans le récit de ces destins tragiques, la mort est inscrite dès le départ. D'autres tentent de nier toute pulsionnalité du côté de la vie dans une tentative de négation de leur existence sans pour autant provoquer la mort. La question de la mort reste une piste de travail à explorer.

Pour l'ethnologue D. Terrolle (1996, 1999), la mort réelle intervient comme un des effets de l'installation dans la *liminarité*, comme une alternative à la mort symbolique de l'individu dans la société désymboligène. L'errance représente cette mort symbolique où l'individu frôle la mort au risque de la rencontrer. A ce titre, nous pourrions qualifier l'errance de *conduite ordalique*.

« En effet, « toxicomanie » met l'accent sur l'importance du produit toxique dans le comportement tandis qu' « addiction » reprend une appellation française autrefois utilisée pour désigner une contrainte *par corps* infligée à des débiteurs qui ne pouvaient parvenir à honorer autrement leurs créances » (J. Bergeret, 1981, p. 9).

« Rappelons que la conduite ordalique désigne le fait, pour un sujet, de s'engager de façon plus ou moins répétitive dans des épreuves comportant un risque mortel : épreuve dont l'issue ne doit pas être évidemment prévisible et qui se distingue autant du suicide pur et simple que du simulacre. Le fantasme ordalique, qui sous-tend ces conduites, serait le fait de s'en remettre à l'Autre, au hasard, au

destin, à la chance, pour la maîtriser ou en être l' élu, et, par la survie, prouver tout son droit à la vie, sinon son caractère exceptionnel, voire son immortalité... » (M. Valleur, E. Jérôme, 1997, p. 69).

Abandonner son corps et sa santé à la société, à l'Autre ou au produit (alcool en général), n'est-ce pas l'indice de ce genre de fantasme ordalique dans lequel le sujet se soumet au verdict du destin ? De même, rester dehors l'hiver au froid peut relever de l'ordalie dans son sens strict d'épreuve par les éléments naturels. En référence aux rituels ethnologiques de l'ordalie, le sujet SDF ne met pas seulement une partie de son corps en jeu, mais tout son corps.

« Toutefois, l'idée centrale demeure ici le risque de la dimension initiatrice de la mort éprouvée, nécessaire pour permettre au sujet de vivre » (A. Charles-Nicolas, 1981, p. 69).

La situation d'impasse viendra rendre compte de cet entre-deux de la vie et de la mort qui comporte un potentiel de vie, ce qui se traduit parfois par l'appel à un objet perdu ou mort, "nostalgique".

1.1.4.1. Un entre-deux, une situation d'impasse¹³¹

Avec l'annonce de sa maladie, Madame D. s'aménage une porte de sortie. Pour elle, la mort a fait intrusion dans sa psyché. Monsieur T. se situe "entre la vie et la mort" quand il est dans le coma, c'est ce qu'il a toujours cherché comme il le dit au début de nos entretiens « **atteindre le Nirvâna** ». Lorsque Monsieur T. évoque le Nirvâna au cours de nos entretiens, il parle du plaisir de l'extase et non du *principe de Nirvâna* de S. Freud. Ce n'est pas la mort du corps, c'est une phase où toutes les tensions sont ramenées à zéro, où le conflit n'existe plus, où le corps et sa souffrance sont imperceptibles (mort psychique).

« Le principe de Nirvâna (et celui de plaisir, réputé identique à lui) se tiendrait totalement au service des pulsions de mort, dont le but est de faire passer la vie perpétuellement changeante à la stabilité de l'état inorganique [...] » (S. Freud, 1924, p. 288).

La solitude de l'errant peut constituer une fuite de l'idée de la mort, « l'homme solitaire cesserait de vivre, mais ne mourrait pas » (M.C. Mouren, et coll., 1977, p. 440). Quant au décès de Monsieur To. (cité dans le cas de Madame D., chap. 4), on peut penser à cet entre-deux entre la vie et la mort qui a conduit à sa mort. Je reprendrai quelques éléments de la vie de cet homme pour situer le contexte de son décès.

En juin 1999, Monsieur To. se trouve contraint à quitter l'appartement prêté jusque-là par une association (dans l'attente d'une réponse de la préfecture concernant ses papiers d'identité). Il se retrouve alors en squat avec Nini (une jeune femme allemande). Il s'alcoolise

¹³¹ Pour la notion d'impasse, se référer à M. Sami-Ali (1970) qui la définit comme une situation conflictuelle sans compromis.

beaucoup, et un matin, il tombe dans un caniveau et meurt. Il s'alcoolisait déjà dans l'appartement, mais pouvait contenir son alcoolisation avec les murs. La rupture de la contention s'est faite avec la mise au dehors de l'appartement. Depuis son retour du Portugal (dont il était originaire), il vivait dans un deuil impossible. Il avait été particulièrement mal accueilli par sa famille et s'en trouvait profondément déçu. Son séjour s'était terminé en pugilat. On peut se dire, et il en avait conscience que, avec le rejet de sa famille, il avait un choix à faire, celui de rester en France de manière illégale ou celui de retourner au Portugal dans un climat familial très difficile.

Dans un premier temps, il choisit de rester en France où il attendait de pouvoir toucher une retraite à ses 65 ans. Cependant, avant son décès, il souhaitait retourner au Portugal dans un déni du rejet familial. L'appartement qu'il avait quitté à ce moment-là a été retrouvé dans un état déplorable. L'équipe éducative a alors pensé qu'il avait particulièrement souffert pendant la dernière semaine dans ces lieux, négligeant tout.

Il avait repris les liens avec sa famille depuis son séjour hivernal dans un centre d'hébergement d'urgence dans le cadre du plan froid¹³²). Il avait pu partir chez sa sœur à Paris, et paraissait aller bien à son retour.

Il a pu se réapproprier son histoire et s'y confronter par son contact avec sa sœur et avec sa famille au Portugal. A l'origine, il avait fui le Portugal face au risque de tuer son père suite à l'inceste de celui-ci sur sa sœur. Il avait lui-même été accusé du viol de sa sœur. Il se trouvait alors dans une impasse (situation conflictuelle sans compromis), partir pouvait être la seule solution.

On peut penser son alcoolisation excessive comme un suicide. Cet état pourrait être aussi une volonté de ne plus être vivant, mais pas forcément une volonté de mourir physiquement.

« La conception ordalique répond : ni l'un ni l'autre et les deux à la fois ; ni désir de se supprimer, ni accident fortuit, mais désir d'éprouver la mort tout en laissant à l'accident sa chance » (A. Charles-Nicolas, 1981, p. 70).

¹³²Le plan froid est le dispositif hivernal de prise en charge des personnes marginalisées, qui se traduit par un renforcement de la Veille sociale de jour qui fonctionne toute l'année, en termes de moyens et de personnels. A ce titre, la Veille sociale mobile est activée pendant l'hiver et consiste à conduire les personnes SDF, dans les centres d'hébergement dans la nuit en articulation avec le travail éducatif de jour. Des lieux d'hébergement sont ouverts pendant cette période hivernale.

Un état entre-deux, vide de rien, ni de vie, ni de mort. Cependant, l'alcool a causé sa chute mortelle, alors que c'est dans cet entre-deux de la tentative de suicide que parfois la vie peut être reconvoquée. Monsieur To. était tiraillé entre plusieurs lieux de déplacement (le Portugal, Paris et Lyon), il était entre deux pays (France, Portugal). Il était au cœur d'un conflit familial, il se trouvait sans place, ni accepté par sa famille, ni désirable en France du point de vue de son état civil. Nous pouvons aussi comprendre cette alcoolisation fatale comme "le désir" (ou l'incapacité) de ne pas choisir dans une situation d'impasse, l'alcool laissant la possibilité d'un accident. "Choisir de ne pas choisir" est une des caractéristiques de ce que R. Roussillon a appelé "état traumatique primaire".

« Ces états traumatiques primaires rencontrent donc une impasse subjective, ils provoquent un état de désespoir existentiel, une honte d'être, qui menace l'existence même de la subjectivité et de l'organisation psychique » (R. Roussillon, 1999, p. 20).

La situation d'entre-deux ne peut pas tenir, elle n'est pas viable. Le corps cède parfois à l'usure corporelle et psychique provoquée par une telle situation d'impasse.

« L'impasse est cette impossibilité à trouver une issue, et cela prédispose à la somatisation. Par conséquent le fonctionnement adaptatif n'est pas en soi pathogène alors qu'il peut le devenir précipitant une somatisation du corps réel, là où le sujet se trouve soudain dans un cul-de-sac » (M. Sami-Ali, 1990, p. 6).

Ce qui conduit à la mort de Monsieur T. interroge aussi, dans cet état d'entre-deux (coma prolongé), l'idée d'impasse et de l'intervention de la somatisation.

« La somatisation a toujours lieu dans une situation d'impasse » (M. Sami-Ali, 1990, p. 5).

Un mois après l'hospitalisation de Monsieur T., j'ai pris de nouveau des nouvelles de son état. L'hôpital m'a confirmé qu'il était toujours dans un état critique et que la famille était prévenue. Je me suis dit alors que la décision de sa vie ou de sa mort reposait alors sur sa famille et *qu'encore une fois la résolution du conflit se faisait au-dehors*, était jouée par d'autres que lui, il ne pouvait pas choisir. C'est comme s'il avait renouer avec une forme extrême de dépendance (comme au moment de la naissance) dont l'atteinte de la fonction de la marche pouvait être un indicateur de ce retour à la dépendance absolue.

1.1.4.2. Convocation de l'objet maternel, relation d'objet nostalgique

Nous pouvons constater, dans l'accompagnement de Monsieur T. et de Madame D., d'après le récit de l'assistante sociale référente de ces deux personnes et d'après les entretiens enregistrés, qu'au moment de la mort proche, certains phénomènes se produisent, certaines réorganisations psychiques interviennent. Comme je l'ai déjà précisé, Madame D. se sent rappelée par sa mère (décédée) et se comporte comme une petite fille. Elle est absolument

convaincue de cet appel comme si cette évocation d'un mort lui était vitale. De même, Monsieur T. pense à rejoindre sa mère dans le sud de la France au moment où il se sent abandonné par son corps (qu'il abandonne comme une mère l'abandonne) et par le clinicien chercheur à la fin d'un entretien. Y. Ranty (1994) explique qu'il existe une appétence relationnelle dans le travail du trépas :

« ...on va mourir comme on commence à vivre : en captant les objets d'amour » (Y. Ranty, 1994, p. 668).

« Le mourant forme ainsi avec son objet ce que j'appellerai sa *dernière dyade*, par une allusion à la mère dont l'objet pourrait bien être une dernière incarnation » (M. De M'Uzan, 1976, p. 194).

Nous savons aussi que d'être une personne recours pour les derniers moments de la vie demande d'accepter un flou identitaire (professionnel et personnel).

« En d'autres termes, il (l'objet clé) devrait pourvoir et assurer une présence qualitativement sans défaillance, et assumer un certain flou de son être, vivre presque en état d'absence » (M. De M'Uzan, *op. cit.*, p. 194).

La convocation d'un objet perdu et regretté à ce moment de bascule pourrait être un moyen de contre-investir face à un traumatisme, celui de l'annonce de la mort proche. Mais je pense aussi comme M. De M'Uzan (1976) et A.A. Azar (1994) que l'appel de cet "objet nostalgique" remplit une fonction de soutien ou de point d'appui. C'est une manière de réinscrire la déliaison à son acmé (la mort) dans une perspective relationnelle.

La question du décès des personnes rencontrées ouvre paradoxalement des pistes de réflexion fécondes. La situation d'entre-deux conduit le sujet dans un "cul-de-sac", en position d'indécidabilité subjective (B. Duez, 1999 b), ce qui constitue selon B. Duez la signature des états traumatiques. Dans l'après-coup du décès, des relectures sont possibles. Il apparaît alors que certains décès ont un rapport avec le principe du Nirvâna. De même, l'errance serait motivée par cette recherche d'atténuation des tensions ou par la fuite de l'idée de mort. Alors, face à l'impasse, le corps, trop sollicité, lâche parfois. Lorsqu'il existe des témoins de la fin de la vie des personnes, l'objet nostalgique fait retour pour tenter de réconcilier le sujet avec lui-même et avec son propre corps, dans un dernier élan libidinal.

1.2. Le défaut du passage du somatique au psychique

Nous avons déjà parlé d'une possibilité de défaut d'organisation de certaines fonctions corporelles particulièrement dans leur libidinalisation (cf. 1.1.3. Le choix de l'organe dans l'atteinte de la maladie somatique, chap. 5). Chez les personnes rencontrées, nous observons aussi qu'il existe « une incapacité à penser que leur corps et le langage puissent être des lieux d'engagement symbolique, des lieux de présence de l'autre et de présence à l'Autre » (O. Douville, 1994 a, p. 155). Les indices de cette difficulté de liaison sont l'absence de ressenti corporel, l'atteinte de la corporéité et la forclusion des affects. C'est pourquoi entendre le corps qui souffre et réattribuer ses signaux d'alarme au sujet semble central, particulièrement au moment des soins somatiques.

1.2.1. Absence de ressenti corporel

Nous avons constaté une absence de plainte somatique sauf dans le cas de douleurs extrêmes. Pour certains, nous avons pu penser à la perte des capacités d'analyse des signaux, pour d'autres il s'agirait d'un clivage plus profond entre psyché et soma. L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé (1974) proposent qu'un des premiers passages du somatique au psychique se fasse par la libidinalisation du sommeil. Celle-ci se constitue par « la structuration réciproque d'un mouvement libidinal entre la mère et l'enfant aboutissant à l'investissement narcissique primaire » (L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé, 1974, p. 89). On peut dire que pour le sujet SDF, ce passage du somatique au psychique fait défaut. L'endormissement est un moment critique de la vie du SDF. Nous avons vu l'aménagement des lieux de couche par la disposition des objets qui protègent une enveloppe du sommeil, la présence des chiens comme gardienne d'un espace de repli narcissique. Mais il existe aussi des formes paradoxales d'endormissement dans lesquelles l'alcoolisation sert à « tomber » dans « un sommeil profond, sans moment d'endormissement propice à une rêverie trop angoissante » (F. Brette, R Roussillon, 1987, p. 660). Ainsi, la personne peut s'endormir n'importe où dans la rue. Monsieur P. évoquait aussi son angoisse à l'idée de dormir dans un foyer d'hébergement face à l'insécurité de la présence des autres SDF, alors qu'il faisait une sieste dans la gare, au milieu de la foule.

L'absence de ressenti corporel évoque les dissociations entre le ressenti du corps et le vécu psychique où le corps réel peut être vécu comme étranger, de même que l'activité de pensée peut être séparée du corps. C'est comme si la pensée du corps était impossible. Comment comprendre ce clivage psyché / soma ? Comme D.W. Winnicott, J. Mc Dougall

pense que c'est à la mère de créer la liaison psyché-soma pour son enfant. Pour M. Sami-Ali, la mère a le rôle d'organiser le temps et l'espace en appui sur le rythme des soins corporels, elle synchronise plusieurs rythmes.

« Avant de s'intégrer dans un fonctionnement autonome, le temps, comme l'espace, commence par être une relation à l'autre, dont la trace reste durable au niveau de l'inconscient, faisant notamment irruption au travers des rêves et des angoisses. Cette relation est médiatisée par la fonction maternelle, en ce sens que c'est la personne à laquelle est imparti le rôle de mère, qui doit d'abord organiser le temps. Le temps est ici le temps du corps et se confond avec le rythme physiologique » (M. Sami-Ali, 1990, p. 78).

La scission psyché-soma se produit alors quand l'enfant est obligé de se défendre par un clivage pour éviter la menace de rupture de continuité narcissique et encore plus devant le danger extrême d'anéantissement du sujet. **Du fait du clivage psyché-soma, les somatisants ne ressentent pas leurs émotions, il n'y a pas refoulement, mais forclusion (Verwerfung) des ressentis corporels.**

Le clivage psyché / soma tiendrait à un défaut de libidinalisation par la mère qui se prolonge par une forclusion du ressenti corporel.

1.2.2. Une corporéité atteinte.

« La corporéité c'est, initialement, le fait que le nourrisson sente que la réaction de l'Autre à son corps rend la relation possible. C'est dire qu'il y a intégration dynamique du corporel et du psychique, intégration que Freud a bien repérée, comme l'élément décisif pour la mise en place de l'auto-érotisme et de la psyché qui en est issue. La corporéité, c'est le fait qu'un corps acquiert l'existence pour le sujet qui l'habite et qui, ce seuil vital une fois passé, et alors seulement, se sentira comme un corps » (E. Allouch, 1992, p. 4).

Habiter son corps est une difficulté majeure du sujet SDF, de même qu'habiter un lieu autre que dehors renvoie à cette impossibilité à s'habiter soi-même. La métaphore de l'habitation est très parlante pour la clinique SDF. Dans la prise en charge des sujets SDF, on remarque que le lien à l'autre dans le rapport au corps est à reconstruire. La corporéité passe par la rencontre avec le désir de l'autre et la redécouverte d'un corps fonctionnel. **Souvent atteint dans son aspect fonctionnel, le corps réel du sujet SDF se détache du désir de l'autre pour redevenir un corps-chose parfois encombrant** qu'il faut soigner par la technique. Les fonctions physiologiques sont atteintes et le corps n'est pas pensé.

1.2.3. L'hypothèse de la forclusion des affects

Comment qualifier ces atteintes somatiques, cette utilisation du corps dans la vie relationnelle et les désorganisations psychiques qu'elles impliquent ? Ces décharges

pulsionnelles dans l'action (la marche, le déplacement, l'immobilité) ou dans le corps (atteintes somatiques) sont distinctes des manifestations hystériques puisqu'on n'y retrouve pas ou peu de significations symboliques, et qu'il ne s'agit pas de conflit inconscient lié aux interdits oedipiens. On serait alors plus proche de la description des névroses de comportement de P. Marty.

J. Mc Dougall propose que ces perturbations soient liées à un défaut dans l'économie des affects qui déclencherait une symptomatologie dans laquelle les affects sont massifs sans représentation précise, mais plutôt sous un aspect somatique. Cette catégorie est celle de l'affect forclos « c'est-à-dire radicalement éjecté de la psyché et, de ce fait, exigeant une récupération, par exemple, par la création d'un délire ou par l'extériorisation de situations affectives que le sujet ne peut assumer comme siennes et qu'il essaie de manipuler, inconsciemment, à travers les autres - c'est-à-dire : l'identification projective¹³³ » (J. Mc Dougall, 1982, p. 136). Cette "manipulation" à travers d'autres se traduit ici par l'extériorisation des scènes internes sur des supports collectifs et publics (la rue, le groupe), ou dans le cadre des entretiens de recherche.

L'origine de ce fonctionnement est à rechercher dans les débuts de la vie psychique puisque, comme l'enfant, le patient "psychosomatique" ne peut se représenter les idées conflictuelles et la détresse psychique qu'en psychosomatique. De plus, **la forclusion de l'affect, l'éjection hors de la psyché d'une partie de la réalité psychique, laisse le sujet sans contact avec les affects d'angoisse signal (S. Freud, 1926 a), préparatoire à la situation anxiogène.** Ainsi, le soma est parfois seul à pouvoir répondre à une situation anxiogène.

« C'est souvent le corps qui sert de cadre au théâtre du Je. Le Je ayant démissionné pour des raisons inconnues, c'est le soma qui risque de devenir le théâtre, d'être appelé à inventer la réponse aux conflits forclos de la connaissance du Je » (J. Mc Dougall, 1982, p. 46).

1.2.4. Les enveloppes corporelles, le Moi-peau

La clinique SDF interroge la place de l'image du corps pour le sujet et la constitution du moi en référence au moi corporel. S. Freud insiste sur la constitution du moi corporel « le moi est avant tout un moi corporel » dit-il (1923 b, p. 238). Le moi corporel se développerait en intégrant les sensations qui émanent du corps, en particulier provenant de sa surface. C'est

¹³³ Les notions d'identification projective, de projection et de transfert topique seront discutées plus loin (cf. discussion avec les concepts).

d'ailleurs sur cette proposition que D. Anzieu développera l'hypothèse d'un Moi-peau en 1974. Le moi serait une sorte de mentalisation de ce moi corporel, de la surface du corps.

« Par moi-peau, nous désignons une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au court des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps » (D. Anzieu, 1974, p. 207).

D. Anzieu rappelle que le corps est ce sur quoi s'étaient toutes les fonctions psychiques, le moi-peau s'étaie ainsi sur les fonctions de la peau (contenance, barrière protectrice, moyen d'échange). C'est à partir des interactions entre la mère et son enfant, à travers les soins qu'elle lui porte et le plaisir dans les soins qu'un moi-peau peut se constituer.

Dans la relation avec les personnes SDF, les éducateurs rapportent parfois la position primaire qui leur est demandée dans le sens du maternage. Les personnes SDF ont besoin d'être portées, d'être tenues physiquement, ce qui n'est pas sans rappeler le holding décrit par D.W. Winnicott (cf. entretien de trois heures avec Monsieur T., chap.4). Le contact peau à peau et corps à corps est parfois sollicité et s'impose dans des situations de douleur extrême du corps, comme si les expériences précoces des échanges mère-enfant se trouvaient remises en jeu dans le transfert. L'intégrité corporelle est à reconstruire dans une relation sécurisante qui permette la perception de sa propre peau et de son propre corps et par là de son espace psychique. C'est comme si, ces expériences n'avaient pas laissées de traces dans le vécu du sujet ou du moins, que celles-ci ne lui étaient pas accessibles en situation de fragilité. L'instauration d'un lien de confiance passe souvent par ces expériences primaires du contact qui peuvent restituer une continuité ou une contenance au moi par le corps. Le contact peau à peau n'est pas seulement imaginaire ou métaphorique soutenu par un regard ou une parole pleine, contenant et nourricière, mais passe par la réalité des corps (soubassement de réel de l'indice). La peau est souvent dans ce cas, contre-investie à la place de la parole (cf. 4.3.3. Les données psychosomatiques, chap. 2).

L'image du corps est une notion développée par P. Schilder en 1935 qu'il définit comme une dimension symbolique qui se développe sur une base affective. L'image du corps évolue et n'est pas fixée une fois pour toute. Elle dépend cependant des pulsions agressives et libidinales et de leurs fixations, celle-ci pouvant être remaniée selon les limites du corps en tant qu'elles forment une enveloppe protectrice et un espace de projection du moi. Le corps devient à ce titre un lieu intermédiaire entre l'intérieur et l'extérieur dans un processus de constitution des limites. Ce processus s'origine pour D. Anzieu, dans les activités d'échanges et de soins de la peau entre la mère et l'enfant qui lui permettent de « différencier une surface comportant une face interne et une face externe, c'est-à-dire permettant la distinction du

dehors et du dedans, et un volume ambiant dans lequel il se sent baigné, surface et volume qui lui apportent l'expérience d'un contenant » (D. Anzieu, 1974, p. 204).

Cette distinction entre dehors et dedans est bien souvent confuse pour les personnes SDF comme l'analyse des cas l'a maintes fois montrée. Ce serait alors le signe d'une difficulté s'originant dans le contact avec la peau maternelle. Le corps est un objet social par lequel le sujet existe dans le monde et communique avec les autres. C'est à partir de cet être au monde du sujet que nous pourrions remonter à la constitution de l'image du corps et à ses achoppements. La constitution de l'image du corps se rejouait dans le transfert à partir des signes corporels et interrelationnels dans les entretiens de recherche. Je pouvais voir, par exemple, comment Monsieur T. se portait à travers l'évolution de ses atteintes corporelles, l'état d'infection de ses plaies, ses chutes et surtout à travers ce qu'il pouvait ou ne pouvait pas en dire.

Dans la relation au sujet SDF, le corps s'impose d'emblée, par ce qu'il fait vivre dans les perceptions sensorielles (odeurs, et regard) et par sa détérioration. Dans l'errance, nous avons vu comment le sujet se réinvente une peau pour sentir, éprouver et aimer.

« L'errance sera l'occasion de s'inventer un corps ou de tester la viabilité et la fiabilité du corporel » (O. Douville, 1994 a, p. 154).

L'élargissement des frontières corporelles est quelque chose de remarquable dans la clinique SDF. M. Sami-Ali constate que dans l'hystérie d'angoisse « le corps imprime à l'espace environnant ses propres dimensions. Et c'est comme si, à la suite de la reviviscence de quelques images archaïques du corps, s'effectuait une expansion démesurée de l'espace corporel qui finit par coïncider avec *tout* l'espace. Les limites corporelles reculent et les correspondances imaginaires s'établissent sans retard » (M. Sami-Ali, 1974, p. 16). Nous pouvons aussi dire que l'environnement est adéquat à recevoir les limites diffuses de l'enveloppe corporelle du sujet. Comme le rêve, la rue, par son potentiel de figurabilité, permet de figurer la réalité corporelle, d'étendue à restreinte (cf. B. Duez, 2000 b, du restrictif au partiel). On peut dire que le rêve est une création et une symbolisation, alors que la vie à la rue réalise en acte la métaphorisation de la réalité corporelle. C'est pourquoi nous tenons comme indice de la représentation corporelle, le choix du lieu de couche et ses caractéristiques matérielles dans la rue. Choisir un banc à ciel ouvert est différent de choisir un local à poubelles de deux m². **Nous pourrions alors dire que la personne SDF rêve dans la rue et ne peut qu'utiliser l'espace du dehors comme espace onirique pour dériver son vécu corporel.** Nous avons déjà parlé du transfert dans l'espace environnant des conflits

intrapsychiques du sujet avec l'exemple de Monsieur R. (cf. chap. 3). Nous pouvons maintenant dire qu'il dérive dans l'espace son vécu corporel et sa réalité corporelle sur les supports matériels de l'espace qui deviennent alors des indices de ce corps imaginaire. Autrement dit, non seulement le corps est physiquement abandonné dans la rue (amputation, etc.), mais il est aussi transféré et contenu dans l'espace de la rue, en tant que métaphore corporelle. L'espace de la rue, entendu comme un espace de rêve particulier réduit aux processus primaires, dérive de la spatialité du Moi corporel. Autrement dit, on retrouve dans la rue, l'extension du Moi corporel du sujet.

1.2.5. Une première liaison par le comportement

En ce qui concerne la liaison psyché-soma tout se passe comme si le corps allait relayer la vie psychique. Malgré l'absence de liaison entre les représentations de pensée, les comportements calmants permettraient d'établir un premier niveau de liens avec les sensations du corps, relevant jusque-là d'une perception d'excitation traumatique.

« Mais cette activité n'est pas psychique, et parce qu'elle ne l'est pas, elle est comportementale » (G. Szwec, 1993, p. 33).

C'est le comportement répétitif qui remplace la pensée.

« A défaut d'une liaison psychique réalisée par le fantasme, le procédé autocalmant tente d'établir quand même une liaison, mais à un niveau comportemental cette fois, entre les aspects pulsionnels érotiques et mortifère » (G. Szwec, 1993, p. 35).

Ainsi la mise en jeu du corps réel pourrait être une liaison *non symbolique primaire*.

« L'une des assises narcissiques, le corps se trouve être ainsi sacrifié dans l'une de ses parties ou l'une de ses fonctions pour "lier" ce qui menace la psyché » (R. Roussillon, 1999, p. 31).

A propos de la modalité du lien psyché-soma dans cette clinique du corps, nous pouvons dire que certaines difficultés de liaison prennent racines dans le rapport à l'environnement. En effet, j'ai particulièrement insisté sur les problèmes de quantité d'énergie que l'appareil psychique a à traiter : soit dans le cas du défaut de stimulation (carence de stimulation chez Monsieur A. ou dépression maternelle chez Mademoiselle A.), soit dans la situation d'excès d'excitation (Monsieur T.) produisant des traumatismes psychiques ou des traumatismes cumulatifs. Le court-circuit des fonctions représentatives va parfois se traduire par des atteintes corporelles de l'ordre de la maladie grave (Madame D.). Ces atteintes rendent compte d'un défaut du pare-excitation aussi bien externe qu'interne, ce qui nous

ramène à la fonction de la peau comme métaphore de la fonction d'interface entre monde extérieur et monde intérieur.

2. UNE CLINIQUE SANS PLAISIR ?

La clinique SDF pose la question du plaisir et du lieu du plaisir dans une perspective économique. En effet qu'elle économie psychique réalise le sujet en s'épuisant dans l'errance et dans l'impression d'empêchement à vivre ? A travers les symptômes de l'errance, je discuterai de ce qui relève de l'auto-érotisme et des procédés autocalmants. La question du plaisir interroge de même la place de la fonction du masochisme dans la souffrance corporelle et psychique que le sujet supporte ou s'inflige.

2.1. Auto-érotisme ou procédés autocalmants ?

La question de l'auto-érotisme ouvre sur la discussion de la satisfaction pulsionnelle. Nous avons vu que les procédés autocalmants ramènent le calme, mais sans satisfaction. La mère automatique devient « calmante plutôt que satisfaisante » (G. Szwec, 1995, p. 1630). Une activité auto-érotique peut se définir comme « un comportement où le sujet obtient la satisfaction en recourant uniquement à son propre corps, sans objet extérieur » (J. Laplanche, J.B. Pontalis, 1967, p. 42). L'acte auto-érotique est secondaire à une première étape où la pulsion sexuelle se satisfait en étayage sur la pulsion d'auto-conservation grâce à un objet. S. Freud fait référence au suçotement pour établir la théorie de l'auto-érotisme et précise que la pulsion sexuelle perd son objet et devient auto-érotique en se satisfaisant sur le corps propre. Quels sont les comportements du sujet SDF qui s'appuieraient à l'origine, sur une fonction d'auto-conservation pour en retirer une satisfaction secondairement sur le corps propre ? La marche. On pourrait penser que cette activité rend compte d'une pulsion sexuelle sur un objet partiel (les jambes) étayée à l'origine sur la pulsion d'auto-conservation par le déplacement et le mouvement. Mais peut-on parler d'auto-érotisme dans ce cas-là puisque ces activités ont plutôt une fonction de décharge motrice et interviennent dans un fonctionnement automatique de la machine corporelle ? Ainsi, ces comportements, cet amour de la marche comme le qualifie M. Balint (1972) serait alors de l'ordre des procédés autocalmants ou une sorte d'auto-érotisme en échec de satisfaction comme je l'ai déjà souligné (cf. 2.4.5. Perspective classificatoire de comportements psychopathologiques, chap. 1). Nous avons vu que la mise en oeuvre de l'auto-érotisme était dépendant de la corporéité, or la corporéité est mise en défaut dans la situation de défaillance importante du corps (cf. 1.2.2. Une corporéité atteinte, chap. 5).

« Tous les auto-érotismes ne sont pas des procédés auto-calants » (G. Szwec, 1993, p. 44).

Les auto-érotismes sont une forme de continuation des soins maternels dans la discontinuité de leur présence et de leur absence.

« Seul l'auto-érotisme compulsif est calmant parce qu'il ne procure pas la satisfaction » (G. Szwec, 1993, p. 44).

Lorsque les procédés autocalmants se substituent aux auto-érotismes, ils réalisent une forme d'attachement à l'objet externe parce que l'objet interne n'arrive pas à être représenté.

« Tout le jeu sur les limites interne et externe, sur la différenciation du moi et de l'objet est remplacé par un jeu figé portant sur la distance à l'objet externe indéfiniment rapproché et éloigné » (G. Szwec, 1993, p. 45).

La dépendance à l'objet se joue donc dans une proximité d'avec l'objet dont la perception doit être maintenue à défaut de sa représentation (cf. Madame D., chap. 4). Cette proximité nécessaire est à l'œuvre dans la difficulté de séparation d'avec la personne qui pourrait porter les traces du premier objet d'amour dans le transfert. On peut ainsi comprendre l'intervention de la fugue de Monsieur T. à l'adolescence dans la perspective où la proximité avec l'objet est d'autant plus dangereuse puisqu'il devient possible de réaliser les désirs oedipiens. Tout quitter, partir, mettre de la distance pouvait être une solution pour tenter de calmer le jeu entre ses objets sur-excitants et lui. On peut alors comprendre que des procédés autocalmants se mettent en place pour rétablir le lien d'excitation en l'absence de l'objet : toxicomanie, actes délictueux, déplacements organisés avec le groupe de gitans dans le cas de Monsieur T..

Les prouesses sexuelles que rapportent Monsieur T. laissent penser qu'il perçoit son corps comme une machine à faire du sexe (carcasse de voiture¹³⁴), il n'évoque jamais le plaisir sexuel ou le plaisir de la rencontre avec une femme. Ce fonctionnement remplacerait les représentations mentales et les affects absents. Dans la relation aux femmes, il n'évoque que la relation sexuelle ou la possession d'objets.

« Le procédé autocalmant remplace l'impossible fantasme d'une jouissance par l'orgasme par un substitut : la recherche de l'apaisement » (G. Szwec, 1993, p. 47).

¹³⁴ Lors des entretiens, Monsieur T. évoque son travail qui consistait à couper à la hache des « carcasses de voitures ». Aussi met-il en parallèle une machine-corps qui affronte une autre machine-voiture par l'agent d'un objet partiel la hache. Le partiel passe par la destruction du total.

2.2. La question du masochisme

La question du masochisme se pose face à une clinique de la souffrance psychique et corporelle, particulièrement lorsque certains sujets maintiennent une position de souffrance. Qu'en est-il de leur rapport au plaisir dans la souffrance et dans la douleur du corps ? Comment comprendre l'enlèvement de situations douloureuses alors qu'il existe des solutions d'apaisement de la souffrance (soins somatiques par exemple, accès à différentes formes de subventions financières, etc.) ?

2.2.1. Les indices cliniques

Certains indices cliniques évoquent une position masochiste, spécifiquement à partir des comportements paradoxaux que l'on peut relever. J'ai déjà proposé des indices cliniques paradoxaux dans le premier chapitre à partir de l'accès aux droits par exemple (cf. 2.2.3. Les situations paradoxales d'accès aux droits, chap. 1).

- "Préférer" dormir dehors plutôt que d'intégrer un centre d'hébergement, particulièrement pendant la période hivernale.
- Ne pas se soigner ou se laisser aller à la dégradation corporelle (état de santé jusqu'à l'incurie).
- L'assimilation au déchet, retournement sur soi d'un besoin de punition dans la relation à l'autre. Comportements en accord avec la pensée de ne pas être suffisamment bon pour être aimé (cf. Madame D.) : faire les poubelles, dormir sous des sacs d'ordures, vivre avec les rats, se souiller, etc.
- Victimation du sujet dans ses récits d'événements douloureux ou dans son histoire de vie.

De nombreuses situations cliniques dans la rue évoquent ce genre de comportements, insupportables pour les acteurs de terrain. Souvent, la perspective masochiste vient répondre à l'incompréhension, aux visions abjectes d'une personne qui se déshumanise. Qu'en est-il sur le plan psychopathologique ?

Les définitions théoriques du masochisme relient plusieurs notions. Hérité de la littérature, le masochisme est défini comme une « perversion sexuelle dans laquelle une satisfaction est liée à la souffrance ou à l'humiliation subie par le sujet » (J. Laplanche, J.B. Pontalis, 1967, p. 231). S. Freud étendra cette notion à la sexualité infantile pour en reconnaître les effets dans les comportements sexuels. Il distinguera le masochisme originaire du masochisme secondaire.

« Nous apprendrons sans surprise que, dans des circonstances déterminées, le sadisme ou pulsion de destruction, tourné vers l'extérieur, projeté, peut de nouveau être introjecté, tourné vers l'intérieur, régressant ainsi à la situation première. Il donne alors le masochisme secondaire qui se surajoute au masochisme originaire » (S. Freud, 1924, p. 292).

Le masochisme est aussi une des composantes d'un couple d'opposé, le sado-masochisme, fondamental dans l'évolution de la vie pulsionnelle et dans la vie sexuelle en général. Cependant, la clinique SDF oriente davantage sur une défaillance du masochisme primaire.

Si l'on s'en tient à la définition freudienne du masochisme qui décrit deux mécanismes à l'œuvre, le retournement contre la personne propre et le renversement de l'activité en passivité, certaines formes cliniques entrent dans ce schéma. En effet, dans le cas de nombreux récits, le sujet se décrit en position de victime ayant subi une violence (cf. viol de Madame L., les scènes de Monsieur A., la scène du coup de bâton de Monsieur M., etc.).

Dans la perversion sexuelle, le plaisir sexuel est référé à la douleur, or même si on repère une chronicité du sujet à être en position de victime, le plaisir sexuel n'est pas directement impliqué. Nous pouvons constater que le sujet reçoit de la souffrance de la part de l'environnement ou se l'inflige à lui-même (blessure, tentative de suicide, tatouages, etc.), mais où est le plaisir ? L'hypothèse proposée dans cette recherche, nécessité de sortir de soi pour se fuir, paraît rendre compte de ces phénomènes. **Il s'agirait plutôt de contacter l'humain en l'autre par la souffrance corporelle et le dénuement affiché dans le public comme des formes de lien à l'autre** (remise en jeu imaginaire d'un étayage archaïque). La position passive dans le cadre de "la manche" et se laisser regarder comme un déchet, ne comportent pas de notion de plaisir. Il s'agirait plutôt d'une identification à un mode de reconnaissance par l'autre, dans une répétition du traumatisme de la rencontre avec un autre sujet. Le fantasme de fécalisation par une puissance supérieure est alors prévalent dans ce type d'échange. La dimension de l'échec serait alors à interpréter dans le sens d'une maîtrise de la souffrance en négatif. La souffrance n'a pas de fin, on peut se l'accorder à soi-même, alors que le plaisir de l'autre vient introduire de la rupture, de l'abandon (cf. viol de Madame L. par exemple). Dans cette perspective, la répétition du trauma ou la remémoration d'une scène traumatique peut se comprendre comme une réitération de la souffrance infligée à soi-même dans une tentative de maîtrise. Il en va de même pour la remise en acte du trauma. L'identification et la localisation des objets internes persécuteurs dans le monde externe ont pour but de tenter de les maîtriser et de les contrôler.

Les comportements SDF laissent penser au masochisme primaire, la notion de plaisir étant absente de cette clinique. Il existe une différence entre se faire mal pour en jouir (jouissance) et infliger à son corps un épuisement physique visant le plus bas niveau d'excitation (plaisir à mort pour se protéger de la jouissance ?). Peut-être pourrions-nous envisager la proposition de S. Freud concernant une troisième forme de masochisme, le masochisme moral.

« Dans les autres cas les souffrances masochistes supposent un condition : provenir de la personne aimée, être endurées sur son ordre ; cette limitation est abandonnée dans le masochisme moral. Ce qui importe c'est la souffrance en elle-même » (S. Freud, 1924, p. 293).

Dans cette perspective, il s'agit du retournement de la pulsion de destruction vers l'intérieur, sur la personne propre. S. Freud reconnaît alors un sentiment de culpabilité inconscient à ces patients qui souffrent de masochisme moral. N'est-ce pas le cas de Monsieur G. qui a une dette à payer toute sa vie ? Ou de tous ceux qui résistent à l'amélioration de leurs conditions de vie ou à des soins somatiques ? Maintenir une position de victime contre toute amélioration tiendrait d'une volonté inconsciente à conserver une certaine quantité de souffrance dans un besoin de punition. De même, nous pourrions comprendre le besoin de souffrir comme le désir de garder la souffrance intacte :

« ...ne pas vouloir se guérir, c'est ne pas perdre l'objet, ne pas perdre dans le combat *contre* l'objet, cet objet « inflexible » (Pontalis) » (C. Janin, 1996, p. 128).

2.2.2. Autosadisme et tentative de remembrement

On peut aussi parler d'un autosadisme au sens de J. Gillibert (1977), dans la souffrance infligée au corps. C'est une sorte d'auto-érotisme qui vise à recréer l'unité corporelle dans une tendance au "remembrement". Cette proposition peut paraître paradoxale quant aux amputations répétées de Monsieur T., mais elles ne sont que le résultat d'une souffrance extrême qu'il inflige à ses membres dans le but de se rassembler. Ce fonctionnement est différent du retour du sadisme sur la personne propre, mais serait plutôt un sadisme anobjectal comme l'enfant qui tente de se rendre maître de ses propres membres par la recherche de la douleur physique. La reprise du rassemblement des morceaux serait la tâche du corps médical dans la réparation des membres de Monsieur T. lui redonnant une unité fonctionnelle de son corps (pose de la prothèse) face à l'échec de ses tentatives de remembrement.

« Le "membrement" sadique de l'enfant montre et désigne *l'appel* à autrui, l'appel à l'extériorité comme un autrui possible (terrifiant chez l'autiste) » (J. Gillibert, 1977, p. 894-895).

Ce qui fonctionne dans l'autosadisme et dans les rites autodestructeurs de l'auto-érotisme (exclusion du membre atteint ou malade puis rassemblement des morceaux) échoue

dans le cas de Monsieur T.. J. Gillibert observe l'autosadisme auprès des enfants autistes qui luttent contre l'angoisse de morcellement par « extériorisation, jet au dehors, d'une volonté d'emprise (musculaire) sur un objet "possédé" et dont on jouit sexuellement » (1977, p. 891).

« Le plaisir d'organe conduit à ce démembrement q'il est livré à l'autojouissance de l'érotisation absolue ou extrême de l'organe » (*op. cit.*, p. 894).

2.2.3. Recherche de la douleur physique dans les activités calmanantes

G. Szwec (1993) parle de procédés visant à ramener le calme à travers la recherche répétitive de l'excitation qui sont des comportements incluant paradoxalement de la souffrance et qui peuvent aller jusqu'à la recherche de traumatismes. Par ces comportements, le calme est attendu de l'épuisement de la machine automatique (le corps transformé par une contrainte de répétition). Ces procédés ramènent le calme, mais prive de la satisfaction. G. Szwec utilise volontiers l'expression de "galérien volontaire" pour décrire les rameurs en solitaires ou les personnes qui tentent des exploits sportifs nécessitant de l'endurance et un entraînement physique contraignant (marathonien par exemple ou coureur cycliste). *Je me demande jusqu'à quel point nous pouvons utiliser cette comparaison avec les personnes SDF qui mettent tant d'effort dans la circulation motrice (la marche) et dans le fonctionnement de leur corps, réduit à être une machine à alimenter ou à mettre à la casse.*

Les activités calmanantes de cet ordre-là rassemblent les critères de la répétitivité (automatisme), du registre moteur ou perceptif. On peut repérer deux temps, celui de la mise en tension et le retour au calme.

La douleur physique recherchée dans des activités répétitives peut aussi comporter un premier temps de charge d'excitation comme la contraction des muscles avant le retour au calme. La douleur peut aller jusqu'à un "au-delà de la souffrance physique". Cette catégorie des comportements calmants est au plus près de la clinique SDF. C'est ce que nous pouvons décrire dans des temps suspendu du corps où la résistance de celui-ci est poussée à l'extrême (maladies, froid, malnutrition, dénutrition, alcoolisation). Dans ces moments-là, le sujet semble ne plus vouloir souffrir du tout par son corps, ne plus le subir comme souffrant. C'est en pensant le faire taire que parfois certains meurent (cf. La mort de Monsieur To., 1.1.4.1. Un entre-deux, une situation d'impasse, chap. 5). Ce fonctionnement autocalmant sur le corps ne s'accompagne pas de mots et vient cacher la souffrance psychique qui est le moteur de l'obsession opératoire du corps.

Le corps est le seul topos pour la plupart des cas étudiés, en tant que dernier lieu de localisation du sujet dans un destin létal (Madame D. par exemple). Nous pouvons alors interroger les conduites de détérioration du corps par abandon, par amputation ou par réactualisation d'une blessure antérieure au regard des conduites ordaliques. En effet, on peut se demander si la mort n'est pas l'arbitre du conflit entre le sujet et le destin.

Monsieur T. pose la question de sa contamination interne quand il m'offre des objets particulièrement sur le registre oral (cigarettes, bonbons, nourriture, alcool). C'est comme s'il interrogeait ma capacité à survivre à l'ingestion pour répondre à la question de sa toxicité interne. Monsieur A. met en jeu l'ordalie sur le mode des "petits duels" de connaissance.

Pour conclure, l'ordalie que ces sujets s'imposent correspond à dégrader son corps : s'ils y survivent, ils ne sont alors pas si polluants. Mais comme nous l'avons vu, certains ne survivent pas et ne peuvent alors pas bénéficier d'un retour de l'épreuve ordalique.

Nous verrons comment ces phénomènes de somatisation peuvent s'inscrire dans le cadre du transfert, dans la relation clinique.

3. LES CONSTANTES DANS LES ENTRETIENS DE RECHERCHE A TRAVERS LE TRANSFERT

3.1. Les constantes dans le transfert

A partir de la récurrence des enjeux de séduction et d'excitation dans les entretiens de recherche, je discuterai du transfert de la relation d'excitation et du traitement de l'excès de quantité d'énergie.

3.1.1. La séduction traumatique ou initiatrice

Avec Madame D., le transfert n'est pas du même ordre qu'avec Monsieur T., même si la relation de séduction existe. Elle me fait venir auprès d'elle et revenir par sa promesse de me dire, de me raconter. La séduction n'est pas du même ordre car Madame D. sait qu'elle va mourir, elle est déjà au dehors, elle va partir. Elle me séduit aussi avec le livre *La putain de la République* dont elle parle beaucoup alors qu'elle ne l'a pas lu. Comme l'utilisation de "Sylvie" par Monsieur T., elle fait tout pour que je tiens et que je revienne. Ce qui fonctionne assez bien. **Elle détient le contenu et me propose le contenant en se racontant à un niveau manifeste**, le contenu devient le contenant (ambiguïté au sens de J. Bleger, 1967). La séduction dans le transfert comporte la dimension de l'asservissement du sujet à son désir (en tant qu'aliénation du sujet). Monsieur T. pourrait être une illustration de l'aliénation au désir de l'autre.

Dans presque tous les suivis au long cours, j'ai identifié une phase du transfert de "séduction narcissique réciproque". Cette phase pourrait correspondre à ce que décrit D. Meltzer (1967) comme tri des confusions où l'enchère est celle d'une idéalisation mutuelle pour former un système clos. La différenciation entre réalité interne et réalité externe est très précaire. Dans cette phase du transfert, l'idéalisation de la beauté des objets partiels (le chercheur) et la tendance à les posséder de façon exclusive posent problème. Le cas typique de cette phase est la relation dans la rue avec Monsieur T.. Pour lui, je suis une femme à séduire et à posséder. Comme nous l'avons vu, il tente de connaître mes objets internes (mes goûts, mon conjoint, mon emploi du temps, etc.) pour les éliminer (par le dépassement du temps que nous nous fixons ou par le déplacement du lieu des entretiens). En même temps, il idéalise mes qualités réparatrices en me demandant de l'aide (pour le déplacer, pour lui compter son argent, pour lui rouler une cigarette). Monsieur T. utilise aussi les autres du groupe au service de son idéalisation à travers le cadeau de la marguerite en aluminium. Ses collègues se font alors partenaires de son organisation narcissique dans une figuration

obscénale (B. Duez, 2000 b) du narcissisme dans laquelle Monsieur T. livre son narcissisme à la scène groupale. Cependant, Monsieur T. montre toujours une relation dans le transfert au "sein-toilettes", dans une non-reconnaissance de la dépendance qui achoppe le passage au "sein-qui-nourrit" (selon la terminologie de D. Meltzer).

3.1.2. La relation d'excitation

S. Freud n'a pas envisagé la psychodynamique de l'errance, mais il parle cependant du plaisir du voyage à partir de sa propre expérience dans les *Trois essais de la théorie de la sexualité* (1905 a). Dans le transport est présente une excitation mécanique qui peut raviver certaines excitations sexuelles infantiles d'après lui. On peut alors penser la présence des personnes SDF dans les lieux tels que les gares, comme un lieu d'excitation permanente, qui entretient l'excitation du voyage et du départ. L'excitation mécanique qu'évoque S. Freud est aussi en action lorsque les personnes SDF empruntent les transports en commun ou encore les trains. Mais ce qui est le plus fréquemment évoqué par les personnes rencontrées est la *possibilité* de se faire transporter. Ils sont dans les gares ou au cœur de carrefours routiers, s'imaginant partir à chaque instant. Il s'agirait alors de se trouver en situation de pouvoir prolonger le lien d'excitation si cela est nécessaire. En même temps, ne s'agit-il pas d'une adresse à l'autre d'une demande de lieu de transfert ou de lieu de dépôt ?

Lorsque j'aborde la question de la séparation avec la fin d'un entretien avec Monsieur T., il parle alors de son désir de partir, de se déplacer, de changer de ville. Nous pouvons penser qu'il ne s'agit pas seulement de prendre la fuite devant une difficulté à vivre une séparation, mais que la pensée d'être privé d'une relation excitante suscite la pensée d'une autre mise en acte de l'excitation sexuelle dans le voyage et le transport. Dans cette perspective, la pensée de la possibilité de l'excitation rend alors le travail de l'imaginaire du voyage créatrice de vie. Le sujet peut se penser continuer à vivre dans la perspective d'une continuation du flux de libido (différence entre constance et permanence, B. Duez, 2000 b).

D.W. Winnicott définit le vagabondage comme « une tendance centrifuge qui est l'équivalent du geste centripète implicite du vol » (cité par B. Stalloni, 1995) ce qui correspond à une quête illimitée de l'objet qu'il sait perdu et dans la recherche de cette stabilité de l'environnement. Cette proposition n'est pas incompatible avec la précédente. La quête de l'objet ne serait pas la quête pour l'objet lui-même, mais pour le lien vital qui le relie à lui-même, c'est-à-dire pour la relation excitante.

Monsieur T. est demandeur, il est continuellement dans la demande qui passe par des demandes d'aide matérielle. Nous pouvons penser que ce fut un bébé en demande de soins et d'amour et à qui on a répondu avec des gestes désaffectivés. L'environnement a pu répondre aux besoins de l'enfant, mais seulement aux besoins. Les demandes réitérées seraient alors une tentative de restauration du lien primaire. Il n'a pas pu être calmé par l'environnement et est resté dans une excitation déliée. Il a pu être touché, mais justement trop touché, mais sans tendresse avec des messages sexuels. Ce qui produit alors l'effet de non contention par son corps propre délié de sa psyché (amputation). Ceci est renforcé par la demande de contact peau à peau avec Monsieur T., des caresses, des « bisous », et la nécessité devant laquelle il m'a mise d'avoir à le porter pour l'empêcher de tomber. Dans les entretiens avec lui, j'avais essentiellement à gérer le niveau d'excitation aussi bien dans les paroles que dans les actes : calmer sa véhémence envers les passants dans la rue, calmer ses avances dirigées vers moi ou vers son assistante sociale. Etre dans la rue entretient une relation avec le besoin, pour Monsieur T., il est nécessaire de maintenir ce lien et le niveau d'excitation libidinale. Il ne veut pas se rendre de lui-même à l'hôpital. Comment comprendre cela alors que son corps souffre et se dégrade ? Peut-être pouvons-nous penser que la représentation de l'hôpital peut faire référence à une image maternelle d'une mère qui calme l'excitation et qui alors lui ferait violence, puisque cette relation lui est vitale (cf. réparation de la jambe par la prothèse qui met en échec le système défensif de Monsieur T.).

Au cours du premier entretien avec Monsieur A., lorsqu'il vit encore dans la rue, j'ai décrit comment MC (l'éducatrice) et moi avons été débordées par des flots de paroles et face à un discours qui partait dans tous les sens. Malgré nos tentatives de contention, nous ne sommes pas arrivées à le calmer. Monsieur A. faisait preuve d'une nécessité de la relation d'excitation peut-être due à l'angoisse suscitée par cet entretien dans lequel il pouvait s'imaginer être mis à l'épreuve face à son éducatrice et face à une inconnue qui enregistre.

3.1.3. Transfert de la relation excitante : les procédés autocalmants

3.1.3.1. La relation d'excitation et les procédés pare-excitants, autocalmants

C'est à partir de certains troubles du comportement chez l'enfant que M. Fain (1974) a décrit les procédés autocalmants comme « une excitation apte à faire cesser un état traumatique ». Il précise qu'il s'agit « d'une énergie désorganisatrice succédant à une impossibilité d'effectuer l'investissement primaire ou apparaissant quand celui-ci ne peut se maintenir » (L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé, 1974, p. 93). L'intériorisation des balancements de la mère au moment de l'endormissement de l'enfant, se traduit par des balancements du corps. Ces balancements calmants, par la rythmicité ont la fonction d'annuler les surexcitations de la mère. Ce comportement empêche cependant le développement onirique et efface l'activité mentale. « L'objet efface le sujet » (M. Fain, 1993, p. 59). Face à la souffrance engendrée par la surexcitation, le sujet fait cesser celle-ci par une activité permanente, celle du bercement qu'il produit lui-même. Le bercement va jouer ultérieurement le rôle du gardien du sommeil qui doit appartenir à la fonction onirique. Le bébé devrait être capable au bout d'un moment d'halluciner le bercement. Ce qui devient problématique pour le sujet SDF est cette impossibilité d'halluciner le bercement et du coup la nécessité de réaliser en actes un procédé calmant. L'effet pare-excitant ne dure que le temps de ces procédés. L'état de surexcitation dont le bercement est le seul à faire cesser crée une relation chronique à la place d'une relation discontinue. Pour certaines personnes rencontrées, où le comportement moteur peut, à certains moments, rappeler la fonction des procédés autocalmants, on peut penser que **le sujet a conservé les traces de procédés opératoires pour combattre un état de souffrance dans la situation d'une relation excitante**. Cette trace proposée par le cadre, autrement dit par la mère, va être reconvoquée dans le même type de situation traumatique. Nous avons vu que Monsieur T. utilisait la fonction de l'appareil de langage comme activité motrice calmante lorsqu'il s'écoute et se (me) parle. Confronté à une surcharge d'excitation, on peut penser qu'il déplace l'activité motrice de son corps tout entier sur l'activité de parler (dans la situation de restriction de la motricité dans le lieu de soins). Comment comprendre que la relation ne soit qu'une relation d'excitation pour Monsieur T.? D'après M. Fain, la pulsion de mort est sollicitée à produire des systèmes de pare-excitation qui témoignent du contact avec une réalité dominée par le traumatisme. Cette proposition est cohérente avec l'impression que me laisse Monsieur T., à travers la relation transférentielle, d'une vie précoce où la réalité était brute, voire brutale pour l'enfant.

« L'échec qui peut frapper ces procédés (autocalmants) ne peut donc pas se traduire par une rupture du refoulement mais par un retour du dedans de la réalité traumatique qu'ils avaient jusque-là contenue » (M. Fain, 1993, p. 59).

Cet effondrement du dedans que la clinique nous montre pourrait alors rendre compte de l'échec des systèmes pare-excitants, conduisant à une surcharge traumatique dont le sujet ne peut plus se protéger, atteignant l'intégrité corporelle jusqu'à la tension zéro, c'est-à-dire la mort physique. Les procédés autocalmants ne peuvent calmer l'excitation maintenue traumatique que s'ils perdurent, le moi du sujet est donc toujours menacé du dedans par le retour traumatique.

Les insomnies sont aussi des troubles fréquents évoqués par les personnes SDF en dehors des conditions matériels de sommeil déplorables. Il paraît difficile pour eux de lier cette excitation à un objet ou à une représentation. Dans l'insomnie « on constate une surcharge physiologique due à l'excitation restée flottante du fait de sa non-structuration en libido par défaut du complément maternel nécessaire » (L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé, 1974, p. 89). La clinique des nourrissons nous enseigne que les manifestations qui suivent l'insomnie sont parfois auto-agressives. Pour les sujets SDF, il s'agirait alors d'une agressivité-hémorragie (énergie libre) plutôt que de l'agressivité après frustration (liée à un objet de non satisfaction).

Pour C. Smadja (1994) les systèmes autocalmants ont pris le pas sur les systèmes de représentation ce qui se traduit par des processus de maîtrise à défaut des processus de symbolisation.

3.1.3.2. Etiologie de la relation d'excitation

On peut se demander pourquoi les procédés autocalmants prennent-ils le pas sur les systèmes de représentation ? Pour C. Smadja, l'usage de procédés autocalmants ferait état d'un défaut de passivité chez le sujet dans la relation primaire.

« Sans doute les expériences de passivité mutuelle entre mère et bébé n'ont pas été vécues, très tôt, plongeant l'enfant dans un état de souffrance, sans possibilité de repli érotique, support de représentations, et le contraignant à un processus sans cesse progressant dont la visée urgente est le retour au calme » (C. Smadja, 1994, p. 1075).

3.1.3.3. Discussion à propos de la circulation : la marche

Peut-être pouvons-nous penser les circuits répétitifs des personnes SDF avec cette clé de lecture des procédés calmants ? Nous avons vu les fonctions de restriction de l'espace et de contention des déplacements à travers cette circulation périphérique. Nous pouvons maintenant penser que cette manière de mettre en mouvement le corps dans la marche et par

la déambulation comme un procédé excitant pare-excitant. Il s'agirait alors de neutraliser l'excitation et par là, la souffrance engendrée par le traumatisme. La marche, le philobatisme prendrait alors un sens différent de celui que propose M. Balint (1972). Ce que décrit M. Fain à propos des procédés autocalmants paraît plus régressif. En effet, **le recours à la marche peut aussi être compris comme un recours à des procédés primordiaux qui prennent leur origine dans un temps où le monde de l'enfant et celui de la mère seraient confondus**. On peut voir dans la circulation SDF un mode de réassurance ou une lutte contre le débordement pulsionnel. La continuation des activités calmantes est nécessaire pour maintenir le calme et contraint le sujet à demeurer actif. B. Brusset (1990) a développé l'idée d'un orgasme de la marche : excitation continue sans satisfaction (dans une jouissance infinie ?).

Nous avons cependant constaté le sens imaginaire de la circulation de certaines personnes SDF dans leur parcours de la ville. Aussi, nous pouvons avancer que l'utilisation pare-excitante de la marche n'est pas à généraliser pour toutes les personnes ou pour tous les moments de marche. Que le circuit représente une mise en scène ou un scénario privé n'entre pas en contradiction avec l'utilisation de la marche et du déplacement véhiculé (métro, train, bus) comme procédés non symboliques. Pour certaines personnes, on peut même penser que le recours à la marche comme procédé autocalmant montre une perte du sens symbolique, à travers une dé-scénarisation du parcours vers un fonctionnement purement opératoire. Cette conduite signifierait une progression du processus morbide enclenché où la scène elle-même devient une contenance auto-calmante.

Il faut noter aussi que la marche et le pied sont ce qui désignent, en hébreu, l'histoire. Aussi « pour protéger l'histoire, il faut protéger la marche et le pied » (M.A. Ouaknin, 1994, p. 40). A partir du champ philosophique, nous pouvons mettre en lien direct la marche et l'histoire du sujet. N'est-ce pas ce que confirme la clinique dans la répétition des scénarii dans les parcours de la rue par une tentative d'historisation personnelle ?

3.1.3.4. Un problème de quantité

A propos du concept de quantité, S. Freud propose que « parmi les diverses méthodes de décharge, certaines sont préférées et maintenues parce qu'elles impliquent une cessation des excitations, la *fuite*, par exemple. Il s'établit ici un équilibre entre la quantité d'excitation et l'effort qu'exige la fuite devant cette dernière ; il s'ensuit que le principe d'inertie ne se trouve pas perturbé en pareil cas » (1895 a, p. 317). Ce que nous observons à partir de la notion de procédés autocalmants est l'échec du principe d'inertie, puisqu'il y a, en même

temps que la cessation d'excitation dans la fuite, une montée d'excitation conjointe à l'activité motrice. La décharge n'est pas efficace et tend à répéter le système de décharge. C'est ce que S. Freud constate à partir des stimuli provenant des éléments somatiques eux-mêmes, face à ces excitations endogènes, l'organisme a moins de moyens de fuir.

3.2. Une forme spécifique de transfert

3.2.1. La répétition des liens dans le transfert

Le transfert, tel que je l'ai défini (cf. 5.2.1. Des préalables : de quel transfert parlons-nous ?, chap. 2), rend compte du déplacement d'objets psychiques du lieu interne du sujet à un lieu réceptacle possédant certains attributs, propres à la dynamique du transfert. Dans ce sens, le transfert est une répétition, sans transformation d'après S. Freud (1905 b), d'objets internes, de configurations de liens organisant les relations entre les objets internes.

L'errance du chercheur n'est pas qu'une simple formule, elle est un passage obligé, une question identitaire qui dérivent de la problématique des sujets rencontrés. Le transfert ne se pose pas ici en termes de relation parentale, mais en termes de types de lien (re)produit dans la relation avec le clinicien chercheur. En ce sens, le transfert est un transfert de liens groupaux, de structure de liens entre les imagos et entre les instances psychiques localisées. Monsieur T. ne peut me penser que comme une femme qui apporte un bien être corporel ou en relation avec la possession d'objets. Il me demande souvent si je peux lui rendre un service : lui donner des cigarettes, lui acheter des chaussures, le conduire quelque part, lui avancer de l'argent. Madame D. ne peut me penser que comme une fille à protéger des hommes, comme quelqu'un qui a besoin de conseils qu'elle-même n'aurait pas eus à propos des hommes. Elle ne peut me voir que comme "fille de" (cf. schéma n°22 des liens primaires de Madame D., chap. 4), nous parlons d'ailleurs de mes parents et des siens. "Femme de" ou "mère de" ne sont pas des liens qu'elle a pu expérimenter comme nous l'avons déjà vu. Madame D. est dans une reproduction des liens qu'elle a expérimentés elle-même avec d'autres. Cependant, je suis pour elle une fille potentielle à protéger des hommes et de l'amour. *Se transfère dans la relation clinique ce qui n'a pu advenir au sujet.*

Les répétitions dans la relation au clinicien chercheur peuvent être repérées sous la forme des rituels qui s'instaurent dans un but de reconnaissance du sujet. Mais ces rituels, entendus comme installant le cadre, peuvent être aussi les signes du transfert silencieux de relations pathologiques. Par exemple : à chacune de mes visites, Monsieur T. me propose de

boire dans sa bouteille de vin blanc alors qu'il sait que je ne bois pas. Il me propose (ou il m'impose) de fumer ses cigarettes et au même rythme que lui (lorsqu'il en a). S'il ne possède pas de cigarette, il va tenter de m'offrir autre chose (des bonbons, des allumettes, à manger). Je ne cherche pas à comprendre la valeur symbolique de chaque "cadeau", mais plutôt le sens de ce "don". Comment se représente-t-il notre relation pour devoir m'offrir des objets et pour que je me sente obligée de les accepter ? Quel type de lien transfère-t-il à ce moment-là ?

"Etre pris dans le transfert" avec les personnes SDF correspond à une participation active à la scénarisation dans l'ici et maintenant de l'entretien. Monsieur A. me fait vivre le vacillement de la place subjective dans une situation où je ne dois pas être présente (cf. entretien avec l'assistante sociale Mme F., chap. 4). Madame L. m'intègre comme protagoniste de sa scène interne en me rendant témoin et accoucheur de son contre-fantasme de viol. La présence d'un témoin lui permet de renverser imaginativement le viol en une expulsion du bébé-déchet, produit du viol tout en m'inscrivant dans la scène actuelle, écho de la première scène de pénétration.

3.2.2. Transfert des groupes internes dans l'espace du dehors, de la rue, des groupes et du corps

La question du transfert des groupes internes dans les groupes "externes" a été démontrée depuis les travaux de R. Kaës (1993) et d'autres depuis.

« Le groupe « externe » dans la configuration d'une psychothérapie de groupe permet d'actualiser les groupes internes (ou une partie) de chacun des membres du groupe engagés à leur insu dans le processus du groupe » (J.B. Chapelier, 2000, p. 2).

A partir de l'élaboration des topiques de l'appareil psychique, S. Freud a dégagé une conception spatiale et géographique de la psyché et des instances psychiques. Cependant, reste la question de la perception de l'espace du monde extérieur : la topique est-elle le résultat de l'introjection de l'espace extérieur ou l'inverse ?

« Quand notre conscience commence à s'instaurer, elle percevrait comme localisées dans l'espace, ces instances internes, instances dont nous redevons entièrement la reconstitution à la psychologie des profondeurs » (S. Freud, cité par M. Sami-Ali, 1990, p. 11).

L'idée n'est point ici de régler la question des organisateurs spatiaux originaires, à savoir s'ils sont nés de l'introjection ou projetés dans le monde extérieur pour en structurer la perception. La clinique SDF montre justement que la limite entre le monde interne et le

monde externe est si perméable qu'il est impossible de savoir lequel a une influence sur l'autre (projection ou introjection) ou lequel se modèle à l'autre.

C'est pourquoi j'ai envisagé la possibilité du transfert du monde interne au monde externe avec les caractéristiques spatiales et géographiques qui sont associées à la topographie de la psyché.

« C'est, au contraire, l'espace et le temps inhérents à la psyché en sa totalité qui viennent se projeter dans toute perception, la psyché étant par ailleurs conçue comme une entité spatiale pourvue de lieux entre lesquels s'effectue des échanges selon un rythme » (M. Sami-Ali, 1990, p. 13).

J'insisterai sur la dernière partie de cette citation qui rend compte d'une topologie de la psyché.

M. Sami-Ali reprend les travaux de S. Freud sur la perception pour en conclure :

« ... nés dans la sphère intime de la psyché, l'espace et le temps deviennent par projection, le cadre général de toute perception, interne et externe. Ils représentent ce qui à la fois précède et détermine la perception » (1990, p. 12).

Pour lui, le corps est indissociable de la perception et il propose d'ailleurs le terme de *projection sensorielle* « qui désigne, sous-jacente au fonctionnement défensif du mécanisme, une activité projective primordiale par quoi se détermine a priori la possibilité de l'espace et de l'objet » (1974, p. 9). Aussi, la projection est-elle au cœur de la perception et de la vision du monde (interne et externe) pour S. Freud et M. Sami-Ali.

Ces propositions ne sont pas antinomiques avec l'idée du transfert de la psyché dans le monde extérieur puisque la projection dans ce sens, est entendue comme un déplacement ou une modalité de passage entre monde subjectif et monde objectif.

La projection au sens kleinien est alors bien différente. Envisager le transfert de la psyché subjective dans le monde interne modifie alors le positionnement de l'écouter, pris dans l'adresse du transfert. En effet, le transfert s'adresse à un autre et prend en compte la dimension relationnelle avec l'environnement au sens large. C'est sur cette dimension d'adresse que je voudrai insister en maintenant l'idée du transfert dans l'espace.

3.2.3. La question de la place de l'autre

A qui s'adresse le sujet, à quel personnage interne parle-t-il ? D'où parle-t-il, de quel lieu psychique le sujet s'exprime-t-il ? Ces questions ont été présentes dans tous les entretiens de recherche avec toutes les personnes rencontrées. Les questions fondamentales que pose cette clinique sont la place de l'autre en soi et la place du sujet dans son monde interne. Les questions corollaires sont celles de la place que prend l'autre dans le transfert, lieu de

l'adresse du champ narratif. Madame D. ne peut se raconter, elle éprouve le vide de la place de l'autre en elle. Le repérage de ma position dans le transfert aboutit avec Madame D. à une circulation entre les figures de mère, de fille et de femme. Elle est celle qui a le plus de difficulté à identifier son lieu pour soi. Monsieur T. se raconte de sa place d'homme séducteur et s'adresse à moi en tant que femme, comme objet à posséder (objet toxique). Mademoiselle A. me fait vivre, par l'ennui, le vide de son lieu psychique. Elle a du mal à habiter son corps et s'abstient de s'adresser à quelqu'un sous peine de passion destructrice. Pour répondre ces questions de la place de l'autre, j'ai proposé de relever les indices du transfert à partir des rituels d'accueil du chercheur que met en place le sujet.

3.2.4. Accueil du clinicien dans les groupes internes

Alors que l'analyste accueille le patient dans le cadre de la cure, les personnes SDF m'accueillent et m'autorisent à construire un cadre. Nous avons vu que mes interrogations méthodologiques et dans le transfert s'orientent sur ma place, sur mon cadre avec la question omniprésente : où est mon cadre ?

Si l'on accepte les hypothèses définies dans le premier chapitre (cf. 5. Les hypothèses et leurs fondements théoriques et cliniques, chap. 1), le sujet m'accueille sur la scène de son fantasme originaire, de son complexe familial. C'est comme si, avec cette population, il fallait entrer dans leur scène pour pouvoir les rencontrer (cf. 5.5. Les cadres d'accueil du clinicien comme indice du monde interne, chap. 4). Ce qui expliquerait les rendez-vous manqués ou la procédure que j'ai appelé "les préliminaires" dans le cadre du groupe de paroles par exemple : c'est-à-dire venir chez eux les visiter pour ensuite pouvoir les accueillir dans un autre lieu.

« Il va insérer le médecin dans l'une des « séries » psychiques que l'individu souffrant s'est formées jusqu'ici » (Freud S., 1912 a, p. 108).

Aussi la capacité d'accueil du sujet nous renseigne-t-elle sur la qualité de l'accueil de l'objet primaire dont il a pu bénéficier.

« N'ayant pu trouver place dans le psychisme de l'objet, qui s'est montré incapable de "rêver" à leur propos, ils développent de violents mécanismes d'identification projective intrusive pour se frayer coûte que coûte un chemin dans le corps fantasmatique de l'objet interne à défaut d'avoir eu accès à son psychisme » (M. Van Lysbeth-Ledent, p. 121).

3.2.4.1. Les préliminaires au travail de recueil

Le travail des préliminaires (ou *travail d'apprivoisement*, J. Furtos et coll., 1988) au recueil de témoignage et à la rencontre introduit la place du clinicien dans le cadre d'accueil du sujet. Reprenons dans un premier temps le travail préliminaire pour chaque personne rencontrée. Pour tous, on repère des préliminaires aux entretiens de recherche.

Madame D. : dans la voiture de l'assistante sociale, les rencontres ponctuelles dans le local éducatif, le premier entretien a d'ailleurs lieu en présence de l'assistante sociale. Le lien de confiance se construit en contiguïté réelle de l'assistante sociale à moi, par le déplacement en commun (dans la voiture) et la perception dans la réalité de notre lien de travail (au local éducatif).

Monsieur T. : visite informelle au lieu de soin avec son assistante sociale, premier entretien en présence de l'assistante sociale. Outre la présence réelle (suppléance narcissique réelle) de l'assistante sociale, les préliminaires avec Monsieur T. se basent sur l'épreuve initiatique pour s'assurer de ma survie. A partir de là commence le travail du recueil.

Monsieur A. : le premier entretien a lieu en présence de son éducatrice, ce qui semble suffire pour le transfert du lien d'étayage. Cependant l'éducatrice sera continuellement réintroduite pour ouvrir et fermer les entretiens sous différentes formes (présence réelle, téléphone portable, documents administratifs, dans le discours).

M^{elle} A. : un entretien téléphonique pragmatique suffit, tout se passe comme s'il n'y avait pas de préliminaires. Avec M^{elle} A., on entre directement dans la Scène à l'image de l'ouverture de sa porte dès mon entrée dans l'immeuble (pas de procédures de décontamination). Cependant, elle me montre au cours d'un entretien qu'elle sait que j'ai déjà rencontré Monsieur A. qu'elle connaît bien. Est-ce que le transfert du lien d'étayage passe par cet intermédiaire ?

Madame L. : je la rencontre après une visite de l'équipe éducative chez elle à l'occasion de sa crémaillère. Les préliminaires sont inscrits d'emblée dans une configuration groupale qui sera alors le cadre du recueil de témoignage (elle m'inclut dans ses groupes internes actualisés dans le temps de l'entretien).

Monsieur B. : les préliminaires ont été très nombreux avec Monsieur B. au cours de nombreuses rencontres informelles où il a pu m'identifier au local éducatif (lieu du recueil de son témoignage).

Monsieur M. : des rencontres informelles ont pu faire office de préliminaires au recueil de témoignage, mais je pense que c'est la présence de l'assistante sociale à l'entretien unique qui a permis sa réalisation (présence réelle de l'objet de recours narcissique).

Monsieur G. : pas de préliminaires, tout passe par l'assistante sociale et l'entretien se réalise en sa présence. Il est l'occasion d'une retrouvaille entre eux.

Monsieur P. : les rencontres informelles dans la rue et dans le local éducatif ont eu la fonction des préliminaires, la présence de l'éducateur à l'entretien ne paraissait pas être une condition du recueil.

On peut dire que les formes des préliminaires sont un compromis entre la souffrance du sujet et le dispositif mis en place. A partir des préliminaires s'établit la part immuable du processus qui fait cadre pour la part active du processus. Peut-être pourrions-nous dire d'ailleurs que cette part inactive du processus est mise en périphérie chez le sujet SDF ?

3.2.4.2. L'appropriation de la demande du recueil de témoignage

Outre l'importance des préliminaires comme modalité d'introduction du clinicien dans le cadre d'accueil, j'ai remarqué l'appropriation systématique de la demande du recueil de témoignage comme indicateur de la place qui m'était assignée. De plus, l'absence de demande explicite chez le sujet SDF ne résout la problématique de la demande. Cette demande existe, encore faut-il lui donner les moyens de s'exprimer ou de se lire, et ce à travers, par exemple, la demande d'un autre, travailleur social par exemple (lieu du désir de l'autre envers le sujet). En effet, ce n'est que dans le lieu du désir pour un autre que le sujet pourra exprimer ce qu'il en est de sa demande en retour à un autre sujet. J.L. Pedinielli (1993) pose le problème de *l'inversion de la demande* à partir de la recherche du consentement du patient pour un traitement ou pour sa participation à une recherche.

« Pas de consentement sans autre, implique que la question du désir se pose dans tout recueil de consentement » (1993, p. 14).

« Solliciter le consentement d'un malade, pour un traitement, comme pour une recherche, suppose la formulation d'une demande ce que l'on peut traduire, en des termes triviaux, par l'existence d'une attente du côté du soignant ou du chercheur et d'une démarche de sa part formulant une proposition à laquelle le malade doit donner son accord » (1993, p. 15).

Madame D. utilise ma demande de recueil de témoignage pour exprimer sa demande de constitution d'une œuvre biographique. **Le témoignage est alors le lieu de dépôt de l'histoire indicible, de ce qui reste encrypté en elle.** Le lien se fonde alors sur un pacte dénégatif, condition même du maintien du lien.

Monsieur T. utilisera ma demande de recueil de témoignage pour répondre à sa demande de contention des affects (appel de la fonction alpha) pour le maintien du lien. La

relation addictive s’installe par l’effet de séduction de ce qu’il pourrait encore me dire. Le lien se maintient dans une fascination par l’horreur, une captation par l’obscène (obscénalité, B. Duez, 2000 b). La demande du recueil de son témoignage a eu l’effet de renforcer sa position d’expert (« témoin-expert ») face à moi pour m’initier à ce qu’il avait identifié comme savoir que je désirais de lui (drogue, sexualité, perversions...).

« Par analogie, la demande de consentement dans une situation où le malade est placé – ou se place – en position d’expert est, dans le transfert, confrontation au désir d’appropriation par l’autre d’un savoir propre, voire d’une dépossession » (J.L. Pedinielli, 1993, p. 20).

Monsieur A. accepte ma demande de recueil de son témoignage qu’il utilisera pour contenir sa dissociation interne (ses deux identités) tout en déposant les parts honteuses de son histoire. Le lien n’est ni addictif, ni passionnel, il se situe dans le cadre d’un transfert de travail tant que l’ambiguïté entre histoire collective et histoire individuelle reste maintenue.

M^{elle} A. ne semble pas s’approprier ma demande de témoignage, elle n’utilise pas le cadre des entretiens pour exprimer une quelconque demande ou une attente. C’est comme si elle avait accepté pour *faire plaisir* à son éducatrice. Cependant, un effet inattendue même pour elle semble se situer dans l’effet miroir des entretiens au cours desquels elle a pu confronter les différentes images qu’elle avait d’elle-même.

Aussi le dispositif du recueil de témoignage pourrait-il être compris comme un espace en creux, espace libre laissé au sujet pour l’occuper selon ses besoins (besoins du moi). A partir de l’acceptation du consentement, le sujet « renonce momentanément à son propre désir » (J.L. Pedinielli, 1993, p. 17). On pourrait dire qu’il transforme un désir en un autre désir qui s’inscrit dans un *transfert préalable* sur le chercheur (en tant que représentant d’un savoir, d’une pratique et d’un lien avec l’équipe éducative par exemple) et qui prend en compte le désir de celui-ci (soit de l’autre).

3.3. Une forme spécifique de contre-transfert : le contre-transfert spatial

Des questions importantes restent actuellement à l’état d’hypothèses après avoir rencontré un certain nombre de personnes SDF dans le cadre des suivis au long cours, mais manifestement insuffisamment pour les mettre à l’épreuve. Cependant, je m’appuierai sur l’expérience de certains psychanalystes pour aborder la question du contre-transfert avec des patients qui présentent des états psychiques de collapsus topique (pour reprendre les termes de C. Janin). Les faits cliniques sont les suivants : toutes les personnes rencontrées m’ont fait *faire* et vivre des sentiments inhabituels pour moi. En effet, Monsieur T. me déplace dans

l'espace de la rue et du quartier et m'habite en dehors de nos entretiens, ce que j'ai appelé le "contre-transfert spatial". M^{elle} A. me fait vivre et supporter l'ennui et le vide en entretien, alors que je suis submergée par la passion et par l'excitation qui me fait *agir* dans ma vie quotidienne durant le temps de nos rencontres. S'agit-il ici d'une *mainmise psychique* (selon les termes de M. Neyraut, 1974) relevant d'un empiètement psychique sur le chercheur ? Je citerai largement ce que C. Janin propose de son expérience d'analyste qui fait écho à ma propre expérience auprès des personnes SDF :

« La nécessité de faire sien l'appareil psychique de l'analyste suppose à mon sens un mode de répétition particulier dans lequel ce n'est pas l'inscription de l'objet qui est repéré, mais son absence d'inscription : la répétition *commémore* alors – et non pas *représente* – l'inscription de *l'objet dans le moi – en ce qu'il a d'absent* : je dirai volontiers que cette saisie par *l'analyste, de l'existence de l'étranger en lui-même, à la fois lui appartenant et n'étant pas lui* est pour lui l'occasion d'éprouver un mode de constitution psychique de son patient dans lequel l'objet n'est pas *assimilé par le Moi, mais l'enferme en lui, dans une sorte d'inclusion* » (C. Janin, 1996, p. 85-86).

Outre les questions récurrentes au cours de cette recherche sur l'origine de l'apparition de mes vécus étranges ou d'agir inhabituels (à qui est-ce ?), je pense que l'utilisation du contre-transfert (l'agir dans ma vie) comme repérage du fonctionnement de l'appareil psychique du patient est pertinente. En effet, il rend compte alors de l'espace psychique interne du sujet et de ses qualités représentatives et transformatrices. La question de l'enfermement du sujet dans une partie de son monde interne sera reprise plus loin (cf. 7.2. La grille du claustrum, chap. 5).

Je propose une première formulation à mettre à l'épreuve concernant l'analogie entre le transfert et le contre-transfert. La nature du contre-transfert a à voir avec la modalité d'expression du transfert, il utiliserait les mêmes voies de frayage. En somme, l'actualisation des défauts de symbolisation du sujet dans la relation clinique se rejoue dans le contre-transfert sur le même mode. Une explosion libidinale va répondre à la forclusion des affects du sujet par exemple. De même une hypersensitivité va répondre à un clivage des sensations corporelles et des émotions. Reprenons l'exemple de M^{elle} A. qui est le plus éclairant. Pendant les entretiens, elle ne parle pas de ses addictions. Le vide et l'ennui conduisent à un transfert en urgence. L'absence d'objet à sa passion, se conjugue dans le contre-transfert par une consommation où je vis la passion à sa place. Pourrait-on lire ici la trace d'un transfert passionnel au sens de R. Roussillon (1990) qui se découvre à partir d'un contre-transfert sous forme de passion ?

« L'émergence clinique manifeste du transfert passionnel – du moins de ceux que j'ai pu étudier – témoigne de ce qu'une partie clivée du moi fait son entrée sur la scène transférentielle » (R. Roussillon, 1990, p. 358).

De même, l'absence d'excitation ou de mouvement corporel dans les entretiens produisent en moi une grande excitation corporelle (maniaque). Ne serait-ce point la trace d'un fantasme-non-fantasme « immuable et non ramifié agissant, mais non "scénarisé", transmissible mais non communicable, enté sur le corps et prêt à s'agripper au corps de l'autre (pour autant que cet autre soit investi dans son altérité) » (P.C. Racamier, 1993, p. 159) ?

Nous avons vu que la relation transféro-contre-transférentielle était caractérisée par un certain nombre de points de repères que chacun des sujets a pu s'approprier à sa manière. Cependant, d'une manière ou d'une autre, tous m'ont assignée à une place dans leur groupalité interne. Cette assignation topique avait pour effet de m'inclure dans un rapport de familiarité qui empêchait le retour du sentiment d'inquiétante étrangeté, contre le retour du déposé. Autrement dit, mes vécus de confusion entre ce qui appartenait à ma réalité interne ou à celle du sujet, relevait d'un collapsus de la topique interne à maintenir.

Madame D. m'inclut dans sa vie par l'identification qu'elle recherche à ma capacité narrative par exemple, ou encore en révélant les modalités de liaison entre mes imagos.

Monsieur T. me fait devenir son corps et il habite mes préoccupations.

Monsieur A. me fait passer d'une étrangère à une familière (« je sais qui vous êtes » dit-il dès le deuxième entretien) par le transfert du lien à son éducatrice.

M^{elle} A. se montre à moi dans toute son intimité, son excitation sous forme d'ennui et de vide habite mon corps et ma pensée.

C'est comme si je devais devenir un des éléments de leur monde interne sans plus pouvoir les penser et introduire un écart différenciateur. En fait, ils me mettent à leur place et je suis là pour ressentir, éprouver et penser ce qui est impensable, irréprésentable : l'absence de cohésion interne, l'angoisse de morcellement, le trop plein d'excitation, la mélancolie interne.

Bien souvent, les sujets transmettent ainsi l'absence psychique de l'autre en sa présence, l'indisponibilité de l'objet à travers ce qu'ils font vivre à l'écouter.

4. LA DIMENSION DE LA REPETITION

La répétition se présente sous la forme de la chronicisation des conduites et de la contrainte des symptômes de l'errance. Elle infiltre la clinique SDF dans les récits ainsi que le cadre des entretiens de recherche.

4.1. Les effets du cadre, le non-processus: répétition sur le cadre fixe

A travers les différentes relations cliniques, nous pouvons remarquer une constante au niveau de la perception du cadre et du processus qui en découle. La cadre est fixe nous dit J. Bleger (1966), il est dans la répétition, mais celle-ci ne concerne pas le processus. Or, j'observe que le processus d'appropriation du cadre se répète, comme si les constantes temporelles et spatiales du cadre devenaient le processus (cf. Monsieur A., chap. 4). Avec les personnes SDF, le cadre n'apparaît que dans sa fonction de limite, de borne alors que le cadre a d'autres fonctions que celle de limite (cf. 3.1. Analyse du cadre des entretiens, chap. 2). La relation avec Monsieur T. devient centrée sur la durée de l'entretien et sur les effets du lieu de la rencontre. Il s'agit pour le clinicien chercheur de tenir le cadre mais du point de vue de la contenance. Ainsi, le processus n'advient pas, du fait de la difficulté à fixer le cadre (dans ses dimensions spatio-temporelles). Contrairement à Monsieur T., Monsieur A. s'appuie sur les constantes spatio-temporelles du cadre pour qu'un processus se déroule et pour que son cheminement avance sans être en danger. *On peut alors penser que le cadre de Monsieur T., c'est-à-dire la partie la plus archaïque de sa personnalité ne peut être déposée sans le mettre en danger.* La capacité de rêverie et la potentialité symboligène du cadre ne lui sont alors pas disponibles. Si on met en correspondance la symbiose du sujet avec le cadre et la symbiose nécessaire avec la mère dans le développement du moi (J. Bleger, 1967), on peut dire que cette symbiose est refusée ou inadaptée pour Monsieur T.. Le cadre (la mère) n'est pas adapté(e) ou le retour à (la situation de) la symbiose est trop dangereux pour lui. Ainsi, le cadre (dans ses dimensions spatio-temporelles) variant de manière continue, met le sujet en situation de crise permanente. N'est-ce pas ce que Monsieur T. a pu vivre dans sa relation primitive à la mère ? L'image du corps morcelé et amputé de Monsieur T. n'est-elle pas une autre manière de rendre compte d'un cadre non permanent et non unifié ?

La relation avec Monsieur T. laisse penser à plusieurs hypothèses concernant le cadre et le processus. Soit le cadre n'a pas été adapté et le processus n'a pas pu advenir, soit il y a eu un écrasement du processus sur le cadre, ce qui ne produit pas de changement. Je pense que

dans la relation avec Monsieur T., il n'y a pas eu de changement et que son processus d'amputation s'est prolongé jusqu'à l'amputation de sa vie.

4.2. Les effets du récit : styles narratifs

Le recueil de témoignages permet le repérage de différents styles narratifs qui se reproduisent parmi les personnes interrogées. Comme je l'ai exposé en méthodologie (cf. Schéma n°11, Grille de classification du discours, chap. 2), l'analyse du discours a été possible en repérant la répétition de certaines formes verbales communes aux différentes personnes (comme l'utilisation du discours direct rapporté) ou personnelles (« moi je vous l'dis » de Monsieur B. ou « partant de ça » de Monsieur T.). Il s'agit plutôt ici de repérer la logique personnelle de l'utilisation du langage selon les dispositions de chaque personne à la narration.

Contrairement à ce qu'a pu observer R. Waintrater (1997) dans le recueil des témoignages des survivants de la Shoah, le fil chronologique n'est pas un organisateur du récit des personnes SDF. Cependant, d'autres organisateurs semblent se dessiner dans les styles narratifs. Le postulat de **l'effort de construction du récit en tant qu'acte subjectif** a guidé la consigne des entretiens (l'origine des difficultés de la personne) et l'analyse du style narratif qui contient alors les traces de l'organisation psychique (symptômes, mécanismes de défense, des fantasmes).

Madame L. explique son parcours en fonction des événements de sa vie et particulièrement autour de la naissance de ses enfants. A partir de son errance dans la rue, elle se repère selon ses lieux de vie et selon les personnes qui vivaient avec elle. Ses enfants et ses « hommes » sont des points de repères du discours narratifs. Elle utilise beaucoup le discours rapporté direct qui cache le *je* de l'énonciateur.

Monsieur B. est confronté à l'absence de repère historisant, il ne peut retracer un parcours de vie. Aucune date, aucun événement paraît marquer sa vie si ce n'est la scène du vol de sa sacoche.

Monsieur M. peut donner des dates très précises. Son discours est organisé par les dates et les événements associés. A partir de sa vie dans la rue, le récit s'organise sur des périodes (il dit « pendant 5 ans »).

Monsieur G. associe dates et lieux de vie. Les périodes de sa vie semblent être repérables par la localité de son lieu d'habitation.

Monsieur P. n'évoque rien de son enfance, sa vie semble commencer à partir de son emploi de chauffeur routier. Il localise alors des repères dans le discours à partir des entreprises et de leurs villes d'implantation. Les noms de villes lui servent de point de repère.

Madame D. montre dans son anamnèse un scotome de l'adolescence. Elle utilise l'assistante sociale comme porte-parole. Le discours repose sur le pacte dénégatif de sa période de prostitution. Elle parle du présent et son récit n'est pas guidé par la chronologie. La reconstruction anamnétique s'appuie sur des données sociales essentiellement.

Monsieur T. suit un récit chronologique à partir de l'adolescence jusqu'à la « grande vie ». Des formes stylistiques personnelles récurrentes semblent significatives d'une construction du récit ponctuée par des départs et par des localisations d'événements : « sorti de ça », « partant de ça ». *Ces formes verbales viennent renforcer l'idée de la nécessité d'une construction d'un point d'origine.* Il montre aussi un plaisir auto-sensuel à s'écouter, les processus auto-réflexifs sont particulièrement à l'œuvre lors du récit de son anniversaire. Les thèmes héroïques (Moi idéal) jalonnent le récit : à propos de son père, de la prison, ou de la consommation de drogue et de sexe.

M^{elle} A. conserve un style narratif bien construit sur le plan syntaxique qui donne un aspect fournit au discours, mais sans affect, il reste descriptif. Sa facilité narrative est utilisée pour ne rien cacher, bien au contraire, elle montre tout (dénudée). Cependant, l'alimentation du discours se fait en appui sur un support, mes questions ou les planches du T.A.T..

A l'image de la discussion ouverte par M. Török et N. Abraham (1978) entre introjection et incorporation, nous pourrions dire que pour certains, les points de repères sont la trace d'une introjection manquée.

« Monument commémoratif, il marque le lieu, la date, les circonstances où tel désir a été banni de l'introjection : autant de tombeaux dans la vie du Moi » (1978, p. 238).

L'incorporation d'événements bruts permet de « refuser de savoir le vrai sens de la perte » (*op. cit.*, p. 261).

Monsieur T. utilise le magnétophone pour s'écouter et s'écoute aussi parler lorsque nous enregistrons.

« Mais le patient, lorsqu'il parle, lit ou lie pour lui-même un espace étranger, extérieur, auquel il n'aurait pas accès sans la médiation de cette lecture parlante » (J.C. Rolland, 1988, p. 111).

Madame D. a montré une difficulté particulière dans sa capacité narrative. Elle prend appui sur moi pour rechercher une manière de raconter. La difficulté d'analyse de son cas semble alors tributaire de sa disposition au récit.

Le mouvement de la parole et le déplacement de l'attention ne manifestent pas seulement le désir, mais ils le trahissent.

4.3. Les scénarii restent sous l'emprise du temps de la scène

Les scénarii individuels répétés montrent la structure d'une scène sous-jacente, organisatrice du récit. Cette scène est groupale et répond à la question de l'origine du sujet.

Comme le soulignait S. Viderman en 1970, la scène première, celle de l'événement traumatique, est à jamais inconnaissable et nous avons à faire à une reconstruction mythique du sujet. **Cependant, nous avons vu que cette scène première infiltre les récits de scénarii par sa structure formelle et par la répétition de cette structure.** Aussi la structure constante des récits de scénarii est-elle l'Indice de cette Scène hypothétique dont les éléments fixes sont des supports aux fantasmes actualisés sur la scène sociale (image du grain de sable à la perle).

Plusieurs précisions appellent la notion de temps. Temps chronologique, temps rythmique, temps des processus primaires, intemporalité de l'inconscient,... Eu égard aux investigations cliniques présentées dans ce travail et dans un groupe de paroles avec personnes SDF en cours, nous pouvons parler d'une modalité de lien entre le temps et l'espace qui laisserait envisager que l'espace serait ce qui permet d'inscrire la temporalité. En effet, la plupart des personnes rencontrées ont des repères chronologiques référés à des lieux (vécus, parcourus, habités seul ou en groupe). Bien souvent, les descriptions de ces espaces peuvent être très complètes sur le plan des objets présents (objets concrets) à défaut de qualification de vécu ou de sentiment ou de type de relation. Le temps est dans un rapport aux lieux, lieux du souvenir. A chaque fois qu'une période ou qu'un moment de vie est évoqué dans les témoignages, il a rapport à la fonction d'un lieu. Chaque étape de vie est localisée par le lieu où s'est vécue cette période (cf. Monsieur G. et ses repères de construction de maison avec chaque femme et chaque enfant, schéma n°20, chap. 3).

La question du rythme est importante dans cette clinique de la rue où le cycle paraît rendre compte d'une forme de temporalité, souvent au plus près du rythme somatique et des premières expériences corporelles. La question du lien entre temps et espace reste particulièrement complexe. Aussi aurons-nous abordé ici quelques pistes de réflexion à partir de quelques repères cliniques.

La question de la répétition et de la chronicisation ouvre la perspective d'un temps arrêté qui tourne sur lui-même. Comment comprendre la répétition de vécus douloureux qui se lisent à travers ce qui ne se transforme pas et qui se conjugue dans un présent infini ? La discussion sur le traumatisme tentera d'apporter des éléments de réponse à cette question.

5. LE TRAUMATISME COMME POTENTIALITE SUBJECTIVANTE

L'objectif est de tenter une définition de la notion, au départ médicale (blessure), du traumatisme psychique en Psychanalyse (choc violent, effraction, conséquence sur l'ensemble de l'organisation), par les différentes théories à travers une revue de la littérature et au regard d'une clinique de la rue. Cette multiplicité des formes et des circonstances des trauma laisse penser que le traumatisme est partout, qu'en est-il pour les sujets SDF ? Outre les aspects dévastateurs du trauma, j'envisagerai la dimension de potentialité subjectivante du trauma pour les personnes SDF. S. Freud relevait d'ailleurs les effets des traumatismes positifs et négatifs. La notion de traumatisme comporte donc sa part de contradiction. Comment la clinique SDF vient-elle questionner cette notion de traumatisme ?

5.1. Les débats théorico-cliniques

D'abord, il existe deux tendances quant au statut de l'événement dans le traumatisme. Une des tendances considère que l'événement traumatique peut, en lui-même, impliquer un traumatisme psychique (S. Ferenczi). L'autre tendance rend l'événement moins important que ses circonstances et le vécu du sujet (S. Freud). J. Guyotat et P. Fédida (1985) pensent qu'un événement n'est pas en soi traumatique puisqu'il n'existe pas sans la subjectivité et que le sujet lui donne toujours du sens et y connecte son vécu. De même, D. Vallet affirme que « ce n'est pas la massivité de l'événement qui le rend traumatique, mais la signification qu'il a pour un sujet à un moment de son histoire » (1997, p. 13). Les récits des sujets SDF montrent que l'impact de l'événement est à relier à ses correspondants psychiques et au mode d'organisation interne du sujet au moment de l'événement, à savoir, sa potentialité défensive en fonction de son développement.

Ensuite, deux approches méthodologiques du traumatisme sont répertoriées. La première s'intéresse aux effets du traumatisme sur les sujets ayant subis un traumatisme reconnu comme événement traumatique (guerre, attentat, torture, ce qui correspond aux situations de mise en place des cellules d'urgence médico-psychologiques...). L'étude portera sur les conséquences du traumatisme dans l'intrapsychique. L'autre approche, dans laquelle je m'inscris, repère des comportements ou des mécanismes de défense pathologiques qui *pourraient être* les effets de traumatismes psychiques. Dans cette perspective, les traumatismes (vécus) sont à découvrir et à en reconstruire les effets déclenchés par l'événement (dans une logique régrédiente). Une autre perspective pourrait être envisagée

dans cette même lignée, à savoir l'étude des facteurs anamnestiques qui ont pu jouer un rôle dans la fragilisation du sujet ayant à faire face à un traumatisme.

« Le terrain et l'événement, voilà à coup sûr ce qui encadre le traumatisme » (J. Delaunoy, 1994, p. 4).

Enfin, un débat existe à propos de la place de l'impact de la blessure physique dans le trauma. Il s'agit du débat de l'allègement ou pas du traumatisme lorsqu'il y a blessure physique. Certains pensent comme S. Freud, que la lésion physique réelle fait effet de contre-charge à l'effraction du traumatisme dans le psychisme.

« Le trauma est un événement psychique complexe, un événement qui concerne non seulement la situation, mais un sujet-dans-une-situation. L'angoisse, même si elle se définit par l'incapacité à se désigner un objet ou à construire une représentation, constitue une préparation qui atténue l'impact d'une situation traumatogène. Ce qui rend la situation traumatique, nous dit Freud, c'est le manque de préparation par l'angoisse, ce n'est pas la lésion physique » (M. Bertrand, 1995, p. 100).

Or, pour le sujet, la blessure peut servir d'indice de réalité, pour faire valoir par exemple un statut de victime. La blessure physique « provoque le surinvestissement narcissique de l'organe atteint, et souvent l'on constate que la survenue d'une atteinte physique ou d'une maladie atténue temporairement les troubles psychiques dans la mélancolie, voire, la démence précoce » (*op. cit.*, p. 100). Le contre-poids pourrait être celui de la trace dans le corps comme une réactivation, par la trace, du vécu et de l'événement du traumatisme qui empêche alors le refoulement (impossibilité d'oublier une amputation ou une cicatrice).

La clinique SDF, ancrée sur le Réel, pose la question du statut de l'événement traumatique et du poids du réel sur la réalité psychique.

5.2. La permanence dans la notion de traumatisme

5.2.1. Les points d'accord entre les différentes théories

a) On constate l'effet cumulatif ou additionnel d'événements en eux-mêmes non traumatisants, mais qui prennent sens dans une perspective traumatique pour le sujet (notion de traumatisme cumulatif de M. Khan, 1974).

b) Dans la cure et dans la rencontre clinique, le traumatisme n'existe que par son récit et peut être "deviné" par ses symptômes, par ses effets.

c) Le traumatisme reste toujours définit d'un point de vue économique comme le résultat d'un débordement, d'une tension qui a pu prendre son origine à l'intérieur ou à l'extérieur de la psyché.

d) Le phénomène de répétition est indissociable du traumatisme.

c) La quasi totalité des chercheurs constatent un temps de latence avant l'apparition des signes cliniques après un événement traumatique.

5.2.2. Caractéristiques d'un événement pathogène traumatique

« Un événement : c'est ce qui advient à une certaine date et dans un lieu déterminée » (J. Guyotat, P. Fédida, 1985, p. 1), il devient un événement mental pour un sujet avec l'élément de surprise qui comporte les caractéristiques suivantes :

a) La survenue inopinée : le moi n'est alors pas préparé, il n'y a pas d'angoisse préalable qui aurait pu faire office de signal d'alarme, effet de surprise. L'angoisse atténue l'impact de situation traumatogène en tant que préparation.

b) Élément de déchirure qui troue un espace ou une temporalité.

c) La violence même de l'événement (mais le type de violence reste à définir).

d) L'événement pathogène vient de l'extérieur, la violence vient de l'extérieur, or les rêves et les paroles entendues peuvent être traumatiques, comme une expérience intérieure de notre propre extériorité.

Il faudrait également ajouter le problème de l'indécidabilité du destin pulsionnel pour le sujet comme caractéristique des effets d'un événement pathogène.

Qu'en est-il des récits de scénarii des personnes SDF à propos de vol, de viol, de coup, de tromperie ou d'abandon ? Quel statut donner à ces récits dans la dimension du traumatisme ?

5.2.3. Types de traumatismes

a) Ceux qui atteignent l'image de soi.

b) Le traumatisme sexuel où érotisation et sexualité sont liées. Une sorte de lien existe, la liaison se fait par l'érotisation.

c) Les situations extrêmes où la survie physique est en jeu.

d) Comme moment clé pour le développement structurel du psychisme.

e) Deux grandes catégories :

- ceux qui touchent à des conflits qui relèvent d'une organisation oedipienne,

- ceux qui relèvent d'une organisation plus archaïque mettant en jeu les pulsions d'auto-conservation et le narcissisme.

Quand je parle des traumatismes des personnes SDF, il s'agit davantage de traumatismes qui ont touché leur narcissisme ou leur image de soi (même si pour Madame D., à propos de l'explosion, on peut parler d'enjeux de survie physique). Ces traumatismes peuvent être associés aux traumatismes de guerre par leur apparence de morbidité et d'horreur dans le récit, mais le sujet n'a pas été en danger de mort physique ou n'a pas vu sa mort devant lui (sauf dans le cas de Madame D.). Il a été, le plus souvent blessé et déçu par l'action d'un autre ou par la présence d'un autre, de la considération qu'il avait de lui-même (dans une situation de survie psychique). Au moment du traumatisme, le sujet apparaît à lui-même, par l'action ou la présence d'un autre (miroir) mais dans une image négative, ou différente de celle que le sujet avait de lui-même jusqu'alors (Monsieur M.), comme une délocalisation excluante du lieu pour soi. En d'autres termes, l'atteinte de l'Idéal du moi (contenu de l'imaginaire parental pour l'enfant) et du narcissisme sont les traces du trauma pour le sujet SDF. Quelle image du sujet est touchée ? Quelle instance psychique est atteinte ?

5.3. Perspective théorique éclairée par la clinique SDF

Le traumatisme n'est-il pas fondateur de l'avènement du sujet au regard de lui-même ? Le traumatisme peut être une forme de subjectivation. Le sujet prendrait conscience de lui-même dans cet affrontement extrême à l'extériorité.

« Le trauma n'est pas seulement un événement désorganisateur, mais indique une lutte du sujet pour préserver son identité » (M. Bertrand, 1985, p. 101).

La temporalité de l'origine serait introduite par là, tout en stoppant, en figeant la temporalité chronologique, c'est-à-dire en introduisant la logique de la répétition. Le sujet existe et a existé (biologiquement) dès son origine et avant que le traumatisme prenne sens comme traumatisme, mais le sujet prend à son compte son commencement (psychique) à partir du traumatisme. La naissance du sujet à lui-même dans le traumatisme intervient comme réactivation de la scène originaire, c'est-à-dire vient relire ce fantasme sur l'origine du sujet et en même temps vient arrêter le sujet dans ce temps originaire si le traumatisme ne peut pas être élaboré ou mis en travail. Mis en travail veut dire que le sujet doit pouvoir réinscrire l'événement dans une chronologie, pour lui permettre d'introduire le trou qui lui manquait dans un temps linéaire où il peut identifier un avant et un après du traumatisme.

Le traumatisme peut être l'origine pour le sujet en *marquant* son espace-temps (à l'image de Jésus qui est un repère traumatique dans l'histoire d'une partie de l'humanité, qui permet de parler d'avant J.C. et d'après J.C.). Le temps n'est pas linéaire, la temporalité du

traumatisme est paradoxale, elle condense plusieurs temps. Le traumatisme ne fait pas intervenir de chronologie extérieure puisqu'il est référé à la réalité psychique. Peut-être le point d'ancrage, de repère dans le temps n'est-il pas le même pour tous ? Pour certains la naissance, pour d'autres l'expérience du miroir, pour d'autres l'adolescence, pour d'autres le deuil, la maladie, le drame, etc. La scène répétée par Monsieur B. initialise sa vie de SDF, comme si tout commençait là. La scène du vol de la sacoche vient faire écran à tout traumatisme antérieur inscrit dans la vie du sujet, non retrouvée car trop douloureuse. Madame L. présente ses difficultés inscrites dans une première scène de violence : un viol collectif. Cette scène est rappelée en fin d'entretien comme si je ne devais me rappeler que de cela. Cette scène initialise les difficultés de Madame L. dans son discours, elle intervient comme écran à d'autres scènes par sa position d'immédiateté dans l'entretien et par son omniprésence dans le récit. Ce trauma reste fixe car il a une autre fonction en tant que fonction paradoxale de liaison avec un caractère non lié. Le trauma perdu est non représentable alors le sujet le cherche là où il y a des traces (ramassage des objets par exemple).

C'est le choc et la sidération de la rencontre violente et dans la souffrance du sujet avec un élément de son extériorité, qui le fait apparaître à lui-même. C'est dans cette cassure où l'événement, le fantasme ou le rêve introduit du décollage, de la séparation d'avec soi-même que le sujet prend conscience de son existence autonome. "Le traumatisme comme potentialité subjectivante" peut intervenir comme un commencement de réorganisation psychique.

Avec le traumatisme, le sujet assiste à sa propre naissance (d'où l'hypothèse de O. Rank¹³⁵). La naissance du sujet au sujet comme quelque chose qui vient de l'extérieur provoque le sentiment d'inquiétante étrangeté. Le sujet peut s'identifier ou non à cette part d'étrangeté¹³⁶. Je reprendrai la logique repérée dans les discours qui guide le sujet à une identification en collage avec ce que lui impose le trauma :

- « ça ne m'est pas arrivé à moi » : défense, déni, projection, clivage,
- « ce n'est pas moi qui suis handicapé ou malade »,
- « or, je souffre et je ressens une douleur insupportable » : découverte, émergence du sujet souffrant (par fois par le corps souffrant),

¹³⁵Rank définissait le prototype du traumatisme par l'acte de la naissance (1909). Je dirai plutôt que tout traumatisme fait acte de naissance, de naissance du sujet à lui-même.

¹³⁶Avec l'automatisme de répétition, le psychisme se manifeste comme autonome, comme un corps étranger qu'on ne peut maîtriser.

- « je suis cette douleur, je suis un handicapé, je suis un exclu » : reconnaissance et acceptation du sujet perçu dans la douleur,

- « je suis le handicap, je ne suis plus que ça » : identification au traumatisme, assimilation pathologique.

Avec la découverte du sujet souffrant, la scène originale est réinterprétée, « je croyais cela, or j'éprouve autre chose et donc je m'éprouve ».

A ce moment-là, deux solutions défensives face à la souffrance :

1 – « je m'isole et me protège en niant cette souffrance que je vis ou que j'ai vécu ». La solution du déni et de l'isolement. Le déni n'est pas valable du point de vue de la défense, puisque le clivé réclame son intégration dans la psyché et fait retour par des détours sur d'autres registres : corporel, cognitif. La valeur exponentielle du déni conduit le sujet à l'isolement et au repli sur soi (cf. la clinique des personnes isolées dans la rue).

2 - identification en miroir, collage avec le traumatisme, « je suis le traumatisme » au lieu de « je l'ai vécu » (Madame D. par exemple). L'effet de collage ou d'identification avec ce qui a été dit au sujet de *son* traumatisme, conduit le sujet à s'identifier à son histoire au point de devenir cette histoire ou cet événement traumatique (Monsieur M. devient le bébé dont la mère est morte à sa naissance). Mais cette solution défensive mène sur la voie de la répétition traumatique qui ne convertit pas la souffrance et limite l'existence autonome du sujet. La séparation¹³⁷ n'est pas possible puisque le sujet reste dans une logique de la rupture où il détruit quelque chose en lui, la possibilité d'introduire la séparation sans la cassure interne. La mort interne de quelque chose vient à la place de la séparation de deux entités identifiées comme différentes.

¹³⁷ Rupture et séparation. Dans les définitions de la rupture (*ruptum, rumpere*), un danger de mort existe, ainsi qu'une notion de brisure, de cassure irréparable, qui annule, qui annihile. Avec la rupture, le processus est interrompu par une faille, une déchirure. La notion de séparation (*separatio*) rend compte de deux entités préalablement distinctes qui s'éloignent l'une de l'autre, qui s'isolent alors qu'elles faisaient partie d'un même mélange. Les définitions de la séparation sont presque toujours accompagnées d'un complément et se trouvent essentiellement dans le domaine de la juridiction du mariage, du couple, c'est-à-dire d'une union entre deux personnes. A un niveau intrapsychique, la séparation fonctionne comme processus central dans l'individuation et l'autonomisation du sujet. Mais on voit avec ces définitions que la séparation implique déjà la reconnaissance de l'autre comme différent de soi. La rupture, quand à elle n'appartient pas au développement subjectif. Elle ne met pas en jeu une dualité, mais elle intervient plutôt comme une cassure interne où quelque chose est anéanti, détruit, mort, les liens sont cassés, détruits.

Entre les deux, il y a une potentialité d'accès à la subjectivité dans l'extrême de la souffrance. Les personnes SDF utilisent ces deux voies défensives où le traumatisme persiste dans les actes et dans les modalités de liaison avec les nouveaux objets, et, où le sujet se replie sur lui jusqu'à l'isolement complet et se met en danger de mort. Si la séparation n'est pas possible et si la rupture succède à la rupture, nous pourrions penser à une difficulté primaire du sujet. Ainsi, les divorces ou les séparations dans les couples (Monsieur G.), la perte du travail (Monsieur P.), ces événements seraient alors vécus comme traumatiques et impliqueraient une rupture interne qui ne pourrait s'inscrire dans la séparation de deux entités distinctes. Cette définition du traumatisme révèle l'implication de la partie psychotique de la personnalité quand le trauma ne peut s'organiser en un événement de séparation et d'autonomisation du sujet. Pour le SDF qui erre, l'errance peut représenter l'effet pathogène du trauma, dans le sens où le temps effracté, le point de chronologie introduit par le traumatisme, sert de point de butée à l'évolution du sujet. Monsieur N. ressasse son internement abusif et le vol de son argent, il y associe une date fixe. **Il existe une anamorphie entre la fixité du psychisme et l'errance dans la fixité et la régularité des parcours dans l'espace.**

5.3.1. La fonction du récit du traumatisme

Il existe une différence entre parler de quelque chose et s'en défaire : raconter, transmettre est différent de l'extérioriser et cela ne permet pas au sujet de s'inscrire dans cette scène "affaire du sujet".

Il ne faut pas oublier que dans la cure, il y a une attraction, une fascination du traumatisme, ce qui conduit souvent à en faire une fausse origine, comme si tout devait se construire à partir de ça. C'est le cas pour les personnes SDF. Elles usent du récit du trauma comme une fascination pour expliquer les causes. Ce traumatisme attracteur a une fonction de couverture du traumatisme originaire, duquel le traumatisme raconté vient reprendre l'architecture et la structure. C'est ce que nous ont montré les différentes analyses des récits de scènes dont la structure constante révélait un fantasme originaire en défaut de construction. Le récit du trauma permet donc une circulation du traumatisme.

Nous avons vu les effets de l'implicite avec le cas de Monsieur T.. Ce qui est de l'ordre de l'implicite révèle le traumatisme, il appartient au non-dit. La période de prostitution et l'explosion pour Madame D., la rythmicité et le cadre pour Monsieur T.. Ce trauma se situe dans le registre du primaire, « il manque la base » dirait Monsieur T., « il manque le lien » dirait Madame D..

Monsieur T. et Monsieur A. commencent les entretiens avec moi en me montrant les éléments les plus élaborés, ce qui correspond à ce que j'ai pu repérer comme première phase narcissisante et séductrice du transfert. Cette observation renvoie à l'image des couches successives du psychisme (cf. 4.3. Une conception géographique de la psyché, chap. 1). En même temps, la plupart des récits comportent ce que j'appellerai "une réalité dure", dans laquelle les faits sont racontés parfois sans affects ou émotions.

« Si les événements de vie apparaissent comme des faits, on constate que souvent des sentiments d'abandon, de perte d'espoir, le sentiment d'être sans ressources, désarmé leur sont associés » (J. Guyotat, P. Fédida, 1985, p. 13).

5.3.2. Le vécu subjectif du trauma

Le vécu traumatique des personnes SDF est caractérisé par l'effraction, la sensation de coup, de choc et la conséquence en est le vécu de chute sans fond. Ceci est également repéré dans le travail de D. Derivois (1999) avec des patients alcooliques incarcérés.

Le vécu subjectif des sujets SDF n'est accessible qu'à partir des formes verbales ou de la nature des images employées dans le discours (image de la terre glaise par exemple). Monsieur M. illustre comment un événement induit le départ de soi-même vers une chute à partir des formes verbales : "j'suis tombé", "j'suis parti".

Trois étapes et trois vécus additionnels peuvent être repérés : 1. le choc, le coup, l'effraction, 2. la chute, 3. le départ, l'évaporation.

L'errance et l'alcoolisme viendraient donner forme par la scène à des vécus corporels très archaïques (de l'ordre du portage et des soins maternels). Le symptôme figure un état de la consistance de la psyché. La contenance est mise en défaut et le sujet SDF cherche d'autres contenantants qui correspondent à la forme de sa psyché : liquide, gazeuse, diffuse, évaporée.

5.3.3. Inadéquation topique entre deux scènes

D'après les récits d'événements traumatiques sous forme de récits de scénarii, les sujets SDF montrent ce qui fait au fond trauma. Le trauma serait provoqué par l'inadéquation entre deux positions subjectives, l'une appartenant à la topique interne du sujet et l'autre introduite sous l'effet d'une autre subjectivité. Ce serait alors la confrontation entre les deux structure de liens qui introduirait une hors-place du sujet.

A travers les cas cliniques explorés et les nombreuses rencontres informelles des personnes SDF, je voudrai ajuster la troisième hypothèse explicative (cf. 5.2.4.2. L'effraction

traumatique sur la configuration des groupes internes et sur la position subjective, chap. 1). En effet, lorsque je parle de l'exclusion originaire du sujet, il ne s'agit pas de montrer qu'il est socialement exclu depuis sa naissance, mais plutôt de montrer comment, les événements psychiques atteignent la position interne du sujet dans sa représentation de ses groupes internes. La confusion qui existe entre l'espace imaginaire individuel et le mal-être psychosocial occasionné par les désétayages de la réalité sociale, envahit la personnalité jusqu'à certains accès de dépersonnalisation. Nous avons vu pour le cas de Monsieur F., comment dans sa propre lecture, dès l'origine, il se constitue comme exclu de son groupe primaire (cf. 5.4. De l'effort de mémoire à la construction d'un roman familial, chap. 4). Tant il a intériorisé ce modèle qui le fonde, il ne peut que répéter cette place psychique.

« Mais celui qui se constitue par l'exclusion perd alors son nom pour devenir un pur corps » (O. Douville, 1994 d, p. 483).

Pour discuter cette hypothèse de l'exclusion originaire du sujet, nous pourrions aussi emprunter l'idée d'un *exil intérieur*.

« *Exil de l'intérieur* : nom et position subjective et d'un aspect de malaise dans le lien, signe d'une forme de psychopathologie contemporaine du lien, rendant inconsistante la saisie de l'altérité » (O. Douville, 1997, p. 66).

L'implication de cette exclusion du sujet de lui-même, le pousse à une quête d'une scène *réparatrice* pour une rencontre avec un objet fiable à intérioriser. Pour certains, il pourrait s'agir d'une errance qui a pour fonction de « rejoindre l'exception afin d'éviter la rencontre » (O. Douville, 1994 b, p. 116). Ce serait le cas de Monsieur T. qui cherche désespérément comment s'accrocher à un objet qui lui donne la vie, qui donne un objet à son désir. « Car l'errance n'est-elle pas aussi une quête infinie de l'objet perdu ou d'un objet qui n'a jamais été là? » (F. Goldberg, 1994 b, p. 94). M^{elle} A. serait aussi dans une errance qui lui permet de ne pas choisir entre son père et sa mère ou entre devenir une femme et rester un enfant. Le sujet est en quête d'une scène en vue d'un réétayage. Ces problématiques conduiraient alors à un achoppement de l'intériorisation d'une scène satisfaisante, le sujet se situant paradoxalement devant un choix impossible : en même temps, trouver une scène et un dispositif de figurabilité adéquats (scènes du corps, scènes de la rue, scènes du groupe), et rendre vivant ou moins dangereux ce qui a été intériorisé comme objet. L'errance est « aussi une mise en acte logique dans une spatialité imaginariée, de la rencontre avec un impossible » (O. Douville, 1994 b, p. 124).

La clinique montre que ce n'est pas la souffrance psychique du sujet SDF qui est spécifique, mais son mode d'expression. Ces sujets présentent une difficulté d'inscription

dans l'ordre symbolique depuis l'enfance parfois qui est renforcée par les événements et les drames de leur histoire subjective. La perte des papiers d'identité comme nous l'avons vu, devient un fait signifiant de la clinique factuelle, comme symptôme de cette difficulté d'inscription au champ symbolique.

Les résultats du champ exploratoire montraient le lien entre les récits de scénarii et le traumatisme relevant d'une scène originaire en essai de figuration (cf. 5.6. Les constantes à travers les témoignages uniques, chap. 3). La constante de la représentation de la rupture dans ces scénarii orientaient vers une figuration d'un choc psychique dû au trauma. Reprenons quelques illustrations de la clinique pour argumenter l'inadéquation topique des deux positions subjectives intra-groupes internes.

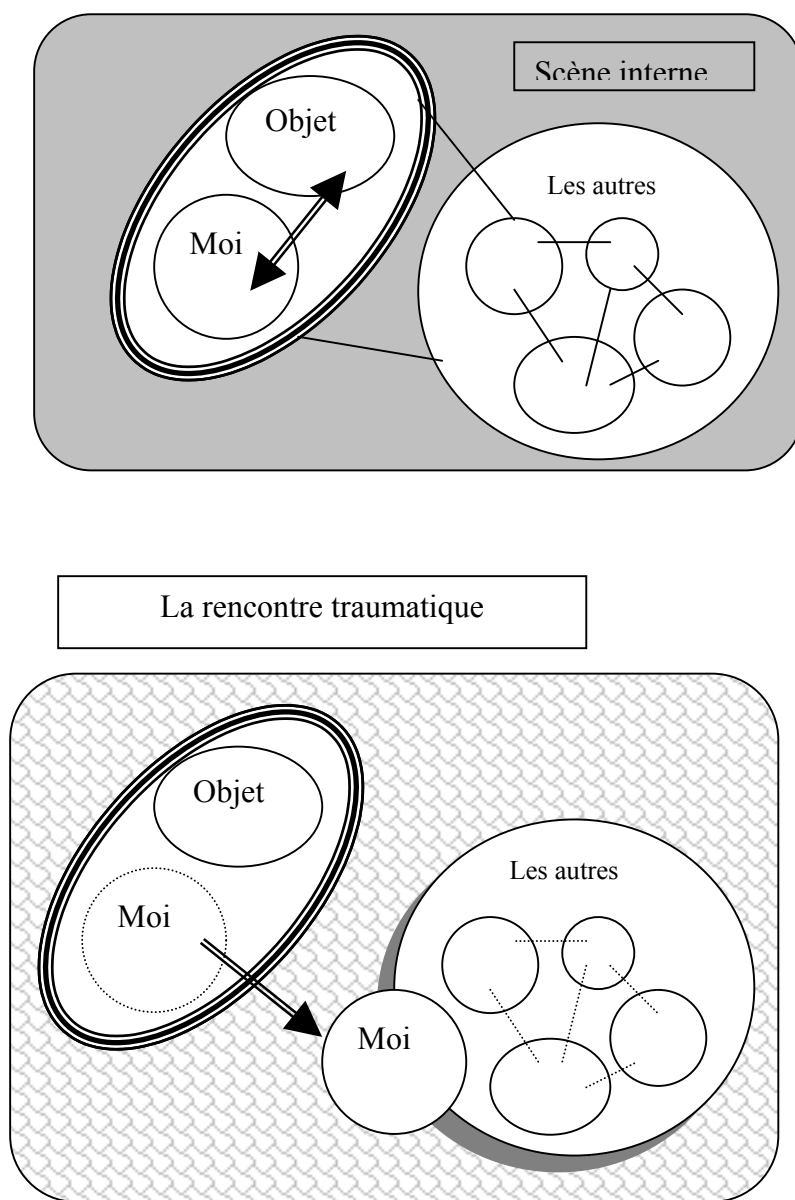
Les scènes traumatiques montrent un effet de délocalisation psychique du sujet qui induit le départ de lui-même. C'est le cas de monsieur M. qui se trouve délocalisé soudainement sous l'effet du coup de bâton de son père (cf. 5.3.3. La scène fondatrice du départ : "Scène du coup de bâton du père", chap. 3). Madame L. se vit *prise pour une autre* au moment du viol collectif commis par l'intermédiaire de son petit ami (cf. 5.1.3. Le corps effracté dans la scène initiale, chap. 3). La tromperie et le mensonge viennent donner corps à de tels vécus de délocalisation psychique. Il en va de même pour Monsieur B., volé au cours d'une rencontre anodine (cf. 5.2.4. La scène initiale du vol : négatif du fantasme originaire de castration, chap. 3).

Notre hypothèse centrale (cf. 5.1.1. Une hypothèse centrale, chap. 1) mettait l'accent sur le désétayage des groupes internes transféré dans l'environnement dans le but de traiter ce désétayage. Nous pourrions dès lors proposer une analyse plus fine à partir de l'inadéquation topique entre deux scènes qui entrent en collusion (cf. schéma n°24).

En reprenant le modèle de J. Bleger (1967) et du fond symbiotique nécessaire à toute base de l'identité en tant qu'il reste toujours actif, nous pourrions dire que **ce fond de symbiose est mis en défaut à partir de la déliaison introduite par le trauma**. Ce fond indifférencié, basé sur la symbiose d'avec l'objet premier d'amour (même s'il n'est pas constitué en tant que tel) ne va pas permettre l'étayage des groupes internes et la différenciation du sujet.

Le sujet est coupé de ce fond avant même qu'une différenciation suffisante ait été introduite. C'est ce dont témoigne Monsieur T. lorsqu'il évoque des « fondations nases » ou la « terre glaise ».

Schéma n°24 : Inadéquation topique entre deux scènes



Le fond symbiotique est constitué plus ou moins suffisamment à partir du lien privilégié entre Moi et Objet, sur lequel s'appuie l'organisation des groupes internes (Les autres) en lien avec Moi et Objet selon une certaine structure (ici indéfinie). Les autres sont ici des préformes d'imagos ou de la figure de l'autre.

Sous l'effet de la rencontre traumatique, l'objet d'investissement renvoie à Moi qu'il n'est pas à sa place, il devient un des autres. Ceci induit une déliaison dans les groupes internes et un désétayage du fond symbiotique. Moi ne sait plus où est sa place et va se mettre en quête d'une autre scène et d'un autre objet symbiotique.

Cette schématisation introduit les démonstrations suivantes à propos du mécanisme de périphérisation topique (schéma n°25) et de la recherche de l'objet de recours narcissique (schéma n°27).

5.4. Le traumatisme et la répétition du trauma

Nous avons constaté une répétition des situations traumatiques dans laquelle le sujet revit son exclusion, son rejet ou son abandon. Pour les personnes SDF, la répétition du traumatisme se fait en acte, il est mis en scène sur des supports externes et collectifs. Pour R. Kaës, « le besoin de traumatisme est une façon de rendre compte d'une mise en défaut de la capacité du préconscient à exercer ses fonctions métaphoriques » (1994 a, p. 167).

La répétition du traumatisme est envisagée pour tenter de lier l'excitation du premier traumatisme. Mais « l'appétence pour le traumatisme me paraît, dans certains cas, aller au-delà de cette tentative de liaison ; je dirai que la visée est plus radicale : il s'agit pour le sujet, au moyen d'un traumatisme, de tenter de reconstruire l'enveloppe effractée [...] la *visée poursuivie par la recherche du traumatisme serait ainsi anti traumatique* » (C. Janin, 1996, p. 26). La construction d'une enveloppe psychique de substitution sera approfondie dans la démonstration du mécanisme de périphérisation topique (cf. 6. Du mécanisme de périphérisation topique à une topique spatialisée, chap. 5). Aussi, la répétition du traumatisme et la recherche de cette répétition n'entrent pas dans la catégorie du masochisme (cf. 2.2. La question du masochisme, chap. 5), mais relèvent bien d'une visée organisationnelle du sujet face à des défaillances internes.

Dans le récit, la répétition de la forme du récit d'une scène traumatique, montre que c'est la structure de la scène qui se répète, comme nous l'avons vu. Et à travers elle, les affects et les sensations vécus par le sujet sont ressentis mais de manière inversée, dans une sorte de tentative de maîtrise après-coup du trauma. *Les protagonistes de la scène interne sont transférés sur des figures attractives par certains traits ou caractéristiques de fonctions* (je ne repère pas l'attraction par des traits perceptifs) *ou de forme* (comme premier percept). Pour Madame L., le garçon amoureux devient le chirurgien accoucheur, le groupe de violeurs devient l'équipe médicale. Le transfert de groupe à groupe avait été repéré ainsi que la figure du violeur transférée sur celle de l'accoucheur par une identité de place auprès de Madame L..

Dans les actes : l'exclusion, l'expulsion est remise en scène à chaque rencontre, à travers la dynamique de l'échec. Monsieur G. est condamné pour bagarres ce qui se répète. Il est de nouveau incarcéré. Il répète aussi les divorces dans une tentative de se défaire de l'omnipotence maternelle. Monsieur M. répète la tromperie : trompé par son père, il trompe sa femme. Dans les actes, il y a la répétition à l'identique du même processus.

Dans le récit le sujet peut se réapproprier une part de maîtrise à travers ses paroles. Nous pouvons conclure que **la répétition est à l'identique dans les actes et qu'elle est inversée dans le récit**¹³⁸.

Dans le groupe et dans la rue : Les scènes intérieures sont transférées, transposées dans le groupe et le sujet y répète, y rejoue sa position au moment du traumatisme, telle qu'il l'a ressentie (et pas pu se la représenter), tantôt victime émissaire, tantôt bourreau et manipulateur (Monsieur A. par exemple). Le groupe est alors le lieu de réactualisation du traumatisme et aussi une tentative de restructuration par contre-investissement contre le retour du traumatique. Economiquement, le groupe est investi et l'excitation est retirée à la trace mnésique. Pour R. Kaës (1994 a), l'excès d'excitation dans la *coexcitation désubjectivante*, tente de supprimer la source en entretenant l'excitation.

Dans la rue, les traces réelles (faire le tour, être sur la trace de) sont investies à défaut d'investir les traces mnésiques. Ces traces sont non symbolisées, elles sont comme des empreintes réelles qui servent à la figuration des éléments internes. Ainsi, la rupture avec l'origine est réactivée sans cesse, conduisant ainsi à se priver de ses propres racines. Le vécu traumatique est soumis à la répétition elle-même. Pour R. Roussillon « l'agonie et les défenses contre l'agonie tendent à se répéter aussi » (1996, p. 102).

Comment supporter cette répétition dans le lien avec la personne SDF ? Les acteurs terrain en souffrent et s'interrogent sur leur fonction dans un tel processus. R. Roussillon précise les qualités de l'environnement pour qu'il devienne symboligène en envisageant la répétition comme « une particularité de leur processus intégratif » (1996, p. 102) qui conduit l'objet à vivre « une épreuve de patience » dit-il.

Ne peut-on pas alors envisager cette répétition de la recherche du vécu traumatique dans la dynamique de procédés calmants ? La raison de cette nécessité de répétition sur d'autres scènes aurait alors pour fonction de donner un objet à une angoisse de détresse diffuse qui préexiste (*Hilflosigkeit*).

¹³⁸ Nous pourrions à partir de là, tenter une analogie prudente avec ce que C. Lévi-Strauss repère à partir de la structure des mythes (1955, 1956) comparée à celle des rituels. L'auteur interroge l'idée selon laquelle le mythe et le rite sont dans un rapport d'homologie. Or, il constate que tous les mythes ne correspondent pas à des rites et inversement. La relation entre mythe et rite serait plutôt de l'ordre d'une série d'opérations : « permutations ou transformations, où se trouve peut-être la raison du redoublement » (1956, p. 258). Pour lui, certains mythes représentent une *permutation* de certains rituels de la même tribu, mais aussi de ceux d'autres populations. N'existe-t-il pas, pour le sujet SDF, un rapport d'inversion entre la répétition à l'identique dans les actes (qui serait de l'ordre du rite) et la répétition dans le récit (qui serait alors de l'ordre du mythe) ?

« L'existence de procédés autocalmants est une conséquence de la défaillance de la constitution d'un système psychique de défense contre la détresse, et de l'échec de la fonction maternelle à atténuer l'angoisse de son enfant » (G. Szwec, 1993, p. 40).

Avec les procédés autocalmants, la présence de la mère est maintenue dans le registre perceptif, les traces de la présence n'ont pu être intégrées.

Le traitement de l'environnement est particulier. Dans l'environnement se trouve ce qui aurait du être refoulé. Ainsi, il est devenu hostile, il est le lieu de la perception traumatique non représentée qui se traduit en angoisse diffuse et en effroi (cf. S. Freud, 1919 a). C'est pour s'en protéger que le sujet utilisera des procédés autocalmants et aura à portée de main des objets contra-phobiques (cf. 1.2.1.1. Organisation groupale phobique, chap. 3).

Le corps, en tant que machine opératoire a la double fonction d'exorciser le retour d'une perception traumatique et de la maîtriser. Les procédés autocalmants ont cette fonction dans les comportements qui visent compulsivement à vivre des états de détresse. G. Szwec pense que les adultes qui se retrouvent en situation de survie tente d'aider les nourrissons désespérés qu'ils ont été en cherchant à exorciser les états de détresse qu'ils ont vécus. Les personnes qui répètent leurs traumatismes sont appelés traumatophiles. Cependant, les tentatives font resurgir le traumatisme et son effroi.

« Les sensations violentes recherchées sont donc [...] à comprendre comme des substituts au masochisme érogène » (G. Szwec, 1994, p. 757).

5.5. Une perspective quantitative du traumatisme

Le traumatisme pour M. de M'Uzan est une situation « où le sujet est hors d'état aussi bien d'élaborer l'excitation que de la décharger » (1984, p. 131). L'auteur fait une précision centrale pour notre clinique et distingue une incapacité à décharger qui se traduit par le passage à l'acte et une incapacité à suivre le régime économique du principe de constance. Ce qui signifie pour la clinique SDF, que le mode de décharge automatisée à travers la marche, notamment, et d'autres comportements, suit en apparence le principe de la constance qui s'origine dans un passage à l'acte en tant qu'inscription originaire du mode de décharge face à un débordement d'excitation. C'est la répétition de cet acte originaire qui peut donner à l'existence du sujet une sorte de "style" comme le dit M. de M'Uzan. On voit que pour certaines personnes SDF, *l'acte originaire de réponse à un trauma peut être la fugue*. Le comportement de quitter la situation identifiée comme traumatique sera alors répétée dans l'errance qui deviendra une fugue systématisée, un passage à l'acte constant. C'est le cas de Monsieur T. qui fugue lorsqu'il est adolescent, cet acte est le signe déclencheur de sa marginalisation en tant qu'initiateur de son départ spatialisé. Même si d'autres trauma ont

précédé à sa fugue, c'est à une situation spécifique dans l'environnement familial que correspond ce type de réponse à une excitation excessive, sans autre recours possible alors.

Pour M. de M'Uzan, « la nature du traumatisme est presque indifférente; peu importe également que l'origine en soit interne ou externe, il n'est pas toujours possible de le discerner. Seule compte la quantité d'excitation engagée » (1984, p. 132). Ce qui fait trauma est la quantité d'excitation qui risque d'altérer les frontières du moi lorsque celle-ci atteint une certaine intensité. C. Janin surenchérit pour dépasser le débat de l'importance de la réalité de l'événement traumatique (cf. 4. Problématisation et champ conceptuel, chap. 1) :

« Tout événement réel, quel qu'il soit, est cause d'une excitation psychique qui, du fait de la coexcitation, est vécue sur le mode libidinal, à condition que cet événement bouleverse de façon suffisamment importante l'homéostasie de l'appareil psychique » (1996, p. 38).

C. Janin précise d'ailleurs : que le traumatisme intervienne soit par manque d'excitation originaire vécu comme excès, soit par excès d'excitation originaire interprété comme un manque, le sujet se trouve en difficulté pour lier l'excitation interne produite par la situation traumatique quelle qu'en soit la source (carence ou sur-stimulation). Souvent dans la clinique SDF et pas seulement, la source du traumatisme en manque ou en excès d'excitation reste indéfinissable, mais l'excitation, parce qu'elle ne peut être qualifiée (localisée), sera vécue dans l'après-coup comme un trop plein d'excitation (Monsieur T., M^{elle} A., Madame D.). Cette indistinction de la source du traumatisme correspond à ce que C. Janin appelle le *traumatisme paradoxal* qui contient le *noyau chaud* et le *noyau froid* du traumatisme « sans qu'il soit possible de les distinguer l'un de l'autre » (1996, p. 40) dans le troisième temps du traumatisme.

Cette effraction sera effective si une première distorsion préexiste à cette surexcitation. Cette distorsion serait de l'ordre d'une première confusion dans la différenciation entre le dehors et le dedans, ce qui produit cet effet de débordement du moi par l'événement potentiellement traumatique. Face au trauma, le sujet est condamné à des réactions comportementales, en dehors de toute possibilité de défense de l'ordre des symptômes névrotiques.

Ces modes de réactions au trauma dans le registre comportemental ne font pas intervenir le principe de plaisir, leur fonction tendant à ramener le niveau d'excitation à zéro. La difficulté étant de faire cesser la situation traumatique, de s'en extraire. Les procédés autocalmants réduisant l'excitation par une surenchère de l'excitation dans un processus exponentiel excluent de même le plaisir de la décharge ou la jouissance d'un passage à l'acte.

Nous avons constatée l'absence de signal de douleur à propos du corps, de même que l'absence de l'angoisse signal d'alarme. Pour M. de M'Uzan, « quand l'accident traumatique met en jeu des quantités d'excitation qui, vu leur énormité, sont impossibles à intégrer, à élaborer et hors de l'état de se décharger physiologiquement, la situation devient littéralement sidérante. La détresse l'emporte alors que le danger, et les bases du dégagement ultérieur de l'angoisse, donc d'un signal d'alarme font défaut. Si le trauma doit se répéter, le sujet non averti par l'angoisse et de ce fait désarmé, en prendra la charge de plein fouet » (1984, p. 137). Le vécu de détresse a annihilé la possibilité pour le sujet de se construire son signal d'angoisse préparatoire à une situation de débordement. On observe alors des conduites répétitives dans des circonstances similaires dans lesquelles le sujet revit une détresse profonde et toujours non transformable.

6. DU MECANISME DE PERIPHERISATION TOPIQUE A UNE TOPIQUE SPATIALISEE

Les résultats de la clinique exploratoire (cf. chap. 3, première partie) aboutissaient à la proposition d'un modèle explicatif de la périphérisation de la topique subjective dans l'espace de la rue par le **mécanisme de périphérisation topique**. La clinique au long cours permet maintenant d'affiner ce modèle et de le compléter. Je reprendrai dans un premier temps les mécanismes qui composent la périphérisation topique, à savoir le dépôt, la localisation, la diffraction et le transfert des contenus psychiques dans le monde extérieur avant d'en spécifier le contenu.

6.1. Les indices du transfert dans l'espace

Pour comprendre le transfert dans l'espace extérieur (ville, rue), trois types d'indices cliniques ont été utilisés : le dépôt d'objets durs dans l'espace de la ville, la diffraction dans les groupes de SDF et le transfert de liens dans la relation avec le clinicien chercheur. Ces indices seront interrogés par un découpage du transfert à travers des indicateurs théoriques.

6.1.1. Le dépôt

Il existe plusieurs modes d'errance en fonction de l'indice du dépôt.

1. *Le syndrome escargot* : tout garder sur soi, pas de possibilité de dépôt, quête d'un contenant pour le dépôt d'un contenu. Le sujet risque, avec ce système "autistique" une auto-intoxication (retrait en dedans).
2. *Le mécanisme de périphérisation topique* : la relation secondaire est possible à partir d'un dépôt localisé. Les objets internes et les groupes internes sont diffractés dans le monde extérieur et localisés en des lieux fixes et géographiquement repérables. Par le parcours dans l'espace de la ville, dans l'espace du quartier, le sujet relie ces différents points de nouage (interne/ externe, réels/ fantasmatiques).
3. *Le processus d'amputation psychique* : le dépôt est effectué mais sans relation secondaire. Les parties du moi sont diffractées dans l'espace dans une tentative de lutte contre le retour du clivé : clivage en acte, clivage corporel (amputations corporelles). Les parties internes endommagées sont localisées et déposées dans l'espace et définitivement abandonnées. Ce processus est contenu dans la procédure ¹³⁹ de décontamination par abandon.

¹³⁹ Rappel des procédures identifiées à propos des groupes SDF (chap. 3) :

« L'événement traumatique laisse croître la tension pulsionnelle en place de façon telle que le sujet se voit contraint soit de sacrifier, de s'amputer d'une partie du moi, modifier sa consistance, soit de décharger sur place cette tension » (B. Duez, 1999 b, p. 6).

6.1.1.1. Le dépôt en tant qu'indice du transfert

Dans la clinique SDF, le dépôt (du verbe *poser*) le plus évident est le dépôt d'objets réels : sac à dos, bouteille, sac plastique, valise, etc. C'est en observant ce dépôt dans la rue et dans certains lieux électifs (institutions ou lieux de la rue privatisés) qu'il prend son incidence clinique tant ce factuel est significatif du processus de la vie psychique du sujet SDF. Devant ce phénomène massif et non aléatoire, j'interroge la valeur psychique de ce dépôt en acte, ainsi que la valeur des lieux de dépôt et des objets déposés. De plus, coexiste le dépôt d'objets psychiques (histoire personnelle, souffrance, plainte) sur des personnes. On peut alors mettre en lien ce type de dépôt avec le dépôt agi, en distinguant les dépositaires, le déposé, et le déposant. **Le dépôt d'objets réels serait alors une pré-forme du dépôt d'objets psychiques.** L'enjeu est de décrire la spécificité du dépôt d'objets externes comme représentant du lien du sujet à ses objets internes et à leur organisation de liens. Retenons cependant l'objection fondée de R. Kaës quant à l'assimilation de l'objet externe à l'objet interne.

« L'idée que le lien à l'objet externe est marqué par la relation d'objet a pu conduire à penser de manière simpliste que l'objet externe *représente* l'objet interne » (1996 a, p. 64).

Ce raccourci théorique ne prendrait alors pas en compte la vie fantasmatique des objets de l'environnement, alors qu'il existe une résonance et des interférences dans l'appareillage des subjectivités des objets.

Procédure 1 : la fuite, le déménagement par abandon des lieux et des affaires intoxiquées imaginairement.

Procédure 2 : l'aménagement dans l'espace du groupe d'un lieu de décontamination.

Procédure 3 : intervention d'un tiers qui contraint au déménagement, induit la décontamination par vidage.

6.1.1.2. La théorie des trois D de E. Pichon-Rivière

Même si R. Kaës (1994 b) et E. Pichon-Rivière (1971) ont une manière différente d'aborder le groupe, c'est-à-dire dans le sens de la psychanalyse à la psychologie sociale pour E. Pichon-Rivière et inversement pour R. Kaës, certains concepts sont proches et décrivent la même réalité. R. Kaës (1994 b) signale ainsi la théorie des trois D de E. Pichon-Rivière comme un approfondissement de la notion de dépôt. La théorie du dépôt a été pensée par E. Pichon-Rivière dans le cadre des groupes :

« ...les dépositaires (le groupe) confient le fantasme commun (le déposé) dans le déposant (le patient) » (R. Jaitin, 1994, p. 176).

J'aurai alors à ajouter à cette terminologie du dépôt la proposition d'un D supplémentaire, celui de la déposition. **La déposition rendrait compte du mouvement dynamique qui met en lien les trois termes proposés par l'auteur.** Le Déposant étant le sujet qui dépose, le Dépositaire serait le réceptacle du contenu déposé, c'est-à-dire le Déposé, la Déposition donnerait la structure du lien que le déposant entretiendrait avec le dépositaire directement porteur du déposé. Se pose alors la question du choix du dépositaire et comment celui-ci se prête à porter quelque chose pour un autre et à le transporter (on rejoint ici la notion de fonction phorique développée par R. Kaës), avec l'idée d'une complaisance du dépositaire.

Le dépôt est le processus psychique qui rend compte d'un mouvement psychique conscient ou inconscient agi par un sujet à propos d'un objet interne ou externe dans un espace potentiellement porteur de l'objet.

La déposition est le mode de dépôt d'un objet externe ou interne dans un espace dépositaire (environnement, personne, groupe). La déposition est aussi un terme juridique : "faire une déposition". Il s'avère, à ce sujet, que les personnes SDF manifestent une difficulté à "porter-plainte" pour eux-mêmes. Lors d'agression ou de vol, très rares sont les dépôts de plaintes en bonne et due forme. Madame B. demande le conseil et l'intervention de son éducateur pour faire une *déposition* à l'occasion d'un vol commis par un autre SDF. La difficulté de cette démarche de reconnaissance d'un préjudice déposé, localisé dans un lieu représentant la loi, renforce l'idée d'un contrat implicite où le préjudice ne peut être symbolisé, transformé et reconnu, s'il n'est pas tu. Dans ce pacte dénégatif, le déposant est lui-même assujéti à une logique de l'ensemble à défaut d'une logique personnelle. Ceci fait référence à l'origine du processus de dépôt pour le sujet : celui qui dépose, le déposant a été lui-même un dépositaire contraint par la force toute-puissante d'un autre. C'est le cas pour

Madame B. qui a subi le dépôt forcé de son agresseur, d'où sa difficulté à déposer au bon endroit (sur l'éducateur au lieu du commissariat). Cette logique est celle du déposant - dépositaire et successivement. Ce qui ne se modifie pas est le déposé qui est toujours un contenu violent et agressif dont il faut se défaire car il est envahissant à l'état brut. Dans un autre champ, cette perspective permettrait une relecture des comportements psychopathiques. C'est aussi une autre manière de lire la transmission transgénérationnelle dans une perspective verticale. Il s'agirait ici d'une transmission de la vie psychique horizontale, c'est-à-dire dans le groupe de semblables (par transferts latéraux).

Le déposé est l'objet déposé ou la configuration topique de liens entre les objets, c'est la valeur psychique de l'objet déposé. L'objet réel n'a pas forcément de valeur en soi, il peut être une valise, un sac en plastique, ou autre chose. Ce qui est important est le lien que le sujet entretient avec cet objet qui lui confère une valeur psychique, de contenance, d'étayage, de mémoire, de représentant d'un espace privé, etc. Cependant, on remarque que les objets réels auxquels les sujets sont attachés affectivement ont souvent une fonction manifeste de contenant (valise, sac à dos, « Valoche »).

Le déposant est le sujet qui a une nécessité d'évacuer un contenu psychique et qui n'a pas la possibilité de refouler. Il doit donc localiser l'objet troublant ou source de troubles dans le monde environnant.

Comment s'effectue le passage du dépôt d'objets réels au dépôt psychique, face à cette nécessité d'investir des objets concrets alors qu'il faut évacuer des éléments psychiques ?

Le dépositaire est un lieu de localisation approprié, qui se prête pour lui-même et dans une configuration de contrat narcissique au dépôt d'un autre, dans une nécessité de maintien d'un lien intersubjectif.

Ainsi, pour le sujet SDF, le dépôt est un processus de localisation spécifique d'un objet extériorisé dans un espace non psychique dans une tentative de matérialisation d'un objet interne dérangeant. Le dépositaire est un espace externe, l'objet interne prend alors la forme du dépositaire (au risque de se confondre avec lui), c'est-à-dire qu'il devient externe, social et publique (désubjectivé).

« L'espace transpsychique est celui où s'effectue les dépôts des formations de la psyché rejetées par le Moi hors de l'espace intrapsychique » (R. Kaës, 1993 b, p. 112).

« La perte originaire, c'est le dépôt du non moi qui n'a pu se réaliser dans la famille comme structure signifiante (sociale initiale) » (B. Duez, 1980, p. 396).

Ce que l'on peut constater chez les personnes SDF, c'est que le dépôt du non moi, c'est-à-dire de tout ce qui cherche à être identifié par le sujet comme ne lui appartenant pas,

est déposé dans une structure sociale secondaire (différente de la famille). L'espace social de la rue et de la ville, ainsi que la relation éducative seraient des structures signifiantes de substitution. Ces sujets auraient alors subi une perte originaire, dans le sens de B. Duez (1980), n'ayant pas bénéficié d'une structure signifiante initiale. Ainsi, c'est la quête d'un espace signifiant qui guide le sujet dans son parcours d'errance. Le lien éducatif révèle une fonction de lien initial, auquel tout autre lien est rattaché et dépendant (cf. Madame D. et l'établissement de son réseau de lien à partir d'un lien premier, chap. 4).

6.1.1.3. Le dépôt comme acte de la diffraction

La répétition du dépôt en acte signe l'échec d'une déposition psychique. L'acte ne peut être symbolisé. L'objet réel déposé est le représentant des contenus psychiques non moi (la part de l'étranger) dont il faut se défaire. C'est la recherche d'un cadre où déposer les parties les plus psychotiques du sujet afin que le Moi puisse se développer. Recherche d'un cadre social (à défaut d'un cadre groupal familial moins anonyme) qui puisse avoir cette fonction à défaut d'un mère-cadre solide. Or, il y a échec du dépôt car les groupes sociaux élus (groupes de la rue) ne peuvent avoir cette fonction de cadre de dépôt des parties les plus psychotiques du moi. C'est là que réside la confusion entre le collectif et le groupal. Les groupes SDF ont une réalité groupale, c'est-à-dire qu'ils sont constitués d'individus regroupés. Pour autant, ils ne se constituent pas comme groupe et ne fournissent pas au sujet, en tant que membre, les fonctions du groupe et notamment celle de transformation des contenus déposés.

D'une manière complémentaire, on peut envisager que les objets déposés soient mis en latence ou en attente de réalisation.

« La position topique du dépôt serait mieux définie comme celle du Préconscient » (R. Kaës, 1993 b, p. 199).

Le dépôt diffère du refoulement car celui-ci se situe dans l'espace intrapsychique, alors que le dépôt est un lien entre l'espace intrapsychique et l'espace intersubjectif.

Le dépôt sur des structures urbaines n'est pas susceptible a priori de transformation, dans le sens d'une analyse contre-transférentielle par exemple. Le changement ne peut venir que d'une intervention extérieure, indépendante du lieu de dépôt. C'est le cas lorsque les lieux de squats sont fermés ou nettoyés par l'instance policière, ce qui donne davantage de poids à la dynamique de la répétition sans introduction de changement. Quant au dépôt sur un autre, il implique une possibilité de réponse de la personne. Il y aurait alors une protection supplémentaire du sujet à déposer dans des lieux non psychiques (non vivants). Or, ces lieux

restent soumis à l'intervention des autres (passants, SDF, ou police), ils sont des lieux sociaux, collectifs.

6.1.2. La localisation

Les lieux de dépôts des objets concrets ont des caractéristiques communes et s'organisent autour de la dynamique de constitution d'espaces sécurisants. Il s'agit pour le sujet de déposer des objets dans le but de tester la capacité du lieu à les protéger, c'est-à-dire à les conserver intacts ou non transformés. Cette dynamique rappelle celle du retrouvé, constitutif de la fiabilité de l'objet (D.W. Winnicott). Dans la quête d'un lieu de couche suffisamment privé, on observe que la personne va laisser des objets personnels (bouteilles, sac de couchage), pour revenir vérifier leur destin. S'ils sont conservés, c'est-à-dire s'ils n'ont pas été déplacés ou s'ils n'ont pas disparus, le lieu va être qualifié de sécurisant, de permanent. Le lieu élu peut alors être investi comme lieu du sommeil. Dans le cas où les objets ont été manipulés par d'autres, ils sont alors abandonnés sur place (procédure 1), comme s'ils avaient été contaminés ou comme si, touchés par autre, ils n'appartenaient plus au sujet. La contamination de l'objet se produit par contiguïté réelle entre l'objet et celui qui l'a touché.

A la différence de l'enfant qui est dépendant et qui subit les disparitions, réapparitions de sa mère, le sujet SDF met lui-même en acte la disparition, à travers le dépôt des parties de lui dans la rue. Comme au retour de la mère pour l'enfant, le lieu est vérifié, et s'il est intacte (si la mère n'a pas trop de culpabilité d'avoir laissé son enfant) le lien va continuer et la relation objectale peut être intériorisée comme lien de permanence, soit le lieu va être adopté. Ce lieu du sommeil, du repli narcissique est un des lieux où le sujet est en position de fragilité, il doit être un lieu sécurisant pour accomplir sa fonction d'enveloppe du sommeil.

La localisation des objets psychiques se fait sur des lieux ayant les mêmes caractéristiques. Les parcours d'errance, d'une ville à une autre, ou d'un quartier à un autre, ou d'une personne à une autre, montrent une répétition dans ce qui se joue dans ces différents lieux géographiques, et avec les différentes personnes qui sont en fait des représentants d'équivalents symboliques. Ce sont des lieux semblables dans les villes et des personnes avec des fonctions sociales équivalentes et dans le même registre représentatif (assistantes sociales, prêtres ou nonnes, éducateurs) pour former des équations symboliques. Dans une même ville, le récit d'une histoire de vie peut être relaté à plusieurs personnes dans des lieux distincts (hypothèse de base attaque-fuite). Dès le dépôt réalisé, le sujet fuit contre l'éventualité des

représailles. Ce type de fonctionnement est au plus proche du modèle de la psychopathie où l'attaque prime à une autre relation perçue comme plus dangereuse.

6.1.2.1. La localisation dans le groupe de SDF

Le sujet entretient un type de lien récurrent avec son groupe de collègues, c'est-à-dire avec le groupe qu'il fréquente le plus. En situation de groupe, on constate une place identique de chacun à chaque visite. Chaque sujet s'exprime, réagit, agit dans un registre équivalent. Chacun se trouve à la même place géographique dans le lieu de regroupement et il occupe une position intersubjective semblable. Ainsi, en visitant le groupe de Monsieur T., j'ai l'impression de rejouer toujours la même scène, dans laquelle je reçois l'envie des autres d'être à la place de Monsieur T. dans la relation privilégiée qu'il a avec moi. Je reçois de plus, les mêmes flatteries et les mêmes propositions ou les mêmes tentatives de me « taxer » (argent, cigarettes, attention, amour ou soin). La répétition est à son apogée lorsque les mêmes thèmes de conversation reviennent sous la même forme : un des hommes du groupe associe mon prénom à celui de sa fille et il me demande régulièrement de l'adopter. Un autre, d'origine yougoslave, s'excuse toujours auprès de moi de ne pas pouvoir me parler correctement en français et il m'offre des créations artistiques qu'il fabrique pendant mon temps de présence devant le groupe (cf. l'analyse de la marguerite, chap. 4).

Dans le discours de Monsieur T., le groupe des collègues représente « les autres ». Ils sont indistincts et identiques : « les autres me font chier, les autres boivent en douce ». Lorsque j'essaie d'introduire des différenciations entre le comportement de chacun envers lui, il refuse cette représentation pour les agglutiner encore dans une représentation globale et unifiée en utilisant le pronom pluriel indéfini « ils ». Il parvient à les différencier lorsqu'un d'entre eux est isolé du groupe, comme par exemple au cours d'une hospitalisation où il va lui rendre visite et pouvoir l'appeler par son prénom.

6.1.2.2. La répétition dans les lieux investis par la population

Les gares sont des lieux privilégiés d'investissement. Dans de nombreuses recherches dans différentes villes, c'est une constante (Annecy, Marseille, Paris, Lyon).

Les bords de l'eau, les berges et les ponts, les lieux privés comme les cours d'immeuble, les maisons abandonnées, les squats sont des lieux privilégiés d'investissement. J'ai montré par ailleurs (2001) les caractéristiques de ces lieux « trans » comme une spécificité de la clinique de la rue en termes d'adéquation avec la problématique de l'entre-deux et du passage.

6.1.3. Le transfert chez les personnes SDF : la diffraction

Plusieurs formes de transfert comme plusieurs types de dépôt et comme différentes formes de localisation vont être observées qui relèvent d'un même processus mais à différents niveaux. Une des caractéristiques du transfert observé est la diffraction des objets psychiques dans des espaces différents et localisés, en même temps que pour certains, on constate un transfert unique et massif sur un lieu localisé. Le mécanisme de périphérisation est le modèle explicatif de ces deux procédures de transfert dans une même dynamique.

S. Freud fait la distinction entre deux types de transfert : le transfert en tant que **nouvelles impressions ou rééditions** et le transfert comme **éditions révisées**. Dans ce type de transfert se répètent des affects déjà éprouvés les situant dans un rapport à l'origine avec une sensation de distance temporelle. Interrogeons le vécu des sujets SDF relatif à certaines périodes clés comme l'arrêt de la boisson alcoolisée. On constate un vécu transférentiel du type du premier modèle, c'est-à-dire en termes de rééditions. Le contenu du discours ne diffère en rien du modèle, il n'y a pas de distance temporelle entre ce que le sujet a vécu dans un autre temps et ce qu'il semble vivre dans l'actuel. Le sujet vit dans le même et non pas dans l'identique (différence entre isomorphie et homomorphie, R. Kaës, 1993). C'est l'origine qui est vécu ici et maintenant, l'histoire reprenant là où elle en était restée avant la prise d'alcool ou avant l'errance (avant l'événement point de bascule). Ce qui est frappant et troublant pour l'écouter, est cette absence d'impression de répétition de la part du sujet, avec, au contraire, la certitude que l'histoire passée fait objectivement partie de la réalité présente. Madame B. souhaite retrouvée ses « bébés » à chaque fois qu'elle décide d'arrêter de boire, l'alcool étant pour elle la source de ses ennuis. Un autre exemple de moment de changement interne qui se traduit par un changement dans la réalité externe : Madame Be ne peut que parler d'un viol ou de l'inceste qu'elle a subi plus jeune comme si cet épisode de sa vie était actuel à chaque fois qu'elle arrête de boire. La réalité psychique de la personne est alors réenvahie par des "éléments - engrammes" transférés dans les liens intersubjectifs actuels.

D'après J.C. Rouchy, la spécificité du transfert groupal (1980) réside en deux caractéristiques : la diffraction du transfert sur plusieurs membres du groupe et le transfert sur les liens imaginés qui sont attribués aux personnes. Comment cette perspective groupale peut-elle aider à la compréhension du transfert des personnes SDF ? Il me semble opportun d'utiliser ce modèle du transfert groupal pour rendre compte de la diffraction du transfert SDF d'une part, et d'autre part, pour donner sens à la qualité des déposés. En effet, les déposés ne

sont pas forcément des objets, mais plutôt des organisations de liens, qui sont déposés sur des personnes identifiées comme étant en lien de manière identique (réplique, au sens du même) à la configuration des liens internes. R. Kaës affirme cette hypothèse d'une autre manière en qualifiant ce qui passe d'un espace psychique à un autre comme « essentiellement des configurations d'objets psychiques (affects, des représentations, des fantasmes), c'est-à-dire des objets munis de leurs liens incluant des systèmes de relation d'objet » (R. Kaës, 1996 a, p. 67). *Ainsi, dans la répétition de ces configurations de liens entre des objets internes et le sujet lui-même (scènes internes, groupes internes), le transfert s'accomplit sur le groupe capable de figurer ces scènes internes, d'où le regroupement entre SDF ou l'appui sur le groupe éducatif.*

6.2. Périphérisation topique et modèle de R. Roussillon (1996, 1999)

A partir du modèle du noyau organisateur de la schizophrénie de R. Roussillon (1996), nous verrons comment le mécanisme de périphérisation topique peut être envisagé comme un des mécanismes de défense contre la "terreur agonistique" à partir des "états traumatiques primaires" (R. Roussillon, 1999).

Pour R. Roussillon, le cœur de la problématique du schizophrène est un trouble identitaire de la réflexivité qui atteint la capacité à se sentir soi-même, à se voir et à s'entendre. Or, chez les personnes SDF, nous avons constaté l'absence de plainte et particulièrement l'absence de plainte somatique ainsi qu'une atteinte des processus auto-réflexifs : M^{elle} A. ne se voit pas dans la rue, ne se sent pas aller mal par exemple.

Le vécu principal de la schizophrénie selon R. Roussillon provient « d'une expérience de « terreur agonistique » inélaborée et contre laquelle l'ensemble de l'appareil psychique s'est construit » (1996, p. 100). A partir des effets de l'organisation psychodynamique et défensive des sujets SDF, cette terreur agonistique pourrait être postulée. Quelque chose s'est produit chez le sujet SDF dont il ne peut plus se souvenir et dont il cherche à se défaire. Les traces de ce vécu ne lui sont pas accessibles, non représentées, elles n'ont pas été intégrées et ont eu des conséquences sur son organisation psychique. J'ai jusque-là parlé de vécu traumatique que l'on peut alors préciser par cette terreur agonistique. A partir des récits de scènes fondant l'origine de leur difficulté, les personnes interrogées expriment des vécus d'abandon, de détresse, de solitude, de sidération ou de mort psychique (Monsieur M.) sous d'autres signifiants (le coma, la mort).

Le départ et la fuite ont été envisagés comme des formes de clivage où le sujet se retire de son expérience subjective (cf. expression graphique de Monsieur B.).

« Il n'a pu "survivre" qu'à condition de se retirer de celle-ci, c'est-à-dire donc qu'en se clivant de sa subjectivité » (R. Roussillon, 1996, p. 100).

C'est ce que j'ai exprimé sous la forme : « le sujet se retire de lui-même ». R. Roussillon parle alors de défenses paradoxales (1991) :

« ... pour continuer à se sentir être, le sujet a dû se retirer de lui-même et de son expérience vitale » (1996, p. 100).

Cette partie de lui-même est rendue étrangère, c'est ce qui fait retour sous la forme du vécu d'inquiétante étrangeté (S. Freud, 1919 a). C. Janin (1996) fait d'ailleurs le lien entre les situations de collapsus de la topique et l'inquiétante étrangeté, à partir d'une perte du sens de la réalité (dépersonnalisation). Nous avons vu que le clivage du moi ne suffit pas. Le sujet

répète cette mise au dehors de son expérience subjective et lutte contre le retour du clivé (retour de l'expérience agonistique), contre tout lien avec l'environnement.

« La première "solution", le sujet s'est retiré de son expérience de "mort psychique", ne peut pas être une solution définitive ou effectuée une fois pour toutes, elle doit être répétée elle-même à la mesure de la répétition compulsive de l'expérience traumatique » (R. Roussillon, 1996, p. 100).

Cette répétition est repérable dans la clinique SDF à partir des expériences d'échec et de souffrance psychique et corporelle qui réactivent cette défense par le clivage jusqu'à conduire à un déni du corps par exemple ou encore à l'identification des persécuteurs internes dans le monde extérieur. Mettre au dehors et localiser dans l'environnement des parties de soi-même sont alors la marque de la répétition de ce clivage. Ce que S. Freud a nommé par "processus de purification" du Moi se retrouvent dans les procédures de désintoxication ou de décontamination observées au niveau des groupes et au niveau individuel (cf. les trois procédures de décontamination).

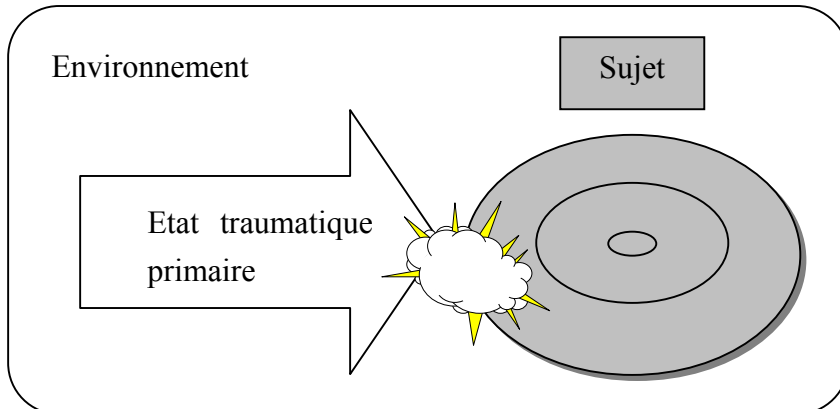
La clinique SDF montre essentiellement la forme de ce clivage qui ne se scinde pas seulement en deux parties du moi (S. Freud, 1937), mais qui se constitue **par décentrement du sujet de lui-même**.

« Il ne "sent" plus l'état traumatique, il ne sent plus là où il est, il se décentre de lui-même, se décale de son expérience » (R. Roussillon, 1999, p. 20).

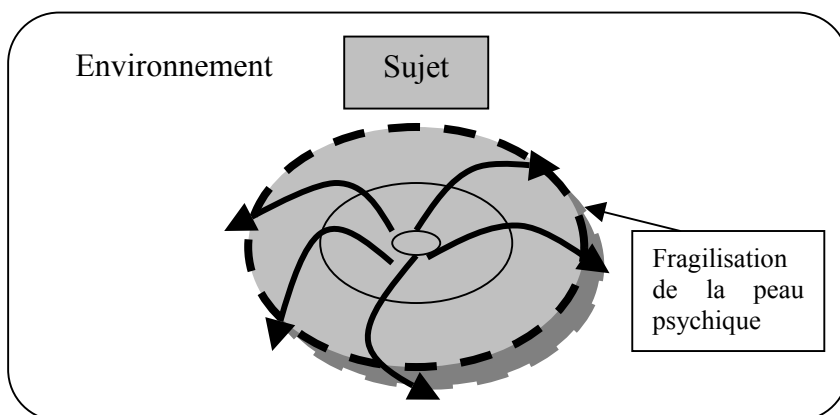
*Après l'analyse de la clinique, nous pourrions dire que le sujet se coupe d'une partie de lui-même en se localisant à sa périphérie dans une frontière perméable entre monde interne et monde externe. Cette forme de clivage montre une construction de la psyché en noyau et en couches successives, **le clivage opérant du noyau à la périphérie**. Le retrait de la subjectivité n'est pas un retrait vers le dedans, **mais un retrait vers le dehors**. Les expériences subjectives du sujet dont les traces mnésiques ne sont pas représentées et représentables sont alors périphérisées à l'adresse d'un autre.*

Aussi, je propose le modèle de la périphérisation topique pour représenter le système d'organisation du sujet face à ses vécus traumatiques (schéma n°25).

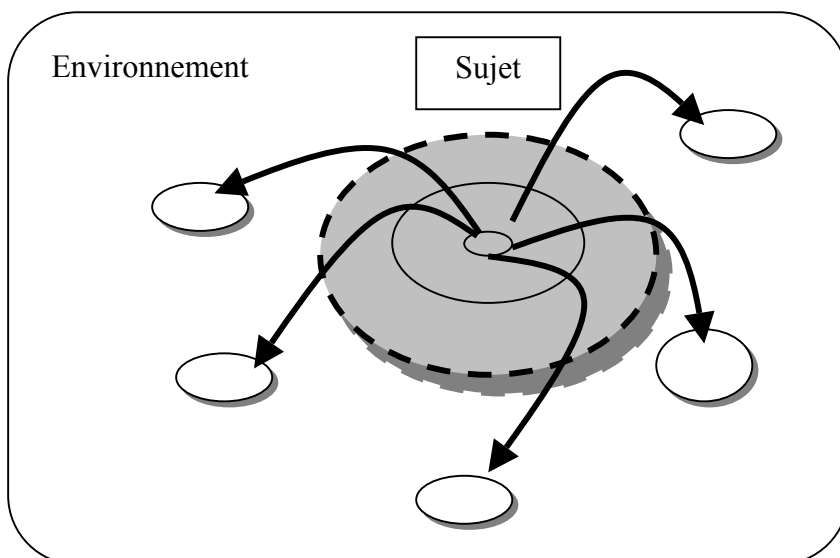
Schéma n°25 : Le mécanisme de périphérisation topique : diffraction du sujet dans l'extérieur (collectif) par périphérisation de la topique interne



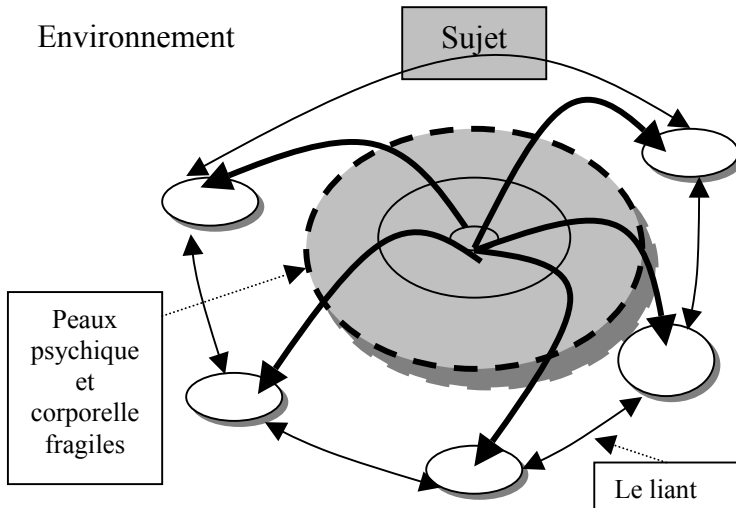
Sous l'effet du traumatisme primaire, le sujet vit un état de détresse dans lequel ses propres capacités sont débordées par l'afflux d'excitation et dans lequel aucun objet de recours n'est disponible ou satisfaisant.



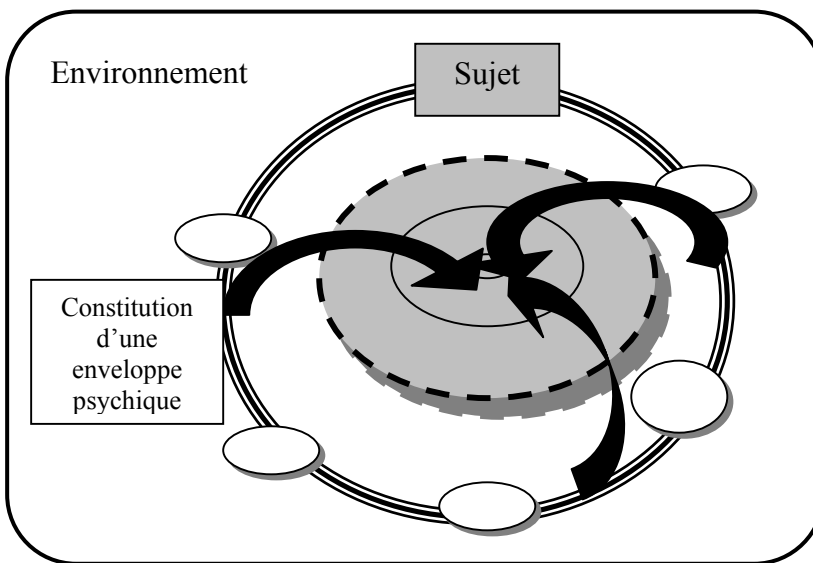
C'est le temps du clivage du noyau vers la périphérie où le sujet se retire paradoxalement de l'état traumatique primaire en se localisant à la périphérie de lui-même. Il s'agit d'une procédure de survie psychique.



L'expérience subjective de détresse laisse des traces non représentables qui se périphérisent telles quelles en dehors du centre du sujet. Le sujet trouve alors des supports à ces traces non représentables dans l'environnement par différentes formes de dépôt. Le sujet se *diffracte* dans l'environnement.



A partir de la diffraction du sujet dans l'environnement, les traces de sa subjectivité sont déposées sur des supports du monde extérieur. Les lieux élus ont des caractéristiques groupales et spatiales. Le mécanisme de périphérisation topique consiste aussi en une tentative de reliaison secondaire des traces relocalisées par un circuit les reliant entre elles (le *liant*). L'errance dans la rue prend alors la forme d'un parcours d'une figure à l'autre (typologie des figures du groupes, typologie des figures de la rue, groupalité subjective dans le discours) de sorte à les maintenir ensemble dans un scénario plus ou moins élaboré (scénarii privés).



La scénarisation figurée sur la scène extérieure risque de faire retour. Certains sujets vont alors pouvoir entretenir des liens avec leur noyau et avoir la capacité de lier de manière secondaire les expériences nouvelles qui contiennent les expériences traumatiques transformées par le transfert dans l'environnement sous l'action de celui-ci. D'autres cependant, renouvèleront le clivage sans plus renouer de contact avec eux-mêmes (la psychose schizophrénique).

Nous avons alors mis en question les enveloppes psychiques et leur capacité pare-excitante ou d'imperméabilité. En effet, la distinction entre monde interne et monde externe est fragile et ne permet pas au sujet de se protéger des attaques du dedans ou de celles du dehors.

L'environnement n'a pas eu de réponses à ces tentatives d'évacuation des éléments internes polluants et le sujet est resté démuni face aux envahisseurs. L'expérience agonistique fait retour, « elle revient "pour" être mise en représentation mais elle répète aussi l'échec historique de la mise en représentation, etc. » (R. Roussillon, 1996, p. 101). La difficulté à se soigner ou à accéder à un logement peut se comprendre dans cette logique de l'échec de la mise en représentation. De même que les situations de souffrance se répètent, elles restent des tentatives de symbolisation. Se remettre en situation de danger ou rechercher les situations de vécus agonistiques peut d'ailleurs produire un effet de masochisme. R. Roussillon parle alors de *masochisme primaire* qui est une caractéristique paradoxale de ce procédé de répétition. Le retournement en son contraire sur le mode actif/passif est particulièrement prégnant dans la clinique SDF, nous l'avons vu dans le temps du transfert des entretiens de recherche et à travers la fonction du récit de scène qui positionne parfois le sujet à la place du héros-sauveur (cf. Monsieur A., chap. 4).

Les traces de l'expérience traumatique seront donc réinvesties régulièrement et repoussées de nouveau sous l'effet de menace de la subjectivité par le retour de l'expérience traumatique.

« Le clivage donc ne suffit pas, il va falloir le répéter ou *organiser des défenses contre le retour de l'état traumatique antérieur* » (R. Roussillon, 1999, p. 22).

Ce que nous pouvons observer dans la clinique des groupes et dans la clinique des cas isolés correspond à la mise en place d'un système de défense contre le retour des traces clivées et périphérisées, ce que j'ai appelé "les procédures" pour les groupes et la "réorganisation contre la contamination" pour les isolés.

6.2.1. Mise à l'épreuve du modèle dans les groupes

Le groupe est un des modes de la diffraction du sujet, dont la forme de la groupalité en révèle le système. Les formes de groupement rendent compte de cette diffraction du sujet dans l'environnement. Reprenons dans un premier temps, les formes de groupement observées et décrites dans le troisième chapitre.

- Le groupe en lieu d'accueil : forme en couches successives, du noyau à la périphérie. Le lien groupal est le liant des parties diffractées sur une scène collective en appui sur les

murs institutionnels et sur le contrat narcissique implicite de l'institution d'accueil. Il existe alors une relation entre le centre et les différentes couches périphériques du groupement.

- Le groupe de la gare : unification des lieux éclatés. Le lien groupal se constitue par affiliation au lieu de la gare et par la circulation motrice entre chaque lieu par les membres du groupe qui constituent un territoire. Le noyau est implicite à cette périphérie des figures du groupe, mais il n'est plus en contact avec la périphérie.

- Le groupe des anglophones : couches successives, du noyau à la périphérie. Le lien groupal permet une relation avec le noyau du groupe selon la hiérarchisation topologique et géographique du groupe.

- Le groupe des Tchécoslovaques : unification des lieux éclatés. Le lien groupal d'appartenance culturelle constitue le liant des différents espaces du groupe sans contact avec le noyau, celui-ci étant diffus dans le liant, à la périphérie.

Nous avons observé ce qui pesait comme menace sur le liant et qui conduisait à différentes procédures de réorganisation. En effet, les menaces sur le liant sont les suivantes : la mort (la maladie grave), l'étranger. Tout ce qui risquerait de ramener les expériences d'étrangeté menace le liant et l'organisation dans l'espace, l'organisation pour la survie du groupe et de ses membres.

Les trois procédures de réorganisation sont les suivantes :

- **Procédure 1 : la fuite, le déménagement, l'abandon des objets : décontamination par délocalisation et abandon.**

- **Procédure 2 : réaménagement interne du groupe par un lieu de décontamination (interne au groupe).**

- **Procédure 3 : Intervention extérieure : décontamination par vidage.**

A partir de cette reprise des résultats de l'exploration des groupes SDF (cf. chap. 3), mettons maintenant à l'épreuve le modèle de la périphérisation topique dans le cas des personnes isolées.

6.2.2. Mise à l'épreuve du modèle pour les cas isolés

Schéma n°26 : Grille de mise à l'épreuve du modèle de la périphérisation topique pour les cas individuels :

Monsieur B.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Vol de sa sacoche, déprivation <u>Modalités d'errance :</u> Périphérisation topique et syndrome de l'escargot <u>Les supports d'errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, les lieux d'accueil. Remplissage de sa chambre de foyer, ramassage des objets. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Scénario de la quête du voleur de la sacoche. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Empêchement à entasser. Risque d'auto-intoxication par entassement dans un même lieu des objets et des ordures. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Intervention d'un tiers pour procédure de vidage (procédure 3).
Madame L.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Scène du viol : effraction de l'enveloppe corporelle qui se traduit en acte par la défécation dans la scène de l'accouchement. <u>Modalités d'errance :</u> Périphérisation topique et relocalisation. <u>Les supports d'errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> Dans la rue, dans le couple, ramassage des objets, mendicité. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Le couple. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Séparation et rupture dans le couple. Et entassement des objets et du linge dans l'appartement. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Relocalisation ailleurs avec les objets lors du passage de la tente à l'appartement. Et délocalisation par abandon violent avec la défenestration (procédure 1).
	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Coup de bâton, scène de la naissance : intrusion traumatique par la mort.

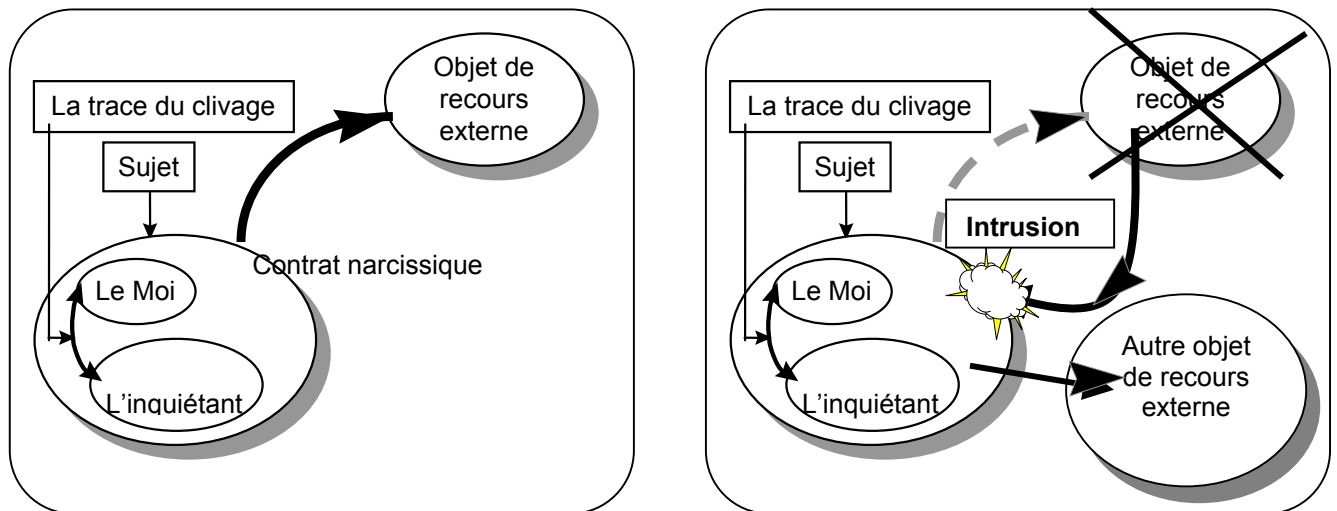
Monsieur M.	<u>Modalités d’errance :</u> Périphérisation topique <u>Les supports d’errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, l’alcool, le travail, les femmes. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Scénario de la quête du demi-frère meurtrier de la mère. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Retour de la punition par les femmes, par le père, menace abandonnique. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Décontamination par abandon des objets (femmes et biens) : « et j’suis parti » (procédure 1). .
Monsieur R.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Education religieuse et empêchement de se réaliser comme bûcheron. <u>Modalités d’errance :</u> Périphérisation topique : diffraction de la scène interne dans l’environnement qui s’y prête. <u>Les supports d’errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, le groupe de travailleurs sociaux. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Scénario en impasse du soin. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Risque d’intoxication par le retour de la scène conflictualisée. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> La fuite, le départ de soi-même, délocalisation (procédure 1).
Madame R.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Décès des parents, abandon. <u>Modalités d’errance :</u> Périphérisation topique et syndrome de l’escargot <u>Les supports d’errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, les lieux d’accueil. Remplissage de son appartement, ramassage des objets. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Motricité, déplacement dans le parcours de la rue, déplacement de la rue à l’appartement. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Empêchement à entasser. Risque d’auto-intoxication par entassement dans un même lieu des objets et des ordures.

	<u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Intervention d'un tiers pour procédure de vidage (procédure 3).
Monsieur H.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> « on m'a cassé » <u>Modalités d'errance :</u> Périphérisation topique et syndrome de l'escargot <u>Les supports d'errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, les objets cassés et les animaux blessés, déplacement avec sa caravane. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Réparation des objets et soin des animaux. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Empêchement à entasser les objets, à faire du bruit. Menace d'être mis dehors par le voisinage. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Départ du lieu de localisation avec ses objets, il n'abandonne pas tout sur place, mais déménagement (procédure 1).
Monsieur N.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Internement abusif <u>Modalités d'errance :</u> Périphérisation topique <u>Les supports d'errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> La rue, traitement des Symboles comme des Indices de soi-même. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Scénarii qui se contaminent les uns les autres. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Empêchement à scénariser à l'extérieur. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Départ, fuite de son lieu, il quitte le métro ou s'éloigne de moi (procédure 1).
	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Prison et dette à sa femme (divorce). <u>Modalités d'errance :</u> Périphérisation topique et amputation psychique.

Monsieur G.	<u>Les supports d’errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> Le mariage, le couple, construction d’une maison, des enfants, un travail, l’alcoolisation, la rue, le groupement. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Scénarii dont la forme se répète sur le support d’une construction à partir du divorce, d’un accident de la route, du décès de sa dernière femme. <u>Menace sur le liant et risque de contamination :</u> Effraction du liant par la prison, l’accident, le décès de sa femme. <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Départ, fuite de son lieu pour tout recommencer ailleurs, abandon des femmes, mais lien de filiation avec la transmission de nom à ses enfants (procédure 1).
Monsieur P.	<u>Traumatisme primaire à partir de la scène énoncée comme première :</u> Licenciement. <u>Modalités d’errance :</u> Périphérisation topique et syndrome de l’escargot, éparpillement du corps. <u>Les supports d’errance, les lieux de dépôt, forme du dépôt, nature du dépôt :</u> l’alcoolisation, la rue, le corps. <u>Le liant (scénario, motricité, etc.) :</u> Motricité, déplacement et liaison des différents lieux de la rue dans l’idée d’un départ et d’un travail futur. <u>Menace sur le liant et risque de contamination:</u> Menace de rupture du système par le soin par exemple (la proposition d’hospitalisation pour la gale le fait fuir). <u>Réorganisation contre la contamination (type de procédures) :</u> Départ, fuite de son lieu (procédure 1).

Les défenses secondaires contre le retour des traces de l'expérience traumatique localisées et périphérisées dans le monde extérieur s'organisent donc sous formes de procédures de décontamination pour les groupes (trois types de procédures) que l'on peut repérer dans la clinique des témoignages uniques (essentiellement procédures 1 et 3). Cependant, elles ne sont pas les seuls modes de réorganisation du sujet (cf. schéma ci-dessous).

Schéma n°27 : Objet de recours narcissique



Sous l'effet du traumatisme primaire, le sujet vit un débordement interne qui provoque le clivage centre-périphérie, comme exposé précédemment (schéma n°25). Les traces de cette expérience agonistique menacent de faire retour et le sujet doit s'organiser pour lutter contre le retour du *périphérisé*. Outre les procédures identifiées, il se remet en quête d'un objet de recours externe selon cette expérience de satisfaction qui lui a manqué (temps X+Y selon le modèle de R. Roussillon, 1999) pour nouer un contrat narcissique. Bien souvent, ce contrat narcissique se signe en pacte narcissique, contraignant et aliénant, mais plutôt ça que l'angoisse sans nom et de non-assignation. Or, dans la clinique SDF, on observe que l'expérience traumatique, l'expérience de désaide est réactivée du fait de la disparition de l'objet de recours externe lorsqu'il a été trouvé (décès d'une femme, d'un ami, son départ). Aussi le sujet se met-il en quête d'un nouvel objet de recours jusqu'à l'addiction d'objets (cf. la situation de Monsieur D., chap. 3). Cependant, la réactivation de l'expérience traumatique (vécu d'abandon, de trahison, etc.) effracte de manière répétitive les frontières de la subjectivité. **La diffraction du sujet dans l'environnement est alors corrélativement**

engagée comme seul mode de défense pour la survie psychique. On pourrait parler ici de "cercle vicieux" au sens de M. Sami-Ali (1990) pour rendre compte de cet enchaînement fait d'espoir et de désespérance devant la défaillance de l'environnement à subvenir aux besoins narcissiques du sujet du fait de sa béance.

« Sur cette base une certaine symbolisation peut se développer, mais elle restera dans la zone concernée par la proximité avec la zone traumatique, elle restera relativement rigide et fixée, toujours potentiellement menacée par un retour de l'agonie dès qu'une séparation d'avec l'objet se présentera, dès que les conditions du "pacte" avec l'objet seront en péril » (R. Roussillon, 1999, p. 22).

Le groupement et l'organisation dans la rue des circuits périphériques se conçoivent alors comme des solutions favorisant les pactes narcissiques et dénégatifs comme nous l'avons vu dans le fonctionnement des groupes et dans les formes de couples dans la rue (cf. Madame L., Monsieur G., chap. 3).

Le processus qui conduisait à la périphérisation de la topique interne a déjà été identifié, mais sans savoir précisément quel contenu était diffracté dans le monde extérieur. Au regard des cas cliniques (cf. chap. 4, clinique des suivis au long court), il apparaît que ce sont les groupes internes qui se trouvent transférés à l'extérieur sur un support qui présente des éléments figuratifs adaptés, c'est-à-dire déjà collectivisés, donc à figuration groupale (facilite la diffraction). En effet, la rue, le groupe de pairs permettent une multitude de figures disponibles pour signer des contrats narcissiques réciproques.

Dès lors le mécanisme en jeu peut être spécifié, celui du transfert topique (B. Duez, 2000 a) qui correspond au transfert dans l'espace d'une configuration interne de liens et d'imagos qui forme une auto-représentation du sujet dans ses groupes d'origines.

Effectivement, ce qui est transféré dans l'espace de la rue, dans l'espace du groupe, dans l'espace du récit, dans l'espace de l'entretien de recherche et dans la relation clinique est **la trace d'une scène interne constitutive de la position subjective du sujet dans ses groupes internes.** La scène organisatrice des récits de scénarii constitue la structure du fantasme qui répond à la question de l'origine du sujet. Le chercheur prend place dans l'ici et maintenant de l'espace de l'entretien (rue, groupe, appartement) dans cette configuration scénique qui appartient au monde interne du sujet. A travers les comportements in situ (les rituels d'accueil), les effets du transfert et le vécu contre-transférentiel, la scène primitive tente de s'organiser, *du moins se figure.*

La spécificité de cette clinique renvoie à des problématiques narcissiques identitaires où la question de l'identité subjective se pose pour toutes les personnes rencontrées. Sous l'effet de carences affectives ou du sentiment de tromperie de la part des adultes (cf. Monsieur A., chap.

4) ou encore de traumatismes non intégrables (ou cumulatifs), l'exclusion du sujet hors de sa psyché se met en place dans une dimension défensive contre le débordement interne. Les thèmes de tromperie sont particulièrement fréquents dans les histoires des femmes (cf. Madame L., chap. 3). C'est comme si naître contenait déjà être trompées pour elles. La construction du fantasme originaire s'organise sur la tromperie (le mensonge) et produit des effets d'origine sans origine. C'est la confrontation à la configuration de l'autre qui produit un effet de mensonge (cf. 5.3.3. Inadéquation topique entre deux scènes, chap. 5).

L'environnement est alors une source d'objets disponibles et le lieu de la recherche d'objets de recours narcissique, mais qui font souvent défaut dans les histoires personnelles de chacun. Parfois, les événements de vie interfèrent dans cette quête (disparition de l'objet par décès par exemple) ou l'objet idéal n'est pas trouvé parce qu'idéalisé (Madame D. qui se heurte à l'absence d'un père qu'elle cherche au travers de ses clients). Le sujet est confronté à sa solitude interne, au vide psychique. Il n'a pas de lieu identifiant comme lieu pour soi, parfois, même le corps n'est plus un étayage fiable ou ne l'a jamais été.

« L'errance rend étranger aux lieux que l'on habite après avoir rendu étranger à son propre lieu d'habitation » (M. Seffami, B. Simon, 1995, p. 35).

La spécificité du mécanisme de périphérisation topique est de faire tenir ensemble des contenus psychiques (polluants) de l'espace psychique interne, en permettant une relation secondaire (non pas secondarisée) des éléments diffractés dans l'environnement. C'est ainsi que les personnages de la scène interne se trouvent sur la scène extérieure diffractés, mais ensemble. Le modèle de la "peau psychique" développé par E. Bick (1968) rend compte de la forme la plus primitive de maintien ensemble des parties de la personnalité ressenties sans force liante entre elles, grâce à la peau comme frontière. Les éléments diffractés sont tenus ensemble par des liens réels de contiguïté métonymiques et non pas métaphoriques.

Le suivi socio-éducatif de Charles en est un exemple frappant. Trois organismes sociaux ont été en relation avec lui pendant son temps d'errance avec lesquels un lien a été créé. Il a pu déposer chez chacune des personnes dans ces trois lieux des investissements spécifiques. Lors de son entrée dans un logement, les trois personnes de son suivi social se sont accordées pour lui rendre des visites chaque semaine. On observe alors que ce système fonctionne et que chacun reste investi d'un lien particulier : l'un est davantage sur la gestion du quotidien, un autre répond aux besoins (accompagnement administratif) et le dernier l'aide à la gestion du logement (ménage par exemple). Ce qui est remarquable dans ce système est que tous les acteurs peuvent maintenant être présents sur la même scène autour du logement dans les rôles et les fonctions qui avaient été pré-établies dans la rue mais qui ne pouvaient se

coordonner jusque-là. On peut dire que l'on assiste alors à une groupalisation des protagonistes éparses, diffus dans la rue. Il en est de même dans la fonction des parcours quotidiens. Nous avons identifié la fonction de la marche dans un parcours ritualisé ayant pour fonction psychique celle de la liaison des points de transfert dans l'espace de la rue. Ce processus conduit à la constitution d'une enveloppe substitutive à une enveloppe psychique défaillante.

6.3. La question des enveloppes psychiques

La question de l'enveloppe psychique est coexistante de celle des limites et des frontières des territoires psychiques, autrement dit la distinction entre un dehors et un dedans est à interroger.

J'ai déjà repris, à partir du contact corporel (peau à peau) comment les personnes SDF tentent de se mettre en lien par cette modalité du contact physique (cf. chap. 5). Le concept de Moi-peau (D. Anzieu, 1974) est particulièrement efficient pour se représenter le point de passage du corporel au psychique, en tant que prémisses d'une enveloppe psychique fondée sur les sensations corporelles de la surface du corps en relation avec un autre (la mère). Je voudrai interroger ici ce qu'il en est de l'enveloppe psychique du sujet SDF à travers sa tentative de constitution d'un espace limité et contenant son monde interne, en appui sur l'extérieur. Quelle est la qualité de l'enveloppe psychique de ces sujets ? Quelles sont les fonctions de l'enveloppe de substitution créée dans l'espace de la rue par les mécanismes identifiés ? Qu'en est-il de la partition des espaces internes et externes ?

D'après le modèle proposé, c'est tout le monde externe qui contient l'appareil psychique où objets et contenus psychiques deviennent parfois des équivalents de sorte que dehors et dedans ne soient plus différenciés (cf. J. Bleger, 1967, l'ambiguïté et les agglutinats du moi).

Ce que nous décrivions de la position du sujet, à la fois dehors et à la fois dedans, en contact avec le dedans et en contact avec le dehors évoque la position topique du Moi. D. Houzel (2000) reprend la conception de S. Freud du Moi de *L'esquisse d'une psychologie scientifique* (1895) en la définissant comme la structure limitante et contenant de l'appareil psychique. Il énonce quatre propriétés du Moi que l'on peut résumer ainsi :

1. Le Moi est formé par différenciation d'une partie du psychisme, d'une différenciation d'une partie du ça qui entre en contact avec la réalité extérieure.
2. Le Moi est le siège de la fonction de jugement qui permet d'éviter une effraction du psychisme de l'intérieur vers l'extérieur.
3. Le Moi est l'agent du refoulement qui protège le psychisme contre une effraction de l'extérieur.
4. Le Moi est doué de la fonction d'attention proche de la fonction contenant de Bion, qui consiste à reconnaître une perception pénible.

Le Moi est en contact à la fois avec le monde extérieur et le monde intérieur : il est une frontière. L'instance du Moi est alors un lieu d'interface entre deux instances, négociant

avec les réalités externes et avec les exigences pulsionnelles internes. Nous pourrions alors parler d'une tentative de constitution d'un moi-frontière entre le dedans et le dehors par la périphérisation de la topique (moi en construction ou qui achoppe à se construire). Rappelons que la position du sujet avait été identifiée jusque-là comme *à la limite* entre dehors et dedans, *sur le bord*, dans un espace où tout peut être confus, où il peut basculer d'un côté (délire, néoréalité) ou de l'autre (distinction entre ce qui vient du dehors et ce qui vient du dedans, investissement de son monde interne). Monsieur B. (cf. chap. 3, deuxième partie) se trouve dans cette situation d'interface entre un espace imaginaire inaccessible (dessin de la maison) et un espace où il vit en insécurité (la rue et la chambre de foyer).

A partir des neuf fonctions du Moi-peau définies par D. Anzieu (1974, 1985), nous pouvons dire que, pour les personnes rencontrées, la plupart d'entre elles ont un **Moi-peau toxique**. La clinique de la rue, la clinique des groupes et la clinique des rencontres au long cours montrent que le sujet est intoxiqué de l'intérieur, qu'il est pollué dans son espace psychique ce qui le conduit à mettre en place des stratégies de désintoxication. Madame R. s'auto-intoxique dans son appartement dont les aérations sont bouchées et où s'entassent les ordures. Monsieur B. entasse aussi les papiers dans sa chambre de foyer. C'est souvent le départ ou le déménagement qui permet "d'aérer" l'espace psychique (cf. cas de déménagement des groupes dans la rue, chap. 3).

De même, nous avons vu comment les caractéristiques du cadre tenaient essentiellement à la fonction de limitation (cf. entretiens de Monsieur T., chap. 4) et au traitement de l'excès d'excitation externe (cf. entretiens avec Monsieur A., chap. 4).

Les fonctions substitutives de l'enveloppe psychique déposées dans l'environnement humain et non-humain sont celle de la maintenance (cf. holding des éducateurs), la fonction de pare-excitation (cf. Monsieur T. et ma fonction de limitation de l'excitation) en même temps que la fonction de recharge libidinale qui se traduit dans les comportement auto-calmants et la fonction d'individuation qui apporte le sentiment d'être unique (cf. la position d'exclusivité que doit avoir le sujet dans le rapport à l'éducateur ou aux dispositifs sociaux, et cf. Monsieur T. qui tente de détruire mes objets internes).

J'ai déjà parlé de la fonction d'autodestruction ou toxique. L'inscription des traces sensorielles sur la peau est vécue ou revécue à partir des chutes, des comportements de collage avec l'environnement matériel (dormir sur le trottoir ou sur le sol de l'appartement). L'enveloppe d'odeurs corporelles, de crasse et de maladies de peau est la face externe d'une

enveloppe polluante et douloureuse. Les fonctions qui achoppent à se mettre en place dans la rue sont celles d'enveloppe unifiante et de barrière protectrice.

Ainsi sont déléguées à l'environnement toutes les fonctions essentielles de l'enveloppe psychique qui montre comment il est difficile pour le sujet de se constituer et de se représenter la possibilité de vivre dans un espace interne échangeant avec d'autres territoires comme le monde extérieur ou l'espace d'autrui. Ainsi Madame D. cherche-t-elle à s'appuyer sur sa capacité de récit pour parler d'elle, comme si à partir de l'espace de l'autre, elle pouvait définir le sien, en même temps qu'elle ne peut pas imaginer que je pense différemment d'elle.

A partir des efforts du sujet pour se constituer un espace privé dans l'environnement extérieur, nous pouvons comprendre le défaut d'intériorisation d'une enveloppe psychique avec les fonctions déjà définies, en même temps perméable et en même temps continue pour assurer une unité.

Cette demande substitutive à l'environnement prend naissance à partir de la formation même de l'enveloppe psychique. Pour W. Bion, le premier contenant est extérieur (mamelon / sein ou « capacité de rêverie maternelle »). Le peu d'éléments anamnésiques montrent malgré tout une difficulté de constance de l'objet premier ou une absence de cette capacité de transformation des éléments bêta en éléments pensables pour former une « barrière de contact ». C'est le cas de Mademoiselle A. qui se vit en lien avec sa mère dans un vide psychique où celle-ci est préoccupée par sa propre passion amoureuse (cf. planches du TAT, chap. 4).

A partir de l'exploration des fonctions du Moi-peau, D. Anzieu propose une grille de lecture des structures de la personnalité. Pour les états-limites, il explique que la confusion entre ce qui vient de dehors et ce qui vient de dedans, provient d'une altération de la structure du Moi-peau : les deux feuillets n'en font plus qu'un. Ce que nous avons décrit comme mécanisme de périphérisation de la topique interne est proche de ce que décrit D. Anzieu (1985) à propos des altérations du Moi-peau. En effet, pour lui, « le système perception – conscience, normalement localisé à l'interface entre le monde externe et la réalité interne est décollé de cet emplacement et rejeté en position d'observateur externe, mais une partie du système subsiste comme interface et lui permet de ne pas être psychotique » (D. Anzieu, 1985, p. 125). **La confusion observée entre réalité interne et monde extérieur chez les sujets en errance produit des effets d'anneau de Möbius où le contenu devient le**

contenant et réciproquement. La périphérie est alors le support des affects du fait de la difficulté à les contenir, alors que le centre de la personnalité est vide (cf. Madame D. chap. 4, Monsieur G. chap. 3).

6.4. La question de la spatialisation du monde interne (soit de l'identité subjective)

A. Fernandez-Zoïla (1987) a repéré une spatialité discordante chez les schizophrènes pour lesquels « l'espace de vie n'est pas au centre, mais plutôt marginal, à côté, sur les bords, ailleurs » (p. 88). Il repère un désinvestissement pour l'espace propre alors qu'un territoire demeure secrètement délimité (cf. 7.2. Grille du claustrum, chap. 5).

6.4.1. Spatialisation de l'identité subjective

L'idée de la spatialisation de l'identité a été déjà mise au travail par différents auteurs : F. Lugassy (1989) en ce qui concerne le rapport de l'adolescent à la ville.

« Le monde externe se trouve appelé en substitution de ce monde interne qui se montre régulièrement insupportable [...], reste à voir comment le monde externe peut échapper suffisamment aux projections qu'il reçoit pour constituer un monde acceptable » (G. Trastou, 2000, p. 15).

L'analyse de la clinique de la rue a montré que l'environnement extérieur devient le substitut de l'environnement intériorisé, autrement dit le monde psychique du sujet. Il n'en est pas seulement le substitut mais bien souvent le prolongement, voire le monde externe est le support du transfert de la psyché. De ce fait, l'environnement sera transformé et adapté, dans la mesure du possible pour les besoins psychiques du sujet. La diffraction est le mécanisme qui permet à l'environnement de supporter le transfert et les projections qui l'accompagnent dans le monde externe comme un moyen de décimer les persécuteurs et les objets internes polluants (en réponse à la question de G. Trastou sus-citée).

6.4.2. Discussion entre transfert et projection

Le problème de la projection est dû sur le plan conceptuel, à sa double appartenance aux processus normaux et aux mécanismes pathologiques. En effet, la projection peut être envisagée comme le fondement de toute perception, participant à la construction de la différenciation entre monde interne et monde externe et en même temps comme un procédé pathologique identifié dans la paranoïa par exemple.

Pour J. Laplanche et J.B. Pontalis (1963), la projection désigne un mouvement de centre vers la périphérie. Cette définition renvoie au terme de projection en général et prend un sens plus restreint en psychologie. Le mouvement psychique observé auprès des personnes SDF rencontrées relève de ce mouvement de rejet vers la périphérie.

S. Freud en 1895-96, relie la projection à la recherche de l'origine d'un déplaisir à l'extérieur. La projection est le prototype du mécanisme utilisé dans la paranoïa. En 1915, c'est à partir de la construction phobique que S. Freud comprend la projection comme l'identification par la perception d'un danger dans le monde extérieur qui conduit à la fuite et à l'évitement. Cependant, S. Freud maintient toujours une différence entre transfert et projection. La projection reste un mécanisme de défense primaire qui attribue à autrui ce que le sujet méconnaît à l'intérieur de lui. En tant que défense originaire du sujet contre les excitations internes trop intenses, la projection permet de distinguer ce qui vient de l'intérieur et ce qui vient de l'extérieur. Ainsi, il existe deux conceptions freudiennes de la projection. L'une selon le sens cinématographique et qui correspond alors à une illusion (projection de ce qui est méconnu). Et l'autre est un processus d'expulsion (jeter au dehors ce que le sujet refuse d'être). Dans cette perspective, S. Freud (1900) fait le lien entre projection et rêve :

« Un rêve est donc aussi une *projection*, l'extériorisation d'un processus interne » (1900, p. 145).

Pour **M. Sami-Ali**, la projection est au cœur même du processus représentatif à partir du corps en tant que schéma de représentation.

« ...la projection cesse d'être un processus désincarné pour reprendre racine dans le corps, lequel n'est ni sujet, ni objet, mais la condition même qu'il existe un sujet et un objet, soumis à la spatio-temporalité » (M. Sami-Ali, 1990, p. 139).

La subjectivité est médiatisée par le corps propre qui constitue en se projetant un espace, un temps, un objet. La projection n'est plus un mécanisme de défense, mais coïncide avec l'imaginaire en tant que création d'une réalité précédemment abolie.

« En ce sens, la projection, loin de se ramener à un mécanisme de défense, coïncide avec la possibilité même que le sujet, en se scindant, crée, en dehors de lui, un monde qui est lui » (M. Sami-Ali, 1990, p. 135).

La proposition du mécanisme de périphérisation topique rend compte du clivage du sujet et de la création d'un environnement à son image *qui est lui* pour reprendre les mots de M. Sami-Ali.

A la lumière de cette reprise théorique sur la notion de projection, nous pouvons dire que le mécanisme de périphérisation topique ne se distingue guère de la projection, au sens où le sujet expulse de lui-même et dans le monde extérieur (extériorisation) ce qu'il est et ce

qu'il ne veut pas être. Il projette au dehors à la périphérie de lui-même ce qui est au centre de sa personnalité selon la définition générale du terme de projection. Mais, ce projeté est déposé dans l'environnement **en demande d'adresse à un autre** et dans un processus bien plus complexe que pour seulement s'en débarrasser. La projection contient l'idée d'une attribution à un autre tandis que le transfert est une adresse à l'autre. C'est en ce sens que nous avons dit que le sujet tentait une relation secondaire avec ses parties éparses de lui-même déposées dans le champ social.

6.4.3. Discussion avec l'identification projective

L'identification projective (M. Klein, 1946), en tant que mécanisme de défense, n'est pas absente de cette clinique de la rue, mais reste au contraire une modalité relationnelle pour beaucoup de personnes rencontrées. J'en donnerai une illustration à partir d'une de mes premières rencontres cliniques dans le cadre de l'accueil de jour pour personnes marginales.

Il s'agit de la rencontre avec Stéphane, un jeune homme de 25 ans, toxicomane, suicidaire. Il demande un rendez-vous avec le permanent de l'association lors d'un accueil de groupe. Alors qu'ils sont en entretien, le permanent de l'association me demande d'intervenir immédiatement auprès de Stéphane qui me réclame *d'urgence*. Je répond alors, face à cette demande narcissisante pour moi : on avait enfin besoin de moi. Le permanent nous laisse seuls dans son bureau (relation excluante et exclusive) après avoir fait les présentations. Stéphane rougit jusqu'à la racine des cheveux et s'enfonce dans son foulard. Je m'installe en face de lui et lui demande ce qui se passe. Il répond : « ça ne va pas, je ne suis pas normal, ça tourne pas rond, je suis fou, je ne sais pas ce qui ne va pas dans ma tête ». Alors qu'il prononce ces mots, il a un regard particulièrement intense qui me pénètre en même temps que des moments de fuite dans le regard où je le sens « décrocher » avec un visage déchiré de douleur. Il parle aussi de suicide, de précédents rendez-vous avec des psychiatres qui lui « ont seulement donné des médicaments ». Il explique dans les moindres détails comment il a essayé de se suicider à plusieurs reprises (obscénalité). Quand je lui demande pourquoi il me dit tout ça, alors que je ne peux cacher mon trouble, il répond avec véhémence : « mais moi, je n'ai pas demandé à naître, ma mère, je l'emmerde, j'ai pas d'ami, les autres dans la salle, j'en ai rien à foutre !! ». Il s'énerve et parle alors du manque d'alcool qu'il ressent actuellement. Le permanent nous interrompt puisqu'il avait besoin de son bureau pour assurer les rendez-vous suivants. Cette situation a été particulièrement éprouvante pour moi à partir

de ce que j'ai pu ressentir de la détresse dont témoignait Stéphane, et à partir de mon sentiment d'avoir été "nulle".

En effet, pendant cet entretien, je m'applique à écouter, je développe même des pavillons auditifs imaginaires, mais je conserve l'impression d'être passée à côté du sujet souffrant. J'ai peur de mes réponses spontanées et je préfère souvent me taire et le soutenir par le regard. Même si je propose à Stéphane de revenir à un autre moment en lui fixant un rendez-vous, je reste persuadée qu'il ne reviendra pas. Ce vécu d'impuissance et d'inutilité interroge ma fonction pour lui. Je pense qu'il utilise mon impression d'être inutile pour me détruire en projetant l'objet interne sur l'externe pour l'identifier comme objet persécuteur : « la société est nulle, je n'ai pas demandé à naître » répète-t-il. Suite à cet entretien initiatique, je "déprime" en imaginant qu'il ne reviendra pas au prochain rendez-vous parce que peut-être il aura réussi à se suicider. Le mécanisme présent entre Stéphane et moi est l'identification projective, dans le sens où il s'introduit en moi pour me nuire. Par ailleurs, je tente de projeter en lui des choses bonnes en retour, de l'espoir ou de la vie.

En dehors des effets de séduction et des enjeux narcissiques de cette vignette, je voudrai insister sur la dimension de l'identification projective à l'œuvre dans cette relation courte et intense. Les vécus de nullité et de honte que je ressens orientent vers l'utilisation destructrice de la projection par laquelle Stéphane introduit de force des parties de son moi dans les objets dans le but d'en prendre possession ou pour préserver des objets internes et des parties de son moi en les mettant à l'abri dans l'objet. En effet, je reste préoccupée par sa situation en dehors même de mes présences à l'accueil de jour.

Aussi le mécanisme d'identification projective conduit-il au sentiment de solitude et à la honte dans le transfert (cf. B. Duez, 2000 a). Envisager ces vécus dans le sens du mécanisme de périphérisation topique permet de se dégager de la destructivité projetée pour entendre le sujet souffrant dans son réseau de liens internes. De la perception d'une relation duelle (voire dualiste), le transfert topique ouvre d'autres perspectives, notamment à partir du transfert des groupes internes du sujet dans un lieu de dépôt adéquat, parce que pris lui-même dans un réseau de liens intersubjectifs et intrapsychiques.

Au départ de l'errance, il y a la perception de la fragilité de sa place de sujet dans son groupe d'appartenance, puis la découverte de la fragilité de sa place sociale (chômage, divorce) qui donne le sentiment que la place occupée ne devrait pas être celle-ci. Autrement

dit, à partir de ces questions identitaires l'errance commence de ce fait de l'intérieur, avant de se réaliser physiquement.

6.5. Transfert des groupes internes et de l'énigme de l'origine

La clinique montre que les groupes internes transférés sont les fantasmes originaires (cf. 5.6.1.5. Scène et fantasme originaire, chap. 3).

« En raison de sa structure, de son contenu, le fantasme de la scène originaire est le prototype de la représentation-mise en scène du groupe primordial dont le sujet est issu » (Kaës R., 1994 a, p. 142).

6.5.1. La question des imagos

L'imgo maternelle est représentée dans la plupart des cas en double-face, sans cependant induire d'ambivalence. Cette imago est clivée entre une image idéal (la sainte vierge) et une image de prostituée. C'est le cas de Jean-Claude. Sa mère était alcoolique ainsi que son père. Il se souvient avoir dû élever ses frères et sœurs devant l'incapacité parentale à s'en charger. Alors que sa mère errait dans la ville, la grand-mère paternelle contenait un peu le lien familial jusqu'à son décès. Là, Jean-Claude prend en charge totalement l'éducation des plus jeunes qui le mettront à la porte lorsqu'ils ne supporteront plus son autorité excessive. Jean-Claude se marie avec une femme elle-même alcoolique et mythomane (imago maternelle). Il la surprend un jour avec deux hommes et la bat pour la première fois avant de la quitter. A partir de là, il erre de ville en ville et se trouve pris en charge par une congrégation religieuse. Il s'attache alors au prêtre qui décède peu de temps après. Ce décès introduit un nouveau départ dans l'errance pour Jean-Claude. Cependant la Sainte Vierge reste une imago idéalisée pour lui et figurée sous les traits de sa grand-mère. Il existe alors une impossibilité à fixer une image fiable et accessible de la femme-mère : soit mythomane (prostituée comme sa mère et sa femme), soit Sainte Vierge (comme sa grand-mère et son assistante sociale). De ce fait, toute rencontre avec une femme est impossible. Même s'il joue à la séduction avec les femmes travailleurs sociales, il met en jeu cette impossibilité « si je t'avais connu avant, si tu étais libre, si tu n'étais pas mariée avec le bon Dieu, ... ».

Les mères des sujets ont souvent été intériorisées comme objet excitant (Monsieur T. particulièrement).

6.5.2. Le travail de l'origine à travers l'errance

D'abord, le repérage de certaines formes verbales dans le récit des personnes oriente sur une tentative de se donner une origine pour mieux la quitter : « et j'suis parti », « partant de ça », « sorti de ça ». Ces formes verbales sont à relier avec le comportement du sujet qui tend à répéter les départs et les fuites dans la réalité matérielle, mais qui tend à renforcer le

clivage interne par périphérisation des expériences subjectives dans le monde extérieur. Comme le souligne D. Sibony (1990), « le paradoxe de l'origine est simple et terrible : il nous faut une origine à quitter, une d'où on puisse partir... » (cité par F. Rougeul, F. Mérini et M. Geffroy, 1994, p. 902). La répétition de ces départs dits dans le récit et mis en actes dans la vie à la rue, montre l'effort du sujet pour se donner une origine qui lui fait défaut. Cette compulsion à répéter le départ est non seulement une solution défensive, mais constitue un point d'origine. Bien souvent, la clinique montre que les mythes familiaux sont absents dans leur fonction symbolique. Qu'est-ce qui sert alors de cadre au fantasme ? La rue, l'espace lui-même de la rue et des groupes vont alors faire office de cadre pour rêver une origine.

Les récits de scénarii contiennent alors cette tentative de répondre à l'énigme de l'origine de la subjectivité par la localisation des protagonistes internes dans l'environnement du sujet. On pourrait dire que le sujet s'interroge sur son origine de la manière suivante : où suis-je né dans le désir de l'autre ? Il tente alors d'y répondre par la question de la géographie interpersonnelle qui se rejoue dans l'espace de la relation clinique, mais aussi dans l'espace des contacts dans la rue (du collage à la disparition).

La forme de la scène primitive est une scène où le sujet a une position paradoxale. Le sujet SDF a résolu l'ambiguïté en endossant la position de l'exclu à travers des scènes racontées comme fondatrices des difficultés de la personne. C'est à travers ces productions transférentielles que l'on reconnaît des éléments archaïques dans une problématique de l'origine.

Le sujet est enfermé dehors comme s'il ne pouvait repérer un lieu sécurisant dans l'environnement. Eu égard aux rencontres relatées dans ce travail et en référence aux rencontres du groupe de paroles¹⁴⁰, le sujet est enfermé dans un espace psychique interne dont il tente de se sortir. Il ne peut le réaliser qu'en transférant une partie de sa psyché dans le monde extérieur (tentative de clivage) par le mécanisme de la périphérisation topique.

L'environnement devient le lieu du transfert de la partie de la psyché dans laquelle le sujet est enfermé (claustrophobe). De même que nous avons décrit ce qu'il en est de la frontière et de la paroi de ce contenant, nous aboutissons à une grille d'analyse de l'intérieur du contenant dans lequel le sujet est plus ou moins enfermé.

¹⁴⁰ Le travail réalisé autour d'un groupe de paroles pour les personnes SDF ayant accédé à un logement nécessite une réflexion plus poussée et un travail d'après-coup encore insuffisant pour en rendre compte dans cette recherche.

7. PROPOSITION D'OUTILS ET DE GRILLES D'ANALYSE

7.1. De la confusion géographique au collapsus de la topique – discussion entre C. Janin et D. Meltzer

D. Meltzer (1967) parle de confusion géographique lorsque, par l'identification projective massive, il y a un effacement des frontières du Soi et de l'objet. La confusion géographique n'implique pas seulement une confusion entre l'intérieur et l'extérieur, mais aussi entre la réalité extérieure et la réalité psychique. D'une autre manière, le collapsus de la topique selon C. Janin conduit à la même confusion.

« La rencontre entre réalité psychique et réalité matérielle, entre fantasme et événement, abolit la distinction entre l'interne et l'externe » (C. Janin, 1996, p. 51).

Or, pour C. Janin, ce collapsus de la topique est une des figures du traumatisme qu'il attribue à la détransitionnalisation de la réalité, quand celle-ci ne peut plus être entre-deux.

Nous pourrions alors reprendre l'exemple de Madame L. qui défèque dans le temps de l'entretien. Est-ce, comme l'aurait dit D. Meltzer, une identification projective à un sein-toilettes, faisant preuve d'une confusion géographique ?

« Il s'avère qu'avant que le « sein-toilettes » interne ait été établi, le manque dans le monde extérieur d'un objet capable de contenir une telle souffrance [celle de la détresse infantile] rejette le Moi vers l'utilisation de l'identification projective massive avec un objet interne » (D. Meltzer, 1967, p. 88).

La défécation effective fait appel au transfert du sein-toilettes, représentation la plus primitive du sein. Ce que montre alors Madame L. est la forme la plus primitive de soulagement de la souffrance psychique par évacuation dans l'objet des parties du moi en détresse et des débris persécutoires des objets internes (figurés dans le discours par le bébé dont elle accouche en séance).

« Dans de telles circonstances, le sujet ne sait plus quelle est la source de son excitation, si elle est d'origine interne ou externe » (C. Janin, 1996, p. 24).

« On peut donc, me semble-t-il, avancer que cette rencontre, dans la réalité d'un événement qui vient comme un revenant, réaliser le désir antérieur, que cette *adéquation exacte* entre le monde interne du désir et le monde externe de la réalité matérielle provoque une sorte de *collapsus de la topique interne* dans lequel s'abolit la distinction même de l'intérieur et de l'extérieur » (C. Janin, 1988, p. 1457).

Le sujet ne peut plus avoir recours à l'épreuve de réalité pour distinguer ce qui vient de dedans et ce qui vient de dehors (comme dans l'exemple de Madame L.).

En somme, dans la situation des personnes SDF, les conceptions de ces deux auteurs me semblent compatibles, voire complémentaires (même si sur le plan technique, les approches engagent des voies de traitement tout à fait différentes). La clinique du traumatisme est particulièrement présente, de même que des formes d'identification

projective. Aussi la confusion des espaces psychiques internes et des espaces externes est-elle centrale dans l'errance des sujets SDF ce qui se rejoue dans la relation clinique.

Une hypothèse évoquée à la lecture de D. Meltzer est à étudier : les personnes SDF seraient des claustrophobes dans le monde interne de leur objet interne. Ils seraient des sujets enfermés au dedans, cherchant à s'échapper. L'appartement renverrait alors à une intériorité étouffante. Il y aurait confusion entre espace du monde extérieur et espace de l'intérieur de l'objet interne, selon la distinction géographique de D. Meltzer de l'appareil psychique. Cette hypothèse est à mettre à l'épreuve avec le fait d'habiter et de se comporter dans un appartement, à relier avec les angoisses et les vécus de suffocation à la visite des centres d'hébergement, avec des angoisses de claustrophobie. C'est le cas de John qui se sent comme étouffé lorsqu'il passe une nuit avec le dispositif mobile hivernal à visiter les centres d'hébergement. Il ne peut plus respirer dans le centre d'hébergement, ce qui l'oblige à ressortir dehors.

Ce que j'appelle la confusion des registres ou le défaut de parcellisation d'un espace en différents lieux pourrait correspondre à cette « confusion de zones et de modes » de D. Meltzer. Un des problèmes liés à cette phase de confusion de zones et de modes dans le transfert est « la tendance à la génitalisation diffuse de toutes les zones s'accompagnant d'une excitation et de recherche de satisfaction sensuelle » (D. Meltzer, 1967, p. 100). Le mode de passage à d'autres phases passe par le « tri des confusions ». Le tri des confusions de zones s'obtient par différenciation entre Soi et l'objet pour amener la position dépressive chez l'enfant et entrer dans le complexe d'Œdipe d'après D. Meltzer. Ce tri des confusions est un des indices identifié dans la clinique SDF comme le signe de l'investissement d'un lieu par la personne qui passe par la parcellisation. Madame R. ne peut accéder à ce tri et reste dans la confusion et l'intoxication de son lieu de vie lorsqu'elle y entasse ordures et déchets dans lesquels elle se confond elle-même. C'est alors que les qualités du contenant définies par D. Meltzer ne sont pas tenues par l'appartement.

« Tout claustrum est un contenant, tout contenant n'est pas un claustrum » (D. Meltzer, 1984, p. 566).

Le contenant doit avoir des limites pour que la fonction alpha puisse exister, être un lieu de confort, abrité de toute stimulation inappropriée venant de l'intérieur du corps, protéger l'intimité et donner le sentiment d'être unique en sa qualité d'exclusivité.

A l'inverse, la parcellisation des espaces des groupes témoignent de ce compartimentage de l'espace psychique que définit D. Meltzer, avec une fonction attribuée à chaque espace plus ou moins cloisonné.

7.2. Grille du *claustrum*

Je voudrai proposer maintenant une grille de lecture des indices du cadre du sujet dans les entretiens de recherche à partir de la proposition du *claustrum*.

Il existe en effet plusieurs parallèles ou analogies entre ce que D. Meltzer (1992) définit comme *claustrum* à partir de son travail d'analyste et ce que je rencontre dans les entretiens de recherche.

D. Meltzer observe que les enfants qu'il reçoit utilisent la salle de l'analyste comme l'intérieur d'un objet, l'analyste y est en tant qu'objet partiel contenu dans l'intérieur de l'objet.

D. Anzieu (1986) avait déjà montré l'homéomorphisme entre le cadre analytique et l'enveloppe psychique à partir de la projection du patient sur le cadre de sa propre enveloppe psychique.

Nous avons vu que le lieu où je suis reçue avait une importance quand au déroulement de l'entretien (à l'hôpital, chez la personne, dans la rue ou dans le local éducatif). Les signes de la présence de la personne sont plus forts et plus présents dans les entretiens dans les logements.

Les entretiens chez la personne et le repérage des signes du cadre du sujet, ont montré que le sujet me faisait entrer dans son cadre (ce qui suppose une certaine malléabilité du clinicien). Plusieurs transferts coexistent dans cette situation : le transfert du monde interne dans les murs, dans le lieu, et le transfert de la scène dans le récit de scénario.

Je propose de questionner ce qui se transfère du monde interne du sujet dans la situation actuelle de l'entretien. Nous avons jusque-là identifié le transfert des groupes internes à travers la présence actualisée des figures imagoïques et de leur configuration de liens. Avec l'hypothèse du transfert du *claustrum*, nous pourrions alors parler de *transfert de l'intérieur de l'objet interne* (cf. Anneau de Möbius). Le projet consiste à trouver des points de repères quant au lieu interne où vit le sujet et d'interroger comment le chercheur prend place dans cet intérieur. Aussi, dans un premier temps, je reprendrai les caractéristiques des parties du *claustrum* identifiées par D. Meltzer. Ensuite, je relèverai de nouveau comment la

clinique SDF impose son cadre en fonction de chaque sujet rencontré. Puis je tenterai d'élaborer une grille de lecture en confrontant les aspects du claustrum et ses caractéristiques pour chaque sujet.

D. Meltzer identifie trois parties du claustrum :

1 – tête-sein

2 – les organes génitaux

3 – le rectum

1 – correspond à la grandiosité, intellectualisme, seconde peau intellectuelle. C'est la figure de l'esthète. Le sujet qui vit dans cette partie du claustrum produit l'effet d'être frauduleusement adulte, il est une supercherie et se sent inauthentique. Ses angoisses portent sur l'aspect d'imposture et font redescendre le moi qui passe dans le bas du corps (organes génitaux).

2 – Ce qui caractérise cette partie du claustrum est l'érotomanie, la religion priatique (érection permanente), l'excitation maniaque (typique des bandes adolescentes sous forme de « gang » avec un leader psychopathe), la perversion et l'idéalisation de la destructivité, la toxicomanie. C'est la figure du caïd. L'angoisse correspond à celle de la claustrophobie qui fait redescendre le moi (vers le rectum).

3 – Cette partie du claustrum est la plus redoutable, la plus destructrice. Le sujet y est identifié au déchet, à l'épave, au WC ou au clochard (en tant qu'épave sociale). Cette partie correspond à l'analité la plus tyrannique. Tyrannie et soumission qui peuvent se répandre dans l'univers social. Les angoisses claustrophobiques conduisent le sujet à renoncer à habiter un objet interne et deviennent des angoisses dépressives ou tirent le moi à retourner dans l'objet interne. On ne peut plus alors être ni dedans ni dehors.

Mise à l'épreuve par la clinique

Pascal : Depuis un an, il vit dans un appartement composé ainsi : une pièce unique pour dormir, faire la cuisine et une salle de bain WC fermée. Il présente son investissement de l'espace de la sorte : il est tranquille depuis un an, il est bien dans cet appartement. Ce qui le dérange est l'odeur de cuisine mêlée à l'odeur de la cigarette. C'est pourquoi il brûle de l'encens, « deux bâtons par jour ». Il fait chaud dans son appartement. Il peut recevoir chez lui et ouvre alors la fenêtre sinon il aurait trop chaud et serait sans t-shirt. Ce qui le préoccupe

est que le frigidaire soit toujours rempli, car il a eu tellement faim dans la rue qu'il ne veut plus en souffrir. Il place donc son inquiétude sur la nourriture. Ce qui peut faire alors défaut chez Pascal est la confiance dans le sein-qui-nourrit.

Si l'on s'appuie sur l'analogie que D. Meltzer propose entre la salle de l'analyse et le *claustrum*, on peut se demander quelle représentation de *claustrum* Patrice présente-t-il dans la description de son appartement. Dans son espace privé, deux représentations sont coexistantes : l'odeur de nourriture (odeur sale) et l'odeur de l'encens (odeur bonne). Ceci correspond à la représentation des éléments du sein-toilettes ou à l'habitat du sujet dans le compartiment du rectum maternel :

« Vu de l'extérieur de l'objet, le rectum de la mère interne est un entrepôt pour les débris engendrés par les bébés internes et externes qui ne peuvent s'empêcher de salir le nid, qu'il soit pour eux ou pour les autres. Le père interne et son organe génital sont supposés effectuer des tâches héroïques d'importance vitale pour la mère et sa couvée » (Meltzer D., 1992, p. 98).

L'odeur de la nourriture salit (aspect maternel du compartiment) et Pascal nettoie par l'encens (aspect paternel du compartiment). L'accrochage aux odeurs peut rappeler la relation archaïque phylogénétique à la mère au moment où l'enfant vit dans l'utérus une relation gazeuse et aquatique avec elle. L'espace partagé commun est celui de l'air, ce qui n'est pas sans rappeler le *stade du respir* (J.-L. Tristani, 1978) ou la *psyché fluide* (D. Derivois, 1999).

Les qualités de l'appartement en tant que contenant :

- pas d'intimité, le voisin entend son réveil sonné, il entend aussi le voisin.
- les limites ne sont pas particulièrement floues ou précises,
- l'exclusivité dans le « chez moi »
- le confort est une qualité du lieu : « il y a tout ce qu'il faut ».

Jean : Avant même que je le visite, Jean décrit son appartement comme un lieu propre comparativement à celui d'un ami « qui sent mauvais ». Il montre son appartement comme un lieu où « il y a tout ce qu'il faut ». Et surtout qui est adapté à ses besoins, voire à ses handicaps physiques (difficultés de déplacement). On peut penser que l'habitat du *claustrum* se fait dans le compartiment du rectum : dans l'opposition propre / sale.

« Pour l'essentiel, nous avons affaire à une zone de la réalité psychique, imprégnée d'une atmosphère sadique, dont la structure hiérarchique de tyrannie et de soumission présage la violence » (Meltzer D., 1992, p. 98).

Dans ce compartiment, il n'existe qu'une seule valeur : la survie, confronter à la terreur sans nom d'être « laissé tomber », solitude absolue dans un monde d'objets bizarres. Jean décrit, en même temps que je suis dans la pièce principale de son appartement, des

expériences extrêmes qu'il a vécu dans cette même pièce. Il se souvient du jour où il a tenu les clés dans ses mains et où il a pleuré pendant plusieurs jours sur le sol jonché de cartons, tant il était heureux. Un autre souvenir l'envahit quand il s'est retrouvé complètement suffoqué, étouffé par une allergie dans la trachée. Il était alors resté immobilisé sur le sol de la pièce pendant plusieurs jours avant de pouvoir alerter le voisin du dessous par ses coups sur le sol. Le vécu d'abandon et de solitude évoque le laissé-tomber où le sujet est confronté à sa survie. La claustrophobie est de même figurée par l'étouffement dans ces lieux. En tant que contenant, ce lieu offre la qualité de confort d'après la description de Jean, il en a éprouvé les limites par contact direct avec la paroi (le sol), mais il ne possède pas la qualité explicite de l'exclusivité si ce n'est dans la formulation du « chez moi », ni la fonction de l'intimité.

Madame R. (cf. 1.1.6.2. Contamination psychique et procédures de décontamination chez Madame R., chap. 3) : dans son appartement, tout est confusionné : ordures, déchets, ses propres excréments, sa couche. Selon D. Meltzer, elle vivrait dans l'espace du rectum maternel.

Monsieur B. (cf. 5.2. Monsieur B., chap. 3) : Dans le fil associatif de son récit, il dessine le plan de sa chambre de foyer, puis une maison (cf. 5.6.2. Représentation figurative de la topique subjective de Monsieur B. à travers ses dessins, chap. 3). On passe de l'intérieur descriptif à l'extérieur d'une maison. A partir du schéma de la chambre, peu de qualités sont données à cet intérieur. On peut cependant comprendre que pour Monsieur B., elle est trop petite et encombrée d'objets « je voudrais rentrer dans ma chambre sans bousculer ma table et pis la chaise ». **Le sujet n'est pas seul dans le claustrum. C'est sans doute la dimension que D. Meltzer laisse de côté. Même s'il est unique et intime, la qualité du claustrum est aussi de fournir des modalités de liaison avec d'autres** : « on est cinq, on est pas tous dans une chambre » dit Monsieur B.. Le dessin de la maison montre l'insistance de Monsieur B. sur le contour (il repasse sur les traits), comme pour accentuer cette fonction de limite (limitation). Il insiste sur la porte de la maison et sur les modalités d'entrée avec la marche devant la porte. L'entrée est une des structures du claustrum.

Monsieur B. exprime le fait qu'il était « enfermé dehors », il n'avait plus les clés pour entrer dans cette maison qu'il ne possédait pas, puisqu'il en était locataire. La maison n'est plus habitée, même s'il a « des trucs dedans » précise-t-il. Nous pouvons penser que Monsieur B. fait la description de son rapport à l'objet interne mélancoliforme ou *du passage du*

claustrum à la crypte. Il existe un espoir pour lui puisqu'il y a de la fumée qui sort de la cheminée, comme si quelqu'un habitait là, alors qu'il dément « non, non, il n'y a personne ». Cet espace cryptique (N. Abraham et M. Török, 1978) semble contenir la part la plus intime de Monsieur B. par la figuration des valises.

Dans les espaces des groupes, à partir de ce que j'ai repéré comme de la parcellisation, on peut dire que ce découpage géographique représenterait une forme de compartimentation à l'image du *claustrum*. Aussi, je reprendrai les exemples déjà cités des groupes observés.

Le groupe en lieu d'accueil utilise l'espace disponible d'une certaine manière et met en avant quelques qualités du contenant.

Le rectum maternel pourrait être figuré par l'espace de la rue, du dehors du lieu d'accueil dont les critères sont la violence, la bagarre, l'alcoolisation. Le sein/ bouche / toilettes est figuré par la salle d'accueil où manger, boire, fumer, regarder, être regardé, respirer la fumée, et l'odeur en sont les éléments principaux. Caractérisé par les mouvements d'entrée et de sortie (analité), ce lieu comporte la porte d'entrée comme élément important (figuration de l'instance moïque de compromis). Les qualité d'intimité, d'isolement et de secret sont situées dans la cuisine. Tandis que le bureau de la permanente a la qualité de procurer un lien d'exclusivité par rapport aux autres « je viens voir Madame M. ». Dans cette configuration, la limite du contenant n'a qu'une fonction limitative, pas de possibilité de conteneur (fonction alpha).

Il est difficile de prolonger l'analogie entre *claustrum* et modalité d'investissement des lieux des groupes dans la rue car il existe alors peu de paroles des personnes les occupant pour qualifier ces lieux. D'autre part, le *claustrum* est privé et personnel, propre à chacun. Comment envisager un *claustrum* groupal ? Je parlerai plutôt d'*imaginaire groupal transféré, actualisé dans un lieu dont l'organisation matérielle rend compte*. Il n'est cependant pas surprenant de trouver une forme de parcellisation dans les lieux des groupes puisque, à l'image de l'appareil psychique individuel, l'appareil psychique groupal s'appuie sur des organisateurs communs au sujet et au groupe (R. Kaës, 1976). Et, le sujet vit dans un type de *claustrum* ou dans un compartiment particulier ce qui intervient dans la construction d'un imaginaire commun.

L'appartement n'est plus le prolongement du corps seulement, il est la reviviscence du *claustrum* dans lequel le sujet est enfermé. *L'hypothèse d'une claustrophobie interne* repérée

cliniquement (cf. John ou Madame R.) pourrait rendre compte des vécus d'étouffement et de l'enfermement du sujet dans une partie de son monde interne, soit dans son claustrum privé.

Ce que nous montre ce travail par analogie avec la grille de lecture de D. Meltzer est la part que j'ai laissé de côté de ce qui se transfère dans le temps et l'espace de l'entretien de recherche, c'est-à-dire l'espace du corps maternel. L'étayage au corps de la mère et à l'image du corps sont cependant constitutifs du monde interne du sujet.

Avec le modèle du claustrum, il ne s'agit pas seulement de définir des territoires psychiques (des compartiments) mais aussi de voir comment se font les passages d'un lieu à un autre, par l'intermédiaire de la limite de la membrane entre les compartiments.

Cependant, la mise à l'épreuve de cette grille du claustrum pour la clinique SDF mériteraient d'autres approfondissements et reste proposée en tant qu'ouverture au modèle de la périphérisation topique.

8. OUVERTURE, DEBATS

Dans cette partie, je voudrai proposer des ouvertures à partir de ce travail sur des axes qui n'ont pu être explorés fautes d'éléments cliniques ou en tant que préoccupation annexe à la problématique de recherche. Ainsi l'exploration de la question de l'errance ouvre à la problématique de la transmission psychique aussi bien pour comprendre l'implication des liens transgénérationnels du sujet en errance que pour envisager la filiation dans l'éventualité de sa descendance. Par ailleurs, l'errance fait référence à d'autres types de symptômes comme celui de la phobie ou celui de la toxicomanie. Enfin, partir et quitter sont des procédures de l'errance qui se recoupent avec celle de la mise en exil des populations qui se déplacent pour différentes raisons sociales et politiques.

8.1. Transfert et transmission

On pourrait parler du transfert dans la perspective d'une transmission de la vie psychique.

« Le transfert est transmission (die Übertragung) et réciproquement, les objets de la transmission sont repérables dans le transfert » (R. Kaës, 1996 a, p. 69).

La forme du transfert par dépôt pourrait correspondre alors à la transmission d'incorporats (J.C. Rouchy, 1997) ou des agglutinats du moi (J. Bleger, 1967), c'est-à-dire d'objets non transformés faisant preuve d'un défaut symbolique comme nous l'avons vu précédemment. On pourrait aussi parler d'enkystement dans l'inconscient du sujet d'une partie des formations inconscientes d'un autre qui se transmettrait dans le dépôt de manière brute (incorporats). N. Abraham et M. Török (1978) en parlent en termes de *secret inavouable*, de *fantasme de l'ancêtre* qui vient hanter le sujet, ou encore *d'une faute cachée* dans le cas des transmissions transgénérationnelles. Dans le sens du dépôt SDF, le processus de transmission est direct, sans transformation des contenus transmis. Il s'agit de ce que R. Kaës (1998) qualifie de transmission – répétition sans fantasme de transmission, à la différence d'une transmission transitionnelle dans laquelle le sujet s'approprie et se représente la transmission du contenu transmis. Cette transmission – répétition est traumatique car elle est non transformée et vouée à la répétition du même (réplique) à travers les générations ou entre les contemporains. Ce type de transmission est caractérisée par l'absence de l'intervention de la fonction symbolisante du préconscient. Les prospections actuelles montrent que ce qui fait défaut chez le sujet SDF est l'appropriation de son histoire subjective qui a du mal à s'inventer, à se retrouver – créer.

8.2. Des psychopathologies associées

J'aborderai ici seulement quelques formes des pathologies associées à l'errance ayant préalablement dégagé les questionnements nosographiques que posait l'errance à partir de la discussion avec le diagnostic de la psychose, la référence à la psychopathie et les aspects névrotiques de l'errance (cf. 2.4.4. L'errance interroge la nosographie, chap. 1). La perspective de la phobie avait été le point de départ du modèle d'appréhension du groupe observé en lieu d'accueil, nous verrons comment les découvertes théoriques et cliniques de cette recherche viennent relancer cette première forme de compréhension de la phobie. La perspective de la toxicomanie au regard des procédés calmants permet une ouverture comparative du fonctionnement errant avec d'autres approches.

8.2.1. Discussion avec la phobie

« Apprivoiser la peur en la rapportant à des dangers siégeant dans l'environnement peut être conçu [...] comme une défense contre l'effroi du traumatisme irréprésentable et une tentative de lui donner une forme, un nom » (G. Szwece, 1993, p. 37).

Ceci correspond exactement à ce que j'ai pu décrire de la fonction des objets phobiques et des objets contra-phobiques au sein du groupe de SDF en lieu d'accueil. Il s'agissait pour le groupe d'identifier dans l'environnement des objets (ou des personnes ou des lieux) comme faisant peur et suscitant un danger pour la personne et de se munir d'objets protégeant ou annulant tout risque. L'outil des procédés autocalmants permet maintenant de réunir ces comportements d'évitement, de fuite, et de couplage dans une dynamique de lutte contre l'effroi de la situation traumatique.

8.2.2. Toxicomanie et procédés calmants

La toxicomanie et les procédés calmants ont la même fonction, celle de rétablir le calme sans apporter de satisfaction dans un processus progressif. A. Vexliard voyait dans les errants des gens qui allaient chercher des excitants psychiques dans le voyage. On peut dire que l'errant fait preuve d'un défaut de l'altérité et à recours aux addictions pour se sentir exister. Le lien entre l'errance et la conduite ordalique a déjà été relevé (cf. 1.1.4. La mort, le décès, chap. 5), mais je voudrai insister ici sur l'implication des conduites addictives en reprenant l'idée de M. Valleur et E. Jérôme :

« Les addictions seraient donc bien des conduites à deux faces, l'une de dissolution du sens, de désobjectivation, l'autre de quête spirituelle, de la source même du sens » (1997, p. 81).

Dépendance et immédiateté sont liées. L'immédiateté vise l'obtention non différée d'une supposée satisfaction et l'évitement de l'émoi.

« L'utilisation addictive de toxiques n'est pas une dépendance à un objet interne, mais une « position de dépendance » qui survit à l'arrêt de l'intoxication » (A. Natasi, 2000, p. 22).

La relation d'excitation recherchée dans la relation avec le clinicien chercheur par Monsieur T., permet de comprendre qu'il n'y a que l'excitation qui permet de le calmer.

8.3. La question de l'exil

Poser la question de l'exil est une autre manière d'aborder l'errance et le départ des personnes SDF. En effet pour plusieurs d'entre elles, nous avons constaté la nécessité du départ face à certaines situations identifiées comme débordant le sujet. Que peut alors apporter le modèle de l'exil dans des situations où le sujet part, quitte sa vie d'adulte, avec parfois à l'origine quelque chose de l'ordre de l'exil, comme pour Monsieur M. ou pour Monsieur A. ? J'interrogerai ici, particulièrement pour ces deux cas, comment la question de l'interculturalité peut avoir un sens dans leur errance.

8.3.1. De l'exil à l'errance ou inversement ?

Monsieur A. est en situation d'appartenance double, ce qui lui pose justement un conflit identitaire. Monsieur A. nous impose une réflexion sur la notion d'exil et sur les processus psychiques à l'œuvre dans l'exil, avec la question suivante : quelle part prend l'exil dans l'errance ? Il ne s'agit pas de confondre exil et errance. Quelle est la part de désir dans l'exil et dans l'errance particulièrement pour un sujet qui a été contraint à l'exil dans le cas de Monsieur A., alors enfant lorsqu'il quitte son pays d'origine. Il en a été autrement pour Monsieur M. qui choisit de s'exiler en France lorsqu'il est adolescent. Dans le désir d'exil, on peut reconnaître chez le sujet, le désir de rupture avec un passé, désir de désaliénation, désir d'affirmation du sujet ou désir de nouveaux liens, désir d'intégration à la société d'accueil qui ne passe pas nécessairement par la négation de leur passé. Dans le cas de Monsieur M., on peut reconnaître la part du désir du sujet de s'affirmer d'une part, dans son rapport à l'autorité paternelle figurée par le pays d'origine, et d'autre part dans une quête d'intégration dans un pays d'accueil figurant une tentative de réparation du lien maternel en défaut dans sa propre histoire. Il parle parfaitement le français en conservant un accent du sud, mais il a aussi maintenu une relation avec sa langue maternelle en la pratiquant en France. On peut dire, et

en tenant compte de l'expérience des auteurs qui traitent de l'exil qu'il a réussi d'une certaine manière son exil, en ne niant pas ses propres racines.

« J'avance ici que *l'exil réussi est un exil qui ne nie pas ses racines* et qui permet au sujet d'intégrer le familial et l'étranger, d'articuler la langue maternelle et la langue de l'autre » (B. Jalil, 1997, p. 34).

Qu'en est-il pour Monsieur A. ? L'exil réussi correspond à la position de reconnaissance du double pour retrouver en soi son premier personnage, c'est-à-dire le personnage authentique. Nous pourrions dire que Monsieur A. n'est pas dans un déni de son personnage authentique, mais que, dans une confusion des deux personnages, il est amené à en créer un autre. Pour Monsieur M., on peut penser que la problématique de l'errance intervient davantage à un niveau événementiel qui vient réactualiser l'exil sous sa forme d'errance.

L'exil de Monsieur M. intervient au moment où il est adolescent.

« Par la contrainte ou par l'épreuve, des adolescents parfois se mettent en risque quand ils interrogent les scènes culturelles et psychiques au sein desquelles prendre corps » (O. Douville, 1997, p. 61).

« L'universalité de l'exil est à entendre au sens où la donnée de départ pour tout être humain [...] est la séparation d'avec son origine ». « L'indétermination de l'origine, de l'appartenance et du destin creuse un écart qui nécessite la construction de fictions, de montages symboliques permettant aux hommes de faire lien entre eux et de pallier leur déréliction » (R. Stitou, 1997, p. 14).

Un être exilé est un « non-demeuré » (il n'est pas demeuré sur place). Aussi, si l'exil est une expérience originaire pour chacun d'entre nous, ce qui s'inscrit subjectivement sont les traces de cette expérience. Certains sont submergés par la nostalgie de l'ailleurs originel (mélancolie ?).

« La difficulté à effectuer un passage vient révéler un échec de l'exil dans sa dimension métaphorique au profit d'une stase dans la jouissance de l'objet nostalgique » (R. Stitou, 1997, p. 16).

J'ai déjà parlé d'objet nostalgique particulièrement convoqué au moment de l'approche de la mort par Madame D.. Nous pourrions alors envisager l'épreuve de la mort comme le passage ultime, reconvoquant les traces de l'exil originaire et du coup l'objet nostalgique.

Les cliniciens qui travaillent plus spécifiquement sur les problématiques interculturelles, montrent comment avec les personnes exilées de leur pays d'origine, « le soin rend compte d'une confusion entre ce qui relève des éléments culturels et des processus psychiques » (R. Stitou, 1997, p. 24). Ainsi, nous comprenons que Monsieur A. s'exprime à travers les cadres conceptuels de sa culture, qu'il reprend d'ailleurs comme contre-identification. Il dénigre les musulmans qui mangent du porc en revendiquant son racisme envers les Arabes. Peut-être pouvons-nous entendre sa propre difficulté à s'identifier à sa

culture d'origine, avec la culpabilité d'être alcoolique alors que les rites religieux l'interdisent.

8.3.2. La question de la fiabilité de l'objet interne

O. Douville utilise l'expression « *exil de l'altérité interne* occasionné par une défaillance des contrats d'étayage entre sujet, groupe et processus de transmission » (1997, p. 66). Cet exil ne fabrique pas d'objet interne fiable. Ainsi, par l'approche de l'adolescence dans l'analyse du malaise contemporain du lien social, nous accédons à une autre manière de dire que l'étayage groupal fait défaut pour les personnes SDF. D'une part, nous avons vu comment le sujet était habité par un objet nostalgique, mort ou mourrant, et d'autre part, nous avons vu comment le groupe réel était le support du transfert des groupes internes du sujet. La place de l'autre en soi pose directement la question de l'identité subjective. C'est comme si, le malaise dans le lien empêchait la saisie de l'altérité.

CONCLUSION, PERSPECTIVES

Il est difficile de conclure une recherche qui a eu pour fonction principale de dégager des pistes de recherche dans une perspective exploratoire d'un champ ouvert depuis peu en psychologie clinique. De plus, ce dernier chapitre a déjà une fonction de synthèse des éléments de conclusion eu égard à la confrontation des hypothèses avec la clinique individuelle et groupale. Cependant, que ce soit du point de vue méthodologique ou du point de vue clinique, cette prospection aura peut-être eu pour effet d'assouplir la frontière entre souffrance sociale et souffrance psychique pour proposer des modèles d'articulation. La possibilité même de rencontrer des sujets en situation de grande exclusion sociale et très marginalisés démontre qu'une intervention psychologique auprès de cette population ou auprès des travailleurs sociaux est importante non seulement du point de vue de l'avancée de la recherche, mais aussi en tant que support à l'émergence de la pensée pour le sujet souffrant. La demande d'aide ou d'écoute souvent cachée peut émerger à partir du moment où l'écouter accepte d'entrer dans la scène de l'autre et d'y être accueilli, d'être malmené dans son identité professionnelle et personnelle pour amener le sujet à découvrir un espace de sécurité psychique.

Notre questionnement de départ portait sur l'investissement massif de l'espace de la ville et de la rue par les personnes sans domicile fixe chronique, rencontrées dans une grande agglomération. La préoccupation de recherche s'inscrit alors dans un champ problématique articulant les dimensions de l'espace, du groupe, de la psyché et du soma dans une perspective de compréhension de la psychodynamique de l'errance. Comment comprendre le maintien de la personne SDF dans la rue du point de vue de la dynamique psychique subjective ? Cette problématique inscrite dans le champ social méritait d'être explorée dans les champs connexes à la psychologie clinique à travers l'histoire du vagabondage, à travers la mise en place des lois spécifique à la citoyenneté, à travers la sociologie, à travers les recherches en médecine et en psychiatrie et enfin à travers les champs de la psychologie clinique traitant des problématiques proches de l'errance (l'errance adolescente, le modèle du clochard, l'enfermement, la perte du travail, les recherches sur la spécificité du monde de la rue et enfin, la clinique de la migration). Les hypothèses de recherche s'inscrivent directement dans cet état de la question et dans un champ conceptuel restreint aux conceptions de l'espace psychique individuel et groupal, à la dynamique du transfert et aux approches psychosomatiques.

Au regard des explorations et des analyses de la cliniques de la rue, que peut-on conclure des hypothèses avancées ?

L'hypothèse d'un mécanisme de transfert dans l'espace extérieur a été démontrée à travers la clinique et l'apport de la notion de transfert topique (B. Duez, 2000 a). Ce mécanisme a été identifié par le mécanisme de périphérisation topique qui se présente comme une forme d'organisation psychique maintenant un lien entre le monde interne et le monde externe par le moyen d'une relation secondaire en actes dans le parcours dans la ville. Le sujet est exclu de lui-même, se situant à la limite du dehors et du dedans. Le sujet transfère des éléments internes à la périphérie de lui-même. J'ai décrit une forme de clivage du centre à la périphérie qui dénonce une difficulté du sujet à trouver sa place. *Aussi cette recherche ouvre-t-elle des perspectives sur la pensée du topique, plus seulement dans une dichotomie dehors / dedans ou moi/ non moi, mais plutôt dans l'articulation entre le centre et la périphérie du sujet.*

L'hypothèse de l'absence d'espace transitionnel ne se pose alors plus dans cette perspective, puisque, espace interne et espace externe sont confondus par un collapsus topique. La dialectique dedans/ dehors n'a pas de sens pour le sujet SDF, même s'il tente de réintroduire des différenciations entre les espaces par le procédé de la parcellisation des espaces externes par exemple. L'espace psychique est étendu à l'espace externe et les mécanismes psychiques se transfèrent en procédures dans l'espace extérieur.

Plusieurs procédures de détoxication ont été identifiées et viennent suppléer les mécanismes psychiques défaillants ou insuffisants à conserver un espace psychique interne sécurisant.

Procédure 1 : la fuite, le déménagement par abandon des lieux et des affaires intoxiquées imaginativement. Cette procédure rend compte d'une difficulté à dépolluer le monde interne.

Procédure 2 : l'aménagement dans l'espace du groupe d'un lieu de décontamination. Cette procédure marque une première tentative de déconfusion des espaces et une possibilité d'unification des parties disjointes.

Procédure 3 : intervention d'un tiers qui contraint au déménagement. Cette procédure signe le débordement interne et la dépendance envers le monde extérieur et envers l'objet.

Ces procédures en actes dans l'espace externe sont le signe d'un épuisement des défenses psychiques du sujet qui s'organise alors selon différentes modalités.

En effet, plusieurs modalités d'organisation psychiques ont été décrites à partir du mode de fonctionnement dans la rue, du mode de groupement ou d'isolement de l'individu, et de son rapport au corps. *Aussi cette recherche montre-t-elle, à partir du travail sur les conditions de figurabilités de la psyché, de nouvelles formes de figurabilité qui restent à approfondir.*

A partir des modalités de groupement des personnes SDF matérialisées dans l'espace externe, et à partir des comportements des personnes isolées, nous pouvons définir deux modalités de la groupalité SDF qui rendent compte de deux modalités d'errance.

Le modèle 1 de groupalité par couches successives, du noyau à la périphérie représente le mode d'organisation psychique du sujet par le mécanisme de périphérisation topique. Le mouvement du centre à la périphérie oriente vers une structuration psychique sous forme de strate et vectorisé.

Le modèle 2 de groupalité par réunification des éléments éclatés représente le mode d'organisation du syndrome de l'escargot qui tente de pallier au défaut de liaison interne des éléments psychiques en agissant dans le monde externe (par la marche, notamment) la liaison entre les partis éparses transférées dans l'environnement.

Aussi modalités de groupement et organisations psychiques subjectives sont indissociables. Le fonctionnement psychique individuel s'inscrit dans la groupalité. *Cette recherche invite, dans l'investigation scientifique et thérapeutique, à bouger les frontières entre intrapsychique et intersubjectif.*

Le sujet se diffracte dans l'espace externe et dépose dans plusieurs lieux de la ville des parties de lui qui se figurent sous forme de scénarii. A partir des éléments du récit des personnes SDF, les scénarii racontés et répétés orientent sur la constance d'une structure d'une Scène, principalement, celle du fantasme originaire de scène primitive. Il s'agit à chaque fois de tenter de répondre à la question de l'origine du sujet et de son identité de sujet. La scène est dans la rue, en tentative d'organisation, et constitue la forme de l'organisation de liens transférés et mis en scène dans l'espace social. Ce défaut d'ancrage dans une identité stable et fiable trouve une origine dans l'exclusion du sujet de lui-même à partir de la confrontation avec la scène d'un autre, où la place du sujet est en inadéquation topique dans le désir de l'autre. La rencontre traumatique effracte l'enveloppe psychique et corporelle du sujet qui ne trouve alors plus de place dans son monde interne.

Ce qui relève du traumatisme dans cette clinique de l'exclusion est le résultat d'une inadéquation topique entre deux scènes (interne et celle imposée du dehors par l'objet d'investissement) ce qui provoque la hors-place du sujet (délocalisation psychique). A cette occasion, le trauma présente une potentialité subjectivante. Le sujet advient à lui-même à ce moment-là, au moment de la confrontation de sa place dans la disposition interne de l'autre (autrement dit dans son désir). L'errance aurait alors pour fonction de retrouver une place, une inscription dans sa psyché, dans les groupes internes par le transfert de la scène traumatique sur d'autres scènes à la recherche de l'autre (dans la collectivité et dans les groupes réels).

L'espace de la rue et de la ville, aussi bien que l'espace du groupe ou l'espace du dispositif de recherche permet le transfert des groupes internes du sujet et révèle la confusion entre l'espace du dehors et l'espace du dedans.

« Le surinvestissement de l'espace géographique interviendrait pour pallier les défaillances qui touchent l'aménagement d'un espace psychique. Les difficultés de sériation de ces différentes formes de spatialisation, mettraient en cause la possibilité de différencier la réalité externe d'une réalité psychique ». (F. Goldberg, 1994 b, p. 93).

Le corps est, au même titre que la rue et le groupe, le support d'une scène interne périphérisée.

Au terme de cette recherche, la prise en compte des éléments de réalité et des objets concrets (clinicien, objets durs, récits) prend une part essentielle dans la prise en charge des sujets en souffrance de lieu de dépôt des éléments internes à dépolluer. La question du lieu du sujet (autochtonie subjective) se pense aussi à partir des lieux réels d'habitation de la personne en errance et de ses repères historiques et chronologiques accessibles et reconstruits.

De nombreuses questions ont été soulevées et restent en suspend au cours de ce travail de recherche, tant du point de vue psychopathologique, pratique, que méthodologique. D'autres perspectives d'exploration s'ouvrent alors, notamment celle de la filiation, celle de la dynamique létale, ou celle de la problématique de l'habitat (interne et externe). En effet, comme je le faisais remarquer dans les Ouvertures, la question du transgénérationnel reste une piste de recherche à approfondir, d'autant que pour la plupart des personnes SDF rencontrées, les difficultés d'inscription dans l'ordre de la filiation pesaient particulièrement sur la construction de leur identité subjective. Par ailleurs, sur le plan clinique, je constate actuellement la coexistence de plusieurs générations dans la rue, du père au fils et au petit-fils

qui vivent dans les mêmes conditions de clochardisation ou en prennent le pas dans la répétition du même. Aussi, cette problématique de la filiation pour les personnes en situation de grande exclusion sera approfondie dans le cadre d'un projet de recherche collective¹⁴¹ à partir du décès des personnes SDF.

La proposition d'une grille du claustrum relevait également un des aspects en suspens dans cette recherche, à savoir l'étude des représentations du corps et de l'image du corps comme support aux figurations du contenant interne. Aussi, un projet de recherche sur l'habitat, dans la continuité du travail du groupe de recherche LERR, s'élabore pour répondre aux questions des liens entre lieu réel d'habitat et lieux psychiques du sujet.

Enfin, mon engagement dans la clinique et dans l'accompagnement des personnes sans domicile fixe s'est prolongé par la mise en place d'un groupe de parole, expérience riche en apports de connaissances sur la dynamique psychique de l'errance, mais qui relance aussi d'autres questions, d'autres ouvertures à notre réflexion quant à une pratique possible auprès des personnes délocalisées psychiquement.

¹⁴¹ Projet de recherche conçu en partenariat avec l'ORSPERE et la FNARS, "La mort : révélatrice de l'histoire du sujet".

Lexique

Parcellisation (de l'espace des groupes et de l'individu isolé) : modalités en actes et en mouvement du processus primaire de la diffraction.

Décontamination (procédures de) : procédures en actes (déménagement, fuite) du processus de décondensation.

Périphérisation topique (mécanisme de) : ensemble de mécanismes de défense qui rend compte d'une tentative de cicatrisation des béances narcissiques à partir du transfert dans l'environnement des parties éparses du moi à la périphérie du sujet. La protection du noyau de la personnalité est assurée par la diffraction à la périphérie et sur des supports groupaux des persécuteurs internes et des parts cassées du moi.

Syndrome de l'escargot : mécanisme de circulation dans l'espace de la rue dans une tentative de reliaison secondaire des éléments éparses de la personnalité du sujet par quête d'un lieu contenant. Tentative d'unification par le dehors et par la l'activité motrice. Signe de l'échec de la constitution d'un contenant interne sécurisant, tout garder sur soi à défaut de se localiser dans un lieu sécurisant.

Localisation : processus d'identification d'un objet interne ou d'une partie d'un objet dans un lieu du monde extérieur par rapport au sujet lui-même. Localisation dans l'espace de la rue d'un lieu dangereux, localisation d'une personne dans la topique groupale de sorte à circonscrire un espace délimité de relation, de circulation et de déplacement.

Assignation topique : procédure de localisation d'un sujet dans la topique groupale par contrainte à tenir une place dans l'espace matériel du groupe adéquate à la place imaginaire qui lui correspond.

Transfert topique : déplacement et diffraction de la topique interne subjective sur des supports externes collectivisés (groupes, rue, villes, relation transférentielle) à l'adresse d'un autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM N., TÖROK M., 1978, 1987, *L'écorce et le noyau*, Flammarion, 480 p.
- ABRAHAM A., 1983, "Le groupe en images Le test: "Dessinez un groupe" D.A.G.", *Bulletin de psychologie*, XXXVII, n°363, pp. 177-191.
- ACHARD S., HELMAN A., RUSZNIEWSKI M., 1996, "La relation aux malades en fin de vie", *Champ psychosomatique*, n°5, pp. 119-137.
- AGOSTINI D., 1996, "Passage interdit", *Adolescence*, 14, n°1, pp. 43-57.
- AISENSTEIN M., DREYFUS S., 1995, "Psychosomatique et modèles philosophiques", *Revue française de psychosomatique*, n°7, pp. 153-171.
- ALAPHILIPPE D., BERNARD C., OTTON S., 1996-97, "Estime de soi, locus de contrôle et exclusion", *Bulletin de psychologie*, n°429, pp. 331-338.
- ALBY N., 1999, "Pourquoi faut-il donner un sens au cancer?", *Le journal des psychologues*, n°170, pp. 23-26.
- ALLOUCH E.,
- 1992, "Corporéité et psychose infantile", *Psychanalyse à l'université*, 17, n°66, pp. 3-25.
 - 1993, "L'objet. Représentations du corps et psychose infantile", *Revue de médecine psychosomatique*, n°33, pp. 85-98.
 - 1998, "Psychose infantile et autisme : les deux voies de l'identification primaire comme dédoublement des deux modalités du contact", *L'évolution psychiatrique*, 63, n°3, pp. 379-392.
- AMADIEU P., 1995, "Délinquance et exclusion : nouvelle version de la poule et de l'œuf et si on pensait aux poussins et donc à l'avenir?", *Sauvegarde de l'enfance*, n°3, pp. 268-273.
- ANDERSON N., 1921, *Le hobo. Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan, 1993.
- ANGULO F., 1994, "Pierre Marty, Barcelone et la psychosomatique", *Revue française de psychosomatique*, n°6, pp. 167-172.
- ANSERMET F., 1999, "Modèles psychopathologiques du phénomène psychosomatique chez l'enfant", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 47, n°3, pp. 161-168.
- ANZIEU A., 1989, "Processus transférentiel et symbolisation", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1619-1627.
- ANZIEU D.,
- 1966, "Œdipe avant le complexe ou l'interprétation psychanalytique des mythes", *Les temps modernes*, n°245, pp. 675-715.
 - 1971, "L'illusion groupale", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°4, pp. 73-92.
 - 1972, "La fantasmagorie orale dans les groupes", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°6, pp. 203-213.
 - 1974, "Le Moi-peau", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°9, pp. 195-208.
 - 1975 a, *Le groupe et l'inconscient*, Paris, Bordas, 1981, 234 p.
 - 1975 b, *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Paris, Bordas, 281 p.
 - 1985, *Le Moi-peau*, Paris, Bordas, 1995, Dunod, 291 p.
 - 1999, *Le groupe et l'Inconscient*, Paris, Dunod, 260 p.
- ANZIEU D., HOUZEL D., et coll., 1987, *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod, 252 p.
- ANZIEU D., et coll., 1993, *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, 212 p.
- ARDIET G., 1998, "Les pathologies du champ social, peut-on parler d'une pathologie due à l'exclusion?", *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, II, n°16, pp. 77-78.
- Art. 46 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale.
- Art. 102 du Code Civil.
- Art 102, 103 et 104 du Code pénal.
- Art. 192 à 202 du Code de la famille et de l'aide sociale.
- Art. 223-3, 223-4, 223-5, 223-6 du Code Pénal.
- Art. 226-4 du Code pénal.
- Art. L. 351-9 et L. 351-10 du Code du travail.
- ARVEILLER J., 1996, "Le voyage automatique", *L'évolution psychiatrique*, 61, n°3, pp. 579-612.
- ASSEO R., 1996, "A propos de quelques apories du modèle de Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique*, 2, n°10, pp. 29-38.
- ATHANASSIOU C., 1994, "L'apport de l'analyse de l'enfant à l'analyse de l'adulte : la perspective kleinienne", *Revue française de psychanalyse*, n°3, pp. 831-837.
- ATLAN D., 1995, *"La rue ne me fait pas peur" SDF et organisation phobique de l'espace*, Mémoire de maîtrise de psychologie et psychopathologie cliniques, Université Lumière Lyon 2.
- AULAGNIER P., 1975, *La violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 363 p.
- "Avec l'errance", 1999, *Revue du champ social et de la santé mentale*, 45, n°64.

- AVRON O., 2001, "Emotions et rythmicité dans le groupe", Conférence au colloque *La vie émotionnelle des bébés*, Lyon-Bron.
- AZAR A.A., 1994, "Le levain de la nostalgie en fin de vie sida", *Psychanalyse à l'université*, 19, n°75, pp. 3-41.
- BACHELARD G., 1957, *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, 214 p.
- BADONNEL M., 1954, "Fugues et vagabondage chez la fille délinquante de nécessité", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 274-277.
- BAILLET M., 1997, "L'éducateur de rue, acteur social", *Sauvegarde de l'enfance*, n°3, pp. 152-155.
- BALINT M., 1972, *Les voies de la régression*, Paris, Payot, 183 p.
- BALLOUARD Ch., MOUTEL G., HASSIN J., HERVE Ch., 1999, "Vers une psychiatrie humanitaire en France?", *L'information psychiatrique*, n°8, pp. 815-821.
- BAPTISTE A., BELISLE C., PECHENART J.-M., VACHERET C., 1991, *Photolangage*, Les éditions d'organisation, 216 p.
- BARANGER M. et W., 1969, "La situation analytique comme champ dynamique", *Revue française de psychanalyse*, 1985, n°6, pp. 1543-1569.
- BARDIN L., 1977, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.
- BARTHES R., 1957, *Mythologies*, Editions du Seuil, 247 p.
- BARRIERE A., BOSSE J.D., 1999, "Difficultés et paradoxes de la prise en charge sectorielle des patients sans domicile fixe", *Perspectives psychiatriques*, 38, n°2, pp. 131-134.
- BARRUEL F., 1993, "Des traces corporelles "initiatrices" Fonctions d'une métamorphose cutanée", *Revue de médecine psychosomatique*, n°34, pp. 109-132.
- BARUCH-GOURDEN J.-M., 1985, "L'intolérable vagabond", *Informations sociales*, n°5, pp. 5-11.
- Base de données bibliographique sur les sans-domicile*, CSU - INED, photocopié, 245 p.
- BASLE L., 1984, "Exclusion/inclusion : une problématique", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, nouvelle série, pp. 51-54.
- BASTIEN B., 1991-92, "Géographie socio-urbaine", *Actes des colloques de SC.H.E.M.E.*, pp. 13-20.
- BAUDRILLARD J.,
- 1968, *Le système des objets*, Gallimard, 288 p.
 - 1970, *La société de consommation*, Editions Denoël, 318 p.
- BAUDRY P., 1984, "Les figures criminelles: du spectacle à la quotidienneté", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, pp. 79-86.
- BEAUCHARD J., 1984, "Marginalité de masse et dérégulation sociale", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, pp. 13-20.
- BEAUCHESNE H.,
- 1981, "L'espace thérapeutique et le toxicomane" in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, pp. 133-140.
 - 1988, "L'espace en psychopathologie", *Perspectives psychiatriques*, n°12, pp. 89-96.
- BEAUCHESNE H. et GIBELLO B., 1990, *Traité de psychopathologie infantile*, Paris, PUF, extraits.
- BEAUNE J.C., 1880-1910, *Le vagabond et la machine*, Seyssel, Champ Vallon, 1983, 397 p.
- BEGOIN-GUIGNARD F., 1989, "Symbolisation et géographie des identifications", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1681-1694.
- BENLOULOU G., 1996, "Les nomades du vide", *Lien social*, n°37, pp. 6-7.
- BENNANI J., 1997, "Désirs d'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 31-38.
- BENSLAMA F., 1997, "La demeure empruntée", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 39-48.
- BERGERET J.,
- 1974, Extrait de *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Bordas, 333p.
 - 1976, "Les défenses contre la dépression", "dépressivité et dépression 36ème congrès des psychanalystes", *Revue Française de Psychanalyse*, 5, n°6, 1976, pp. 906-937.
 - 1976, "Conclusions et perspectives" du rapport et "dépressivité et dépression 36ème congrès des psychanalystes", *Revue Française de Psychanalyse*, 5, n°6, 1976, pp. 806-937.
 - 1981, "Aspects économiques du comportement d'addiction" in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, pp. 9-25.
 - 1981, "La violence fondamentale", *Revue française de psychanalyse*, 45, n°6, pp. 1335-1350.
 - 1984, *La violence fondamentale*, Paris, Bordas, 251 p.
 - 1986, *Narcissisme et états-limites*, Paris, Bordas, 244 p.
 - 1994, "Une pulsion qui n'en finit pas de mourir", *Revue française de psychanalyse*, LVII, n°2, pp. 361-376.
 - 1997, *Colloque autour de l'œuvre de Jean Bergeret*, Annecy, 5 avril 1997.
- BERNARDI M., 1997, "Clinique des altérations des contenants de pensée langagiers", *L'information psychiatrique*, n°4, pp. 345-354.

- BERNSTEIN I., 1977-78, "De la phrase latente au contenu manifeste. Rhétorique du rêve", *Bulletin de psychologie*, 336, n°12-17, pp. 674-690.
- BERTRAND M., 1995, "Situations extrêmes et traumatismes psychiques", *Psychologie médicale*, n°spécial, pp. 99-102.
- BERTRAND V., 1999, "Perte du lien et quête identitaire dans le processus de l'exclusion sociale", *Canal Psy*, n°39, pp. 12-13.
- BESSIS F., CAZENAVE P., 1994, "Sept ans après, où en sommes-nous?", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 56-63.
- BEZAURY J.P., MORON P., 1983, "Tatouage et initiation", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31, n°8-9, pp. 424-427.
- BIEGELMAN-BARROUX F., 1996, "Le livre de Pierre, Psychisme et cancer de Louise L.Lambrichs", *Revue française de psychosomatique*, n°10, pp. 215-222.
- BION W. R.,
 - 1959, "Attaques contre les liens", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1982, n°25, pp. 285-298.
 - 1961, *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965, 137 p.
 - 1962, *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF, 1979, 137 p.
 - 1965, *Transformations, passage de l'apprentissage à la croissance*, Paris, PUF, 1982, 208 p.
- BIROUSTE J., GAREMI R., HAUC G., HENRY M., 1991-92, "Test de Szondi. Théorie pathoanalytique et méthode clinique", *Bulletin de psychologie*, XLV, n°406, pp. 501-513.
- BIRRAUX A. et GOLDBERG F., 1997, "Une métaphore de l'espace psychique", *Informations sociales*, n°60, pp. 28-35.
- BIRRAUX A., 1994, "Notions d'errance", *Adolescence*, n°23, pp. 13-18.
- BIRRAUX T.,
 - 1994, "Errare humanum est...", *Adolescence*, n°23, pp. 89-100.
 - 1997, "L'errance et la fugue: issues thérapeutiques", *Informations sociales*, n°60, pp. 56-63.
- BIZE R., 1954, "Délits de nécessité chez les fugueurs", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 265-273.
- BLANCHET A. et coll.,
 - 1985, *L'entretien dans les sciences sociales*, Paris, Bordas, 289 p.
 - 1997, *Recherches sur le langage en psychologie clinique*, Paris, Dunod, 183 p.
- BLEGER J.,
 - 1966, "Psychanalyse du cadre psychanalytique" in *Crise rupture et dépassement*, Kaës R. et Coll. Paris, Bordas, 1979, pp. 257-276.
 - 1967, *Symbiose et ambigüité*, Paris, PUF, 1981, 394.
 - 1971, "L'identité de l'adolescent", *Communication officielle au deuxième congrès argentin de psychopathologie infanto-juvénile*.
- BLONDEL F., 1996, "Exclusion: les étapes de la désinsertion", *Le journal des psychologues*, n°136, pp. 47-50.
- BLONDEL C., 1927, *Introduction à la psychologie collective*, Paris, Max Leclerc et Cie, 210 p.
- BOMPART A. et GAGEY J., 1975, "De quelques vérités élémentaires sur le groupe en tant qu'objet analytique", *Psychanalyse à l'université*, 1, n°1, pp. 301-312.
- BONETTI M., 1994, "L'habitat, espace imaginaire, lieu de l'identité", *Le journal des psychologues*, n°122, pp. 57-59.
- BONNAL M., SIMON A., 1992, "Signes du deuil au temps du salariat", *Autrement: série mutations*, n°128.
- BOREL F., 1996, "La tache", *Champ psychosomatique*, n°7, pp. 15-21.
- BOTBOL M., 1998, "Mais qu'allait-elle faire dans cette galère ?", *Nervure*, XI, n°7, pp. 5-7.
- BOUBLI M. et coll., 1993, "Mise en place de scénarios internes, prémices à la relation d'objet dans un groupe mères-jeunes enfants", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 97-107.
- BOUNIAS M.,
 - 1999, "Psychologues, institutions et exclusion... des relations, des enjeux et des Hommes", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 2-3.
 - 1999, "La cohérence institutionnelle comme symptôme contre-transférentiel groupal dans la relation à « l'exclu »", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 12-18.
- BOURGUIGNON O., BYDLOWSKI M., 1995, *La recherche clinique en psychopathologie*, Paris, PUF, 320 p.
- BOWLBY J., 1978, "La séparation angoisse et colère" in *Attachement et perte*, 2, Paris, PUF, 557 p.
- BOZONNET O., 1993, "Le secret des origines", *Le journal des psychologues*, n°104, pp. 36-39.
- BRACONNIER A., 1983, "Les rites d'initiation à l'adolescence", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31, n°8-9, pp. 383-384.
- BREKILIEN Y., 1993, *La mythologie celtique*, Editions du Rocher, 444 p.
- BRELET F.,

- 1981, "A propos du narcissisme dans le T.A.T.", *Psychologie française*, 26, n°1, pp. 24-37.
- 1983, "T.A.T. et narcissisme", *Psychologie française*, 28, n°2, pp. 19-123.
- BRETTE F., ROUSSILLON R., 1987, "Carence fantasmatique et l'activité « seconde peau »", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 659-663.
- BRIOLE G., 1993, "Peut-il me perdre", *Psychologie médicale*, 25, n°11, pp. 1077-1079.
- BROLLES L., 1997, "Cherche objet désespérément" in *Projection et symbolisation chez l'enfant* (sous la direction de P. Roman), Lyon, PUL, pp. 105-112.
- BROWN D., 1995, "Le psychosomatique et le groupe", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°25, pp. 19-34.
- BRUSSET B.,
 - 1989, "De l'indice au symbole", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1961-1965.
 - 1990, "Les vicissitudes d'une déambulation addictive", *Revue française de psychanalyse*, n°3, pp. 671-687.
 - 1993, "Relation d'objet et théorie des groupes", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°20 ; pp. 7-16.
- CADIER A., VYCHARD-ROUMENGOUS V., 1995, "Du symptôme corporel à la représentation fantasmatique", *revue internationale de psychopathologie*, n°20, pp. 559-566.
- CADORET M.,
 - 1996, "Groupalité et clinique, avec l'anthropologie et la psychanalyse", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°26, pp. 113-128.
 - 1997, "La banlieue : mise en scène des frontières", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 99-106.
 - 1998, "Corps en rythme, enfant en rites", *L'information psychiatrique*, n°1, pp. 13-16.
- CADORET M., DOUVILLE O., 1993, "Souffrance dans l'exil souffrance de l'exil: silence ou dévoilement", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 137-149.
- CAHN R., 1982, "L'objet de la psychose", *Revue Française de Psychanalyse*, n°6, pp. 1107-1131.
- CANTAL- DUPART M., 1993, "La crise des villes", *Les temps modernes*, n°567, pp. 261-263.
- CARBONNIER J., 1992, *Flexible droit, pour une sociologie du droit sans rigueur*, L.G.D.J..
- CASADEBAIG F. et coll., 1997, "Schizophrénie et exclusion sociale", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 25-29.
- CASTEL R., 1989, "La question sociale commence en 1349", *Les cahiers de la recherche sur le travail social*, n°16, pp. 9-27.
- CASTELLANO COLOMBO H., 1990, "Théorie freudienne du rêve", *Topique*, n°45, pp. 63-75.
- CASTEREDE M.-F., 1983, "L'entretien clinique à visée de recherche" in *L'entretien clinique* (sous la direction de) Chiland C., Paris, PUF, pp. 118-145.
- CASTRO B., FLORENTIN Th., SKURNIK N., 1995, "Psychoses socio-dépendantes", *Annales médico-psychologiques*, 153, n°6, pp. 426-432.
- CATHELIN-ANTIPOFF N., SOULAYROL R., 1995, "Murs blancs pour trous noirs : essai de psychopathologie des tags", *Psychiatrie de l'enfant*, 38, n°2, pp. 625-653.
- CATON CAROL L.M., HASIN D., SHROUT P.E., OPLER L. A., et al., 2000, "Risk factors for homeless among indigent urban adults with no history of psychotic illness : A case-control study", *American journal of public health*, 90, n°2, pp. 258-263.
- CELERIER M.-C.,
 - 1995, "Le champ psychosomatique", *Champ psychosomatique*, n°1, pp. 123-144.
 - 2000, "Entre errance et exclusion, l'affect", *Champ psychosomatique*, n°20, pp. 133-139.
- CHAPELIER J.B., et coll., 2000, *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod, 244 p.
- CHARLES-NICOLAS A., 1981, "Addiction : passion et ordalie" in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Paris, Dunod, pp. 63-74.
- CHARTIER J.-P.,
 - 1979, "Une lecture de Gilles Deleuze avant l'Antioedipe", *L'évolution psychiatrique*, 44, n°2, pp. 247-262.
 - 1980, "L'analyste et le psychopathe", *Topique*, n°26, pp. 101-116.
- CHAUNU P., 1981, "Marginalité, déviance, pauvreté", *Cahiers des annales de Normandie*, préface.
- CHAUBEAUX F., HIRTZ M., 1997 (1998), "Errance des jeunes", *Rapport sur les réseaux d'écoute*, <http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/errance/intro.htm>.
- CHEVALIER N., HARTMAN M., TOTI B., LE FOL A., NANPON A.M., RICHARD D., 1993, "Approche corporelle en Alcoologie : le corps et l'alcool, outils de relation", *Psychologie médicale*, 25, n°1, pp. 106-108.
- CHEVRY P., POULAT B., TASSAN M., 1993, "Deux figures de l'addiction : alcoolisme et toxicomanie", *Alcoologie*, 15, n°4, pp. 262-267.
- CHILAND C. (sous la direction de), 1983, *L'entretien clinique*, Paris, PUF, 175 p.
- CHILAND C., 1991, " « Urphantasiens », les fantasmes originaires, note brève", *Revue française de psychanalyse*, 55, n°5, pp. 1139-1144.

- CHOBÉAUX F.,
- 1995, "Jeunes en errance et intervention éducative : l'expérience des hébergements festivaliers", *Sauvegarde de l'enfance*, n°3, pp. 254-260.
 - 1997, "Quel travail possible avec les jeunes en errance dans l'espace et le temps des grands festivals?", *Sauvegarde de l'enfance*, n°3, pp. 141-144.
- CHOMBART DE LAWE Y.M.J., 1967, *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*, Paris, CNRS, 275 p.
- CHOUVIER B., 1998, "Les résistances au symbole dans le jeu et la création", colloque international, *Matières à symbolisations*, Lyon-Bron, le 7-03-98.
- COLIN V.,
- 1998, "L'occupation de la rue par les personnes sans domicile fixe : un symptôme spatial et groupal", *Actes du colloque "Dogme et recherche clinique en psychopathologie"*, 4^e Colloque National Junior de Psychopathologie, Editions Hommes et Perspectives / Martin Média, pp. 127-138.
 - 1999, "Clinique de la rue : les personnes sans domicile fixe", *Le journal des psychologues*, n°166, pp. 52-53.
 - 1999, "Le lien psyché-soma chez les personnes sans domicile fixe", *publication sur Internet : <http://www.unicaen.fr>*, Actes du 5^e Colloque National Junior, 6 p.
 - 1999, "Projet de recherche Projet de convention de recherche entre le CRPPC et le dispositif de Veille Sociale", *Les Cahiers du CRPPC*, n°2, pp. 72-73.
 - 1999, "L'aliénation du sujet sans domicile fixe au regard de l'histoire des aliénés et du vagabondage", *Cahiers de psychologie clinique*, n°13, pp. 207-223.
 - 2001, "Les lieux de la rue et leurs fonctions psychiques", *Les Cahiers du CRPPC*, n°9, pp. 33-49.
- COMBALUZIER S., 1999, "Exclusion sociale et précarité", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 5-6.
- "Compulsion du vide, compulsions de création", 1994, *Revue française de psychanalyse*, LVIII, n°2.
- CORBELLA S., 1993, "Expériences d'amour et de haine en thérapie de groupe: une éducation à la tolérance", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 151-158.
- COSNIER J., KERBRAT-ORECCHIONI C., 1987, *Décrire la conversation*, Lyon, P.U.L., 392 p.
- COTTRAUX J., MOLLARD E., 1986, *Les phobies*, Paris, PUF, 102 p.
- COURNUT J., TROTO M. P., 1996, "Sida", *Revue française de psychanalyse*, n°1, pp. 131-140.
- COTE G., HODGINS S., 1991-92, "L'échelle de psychopathie de Hare : validation de la version française", *Bulletin de psychologie*, XLV, n°404, pp. 14-20.
- COURTINE F., 1993, "Performance et marginalité", *Sauvegarde de l'enfance*, n°1-2, pp. 74-75.
- COURTY P., 1999, "La toxicomanie féminine", *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°29, pp. 59-62.
- CREMIEUX A., 1954, "Principaux types cliniques des fugues", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 236-248.
- CROISANT M., 1998, "Le cadre : synthèse de la conception psychanalytique", *Cahier de psychologie clinique*, n°5, pp. 13-28.
- CROIX L., 1997, "Ça deal ou ça crack. Les enfants du crack : une nouvelle clinique", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 107-122.
- CURA B., 1993, "A propos des "mémoires d'une aliénée" par Hersilie Rouy. Place du fou dans la société et abord psychanalytique", *Psychologie médicale*, 25, n°12, pp. 1265-1269.
- DALLE B., CARRE J.B., 1998, "Naissance d'un exclu ?", *Nervure*, 11, n°7, pp. 33-35.
- DAMON J.,
- 1995, *Des hommes en trop*, Editions de l'Aube, 131 p.
 - 1996, "Les jeunes en errance", *Actualités sociales hebdomadaires*, n°1989, pp. 23-24.
 - 1997, "La grande pauvreté", *Informations sociales*, n°60, pp. 94-101.
- DANSECO E. R., WAYNE HOLDEN E., 1998, "Are there different types of homeless families ? A typology of homeless families based on cluster analysis", *Family relations*, 47, n°2, pp. 159-165.
- DAVID H., 1997, "Etude de cas", *Conférences*, Université Lumière Lyon 2, Bron, 15 mai 1997.
- DAZORD A. et coll., 1995, "Evaluation de la qualité de la vie : mise au point d'un instrument d'évaluation dans un contexte francophone", *Revue européenne de Psychologie Appliquée*, 45, n°4, pp. 271-278.
- DE FOUCAULT J.B., 1993, "Causes de l'exclusion", *Les temps modernes*, n°567, pp. 256-260.
- DEBRAY R., 1994, "L'influence et le rayonnement des conceptions de Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique*, n°6, pp. 105-109.
- DECLERCK P.,
- 1976, "Psychanalyse, le désir et la pitié" in *Paroles de terre*, P. Declerck, C. Aiguesvives, E. Roudinesco, Editions Albin Michel, pp. 54-60.
 - 1986, "La vie pour rien, ethnographie des clochards de Paris", *Les temps modernes*, 41, n°478, pp. 11-35.
 - 1989, "Apragmatisme et clochardisation", *Conférence prononcée le 27 mai 1989 aux journées d'étude sur l'Apragmatisme*, à la clinique de la Chesnaie.

- 2000, *Psychopathologie et fonction asilaire dans la prise en charge de la grande désocialisation*, Rapport de recherche, Direction générale de la santé.
- DECLERCK P., DUPRAT P., GASLONDE O., HASSIN J., PICHON J.-P., 1996, "L'état médico-social et psychopathologique des personnes SDF", Etude réalisée à l'Antenne médico-sociale du Centre d'Accueil et de Soins de Nanterre avec l'appui méthodologique de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 25 p.
- DE GAULEJAC V., 1994, "L'insertion paradoxale" in *Les deux sources de l'exclusion*, pp. 283-307.
- DE GAULEJAC V., TABOADA LEONETTI I., 1994, *La lutte des places*, EPI, 286 p.
- DE GAULEJAC V. (sous la direction de), 1993, *Sociologies cliniques*, Marseille, Hommes et perspectives, 329 p.
- DEJOURS C.,
 - 1985, "Organisation du travail – clivage - aliénation" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, Editions ESF, pp. 123-130.
 - 1986, "Souffrance et plaisir au travail : l'approche par la psychopathologie du travail" in *Plaisir et souffrance dans le travail* (sous la direction de C. Dejours), 1988-93, 1, Editions de l'AOCIP, pp. 9-19.
 - 1998, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 197 p.
 - 1988-93, "La méthodologie en psychopathologie du travail" in *Plaisir et souffrance dans le travail* (sous la direction de C. Dejours), 1, Editions de l'AOCIP, pp. 95-118.
 - 1993 a, "Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation, Les galériens volontaires", *Revue française de psychosomatique*, n°4, pp. 27-51.
 - 1993 b, "Le corps dans l'interprétation", *Revue française de psychosomatique*, n°3, pp. 109-119.
 - 1996, "Sens et destructivité dans la névrose de comportement", *Revue française de psychosomatique*, pp. 17-27.
 - 1997, "Le "choix de l'organe" en psychosomatique : une question périmée?", *Psychologie clinique et projective*, n°3, pp. 3-18.
- DELAUNOY J., 1994, "L'économie psychique et le traumatisme", *Revue belge de psychanalyse*, n°25, pp. 3-24.
- DELOHLME P., 1998, "SDF, sortir de l'urgence", *Libération*, 25 décembre 1998.
- DEL VOLGO J.-P., 1996, "Espace urbain, sauvegarde psychique", *Adolescence*, 14, n°1, pp. 105-113.
- DE MUZAN M.,
 - 1969, "Une troisième catégorie de phobie", *Revue Française de Psychanalyse*, 33, n°4, pp. 603-606.
 - 1976, "Le travail du trépas" in *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977, pp. 182-199.
 - 1984, "Les esclaves de la quantité", *Revue française de psychanalyse*, n°30, pp. 129-138.
- DERIVOIS D., 1999, *Déclinaison de l'originnaire. Fluidité et tentative d'interprétation du Moi chez l'adolescent antisocial*, DEA de psychopathologie et psychologie clinique, Université Lumière Lyon 2, Lyon-Bron.
- DIAB M., 1989, *Chômeurs de longue durée et risques de traumatisme cumulatif*, Mémoire de D.E.A., Université Lumière Lyon 2, Lyon-Bron.
- DIATKINE G., 1989, "Deux destins de la symbolisation", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1741-1745.
- Dictionnaire étymologique*, 1971, Larousse.
- Dogme et recherche en psychopathologie*, 1998, Hommes et perspectives, Revigny-sur-Ornain, 223 p.
- DOLTO F.,
 - 1971, *Le cas Dominique*, Paris, Editions du Seuil, 253 p.
 - 1984, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil, 375 p.
- DONABEDIAN D., 1994, "Motricité, comportement et névrose de comportement chez Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique*, n°6, pp. 111-117.
- DONNET J.-L., 1973, "Le divan bien tempéré", *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°8, pp. 23-49.
- DORAY B., 1985, "Individualité au travail et aliénation - II" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, Editions ESF, pp. 134-139.
- DOREY G., 1979, "Aspects singuliers du transfert et du contre-transfert dans la cure des états-limites", *Psychanalyse à l'université*, 15, n°17, pp. 97-112.
- DORON J., 2000, "Du moi-peau à l'enveloppe psychique" in *Les enveloppes psychiques*, Anzieu D. et al., 1987, 2000, Paris, Dunod, pp. 1-17.
- DOUGALL MC J., 1982, *Théâtres du Je*, Paris, Gallimard.
- DOUVILLE O.,
 - 1994 a, "Errer à l'adolescence? Adolescence en crise et champ social", *Sauvegarde de l'enfance*, n°2, pp. 149-157.
 - 1994 b, "De l'errance et de ses sites", *Adolescence*, n°23, pp. 113-126.
 - 1994 c, "Fractures et montages des constructions identitaires", *Bulletin de psychologie*, XLVII, n°416, pp. 483-495.
 - 1994 d, "L'identité/ altérité : fractures et montages. Essai d'anthropologie clinique", *Bulletin de psychologie de la Sorbonne*, 47, n°416, pp. 483-495.
 - 1997, "Adolescences exilées et monde contemporain", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 59-72.

- 1999, "Notes d'un clinicien sur les incidences subjectives de la grande précarité", *Psychologie clinique*, n°7, pp. 57-68.
- DOUVILLE O., CHATELET P., 1997, "Aspects actuels des mélancolies d'involution", *L'information psychiatrique*, n°3, pp. 229-237.
- DRIANT A., 1995, "Rencontrer le corps de malades en fin de vie", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°25, pp. 95-104.
- DUBLINEAU J., 1954, "Sociogénèse de la fugue", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 220-235.
- DUBOL V., 1999, "Le sens de l'acte de prostitution : entre injonction et quatrième personnage", *Psychologie clinique*, n°7, pp. 131-147.
- DUBOURDIEU V.C., 1894, *De la dromomanie des dégénérés, contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire*, Bordeaux, Imprimerie du Midi.
- DUEZ B.,
 - 1980, "Recherche sur les conditions de possibilité d'une intervention psychanalytique en institution", *Perspectives psychiatriques*, V, n°79, pp. 391-398.
 - 1981, "Du moyen-Age à la Renaissance ou comment l'autorité vient au sujet", *Dialogue*, n°73, pp. 101-115.
 - 1984, "La marginalité du mythe originaire à Personne", *Perspectives psychiatriques*, IV, n°98, pp. 345-353.
 - 1987, "La psychanalyse dans l'institution ou la cure type est-elle transférable?", *Feuillet de pédagogie curative*, n°19, pp. 4-27.
 - 1988, "Topiques dans l'espace", *Perspectives psychiatriques*, n°12, pp. 127-133.
 - 1990, "Vole-moi un cadeau", *Dialogue*, n°110, pp. 24-31.
 - 1992, "La ritualité profane: une perspective psychanalytique", *Cahiers internationaux de sociologie*, XCII, pp. 73-100.
 - 1995, "Destins des figurabilités corporelles: psychodrame avec des adolescents antisociaux", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°25, pp. 83-93.
 - 1996 a, "La construction de l'originaire à l'adolescence", *Cahiers de psychologie clinique*, n°6, pp. 71-84.
 - 1996 b, *L'antisocialité : un analyseur de l'épistémologie psychanalytique*, HDR, Université Lumière Lyon 2, Lyon-Bron.
 - 1997 a, "Le T.A.T. comme dispositif de mise en figurabilité préliminaire à une cure", in *Projection et symbolisation chez l'enfant* sous la direction de P.Roman, 1997, P.U. de Lyon, pp. 141-153.
 - 1997 b, "Le complexe du miroir, une construction de l'absence", *Cahiers de psychologie clinique*, n°8, pp. 189-206.
 - 1999 a, "Un passage à l'acte langagier : l'injure", *Dialogue*, n°145, pp. 87-96.
 - 1999 b, "Le traumatisme psychique : de l'affect au modèle", *Canal Psy*, pp. 5-6.
 - 1999 c, "Un destin de Thanatos : la relation de pouvoir", *Cahiers de psychologie clinique*, n°10, pp. 67-87.
 - 2000 a, "La solitude de l'autre et le transfert topique", *Cahiers de psychologie clinique*, 14, n°1, pp. 67-85.
 - 2000 b, "L'adolescence : de l'obscénalité au complexe de l'autre" in *Le lien groupal à l'adolescence*, Paris, Dunod, pp. 59-112.
- DUEZ B., VAN BAARS B., 1983, "Une initiation contemporaine", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31, n°8-9, pp. 432-435.
- DUCROT O., TODOROV T., 1972, *Dictionnaire des sciences du langage*, Editions du Seuil.
- DUPRAT G.L., 1900, *Les causes sociales de la folie*, Paris, Félix Alcan Editeur, 202 p.
- DUPRE E., 1913, "Les mendiants thésauriseurs", *Psychologie clinique*, n°7, 1999, pp. 149-160.
- DU POUGET B., JEANTET C., MERLEY C., 1985, *Etre à la rue dans le département du Rhône*, CREA Rhône-Alpes, 234 p.
- DUROU B., RIMAILHO A., 1970, *Les vagues de la société industrielle*, Toulouse, Privat, 239 p.
- EBERSOLD S., 1994, "L'intégration et l'insertion face à l'exclusion", *Les cahiers du CTNERHI*, n°64, pp. 29-38.
- EIGUER A., 1994, "Une fiction pour trouver la vérité de la filiation : le roman familial", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°22, pp. 31-45.
- EL KABIR D., 1993, "Quelques observations sur les Sans-Abris", *Les temps modernes*, n°567, pp. 47-51.
- ENRIQUEZ M., 1987, "L'enveloppe de mémoire et ses trous" in *Les enveloppes psychiques*, D. Anzieu, D. Houzel et coll., Paris, Dunod, pp. 90-113.
- "Exclusion et souffrance mentale", 1997, *Les cahiers du Mas*, n°69, 9 p.
- EZRIEL H., 1950, "A psychoanalytic approach to group treatment", *British journal of medical psychology*, n°23, pp. 59-75.
- FAIN M.,
 - 1991, "A propos des fantasmes originaires", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 1131-1134.
 - 1992, "Spéculations métapsychologiques hasardeuses à partir de l'étude des procédés autocalmants", *Revue française de psychosomatique*, n°4, pp. 59-67.

- 1993, "Maladies de la civilisation", *Revue française de psychanalyse*, n°4, pp. 1087-1093.
- 1995, "A propos de la transitionnalité", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 1547-1549.
- FALGUIERE J., 1989, "Les métamorphoses du transfert dans les groupes", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°12, pp. 45-57.
- FATELA J., 1995, "Des jeunes au risque de l'exclusion", *Sauvegarde de l'enfance*, n°3, pp. 223-228.
- FEDIDA P.,
 - 1979, "Clinique psychopathologique des cas limites et métapsychologie du fonctionnement limite", *Psychanalyse à l'université*, 15, n°17, pp. 75-95.
 - 1989, "Théorie des lieux", *Psychanalyse à l'université*, 14, n°53, pp. 3-14, et n°56, pp. 3-18.
 - 1991, "Topique des instances et topologie des réseaux à propos du concept de soi", *Revue internationale de psychopathologie*, n°3, pp. 191-202.
- FELICIAN P., 1994, "Entre ennui et activisme: pour une nouvelle approche institutionnelle des psychoses", *Le journal des psychologues*, n°116, pp. 12-15.
- FELONNEAU M.L., 1994, "Les étudiants et leurs territoires. La cartographie cognitive comme mesure de l'appropriation spatiale", *Revue française de sociologie*, n°35, pp. 533-559.
- FELONNEAU M.L., RICHARD F., GOUINEAU L., 1997, "Pour une approche spatialisée de l'identité adolescente", *Connexions*, n°69, pp. 153-180.
- FERENCZI S., 1932, "La confusion des langues entre les adultes et l'enfant" in *Œuvres complètes IV*, Paris, Payot, 1982, pp. 125-135.
- FERNANDEZ-ZOÏLA A.,
 - 1985, "Aspects de l'aliénation humaine dans le jeu des interactions temporelles : le temps à soi, le temps des autres, le temps de travail" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, Editions ESF, pp. 157-166.
 - 1987, *Espace et psychopathologie*, Paris, PUF, 135 p.
 - 1988-93, "Pour une théorie de l'homme en psychopathologie du travail" in *Plaisir et souffrance dans le travail* (sous la direction de C. Dejours), 1, Editions de l'AOCIP, pp. 52-70.
- FERRANT A., 1997, "Traumatisme, après-coup et travail groupal", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°33, pp. 183-192.
- FISCHER G.N.,
 - 1992, *Psychologie sociale de l'environnement*, Toulouse, Privat.
 - 1994, "S'approprier son espace de travail", *Le journal des psychologues*, n°121, pp. 30-34.
- FINE A., 1994, "Quelques points clés de l'œuvre de Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique*, n°6, pp. 39-52.
- FLEURY E., BERN Ph., BANTMAN P., 1995, "Les sans-abri : dimensions psychiatriques et culturelles", *Les cahiers de psychiatrie*, pp. 205-212.
- FOULKES S.H. et al., 1971, *Guide du psychothérapeute de groupe*, Paris, Epi, 253 p.
- FOULKES S.H., 1964, *Psychothérapie et analyse de groupe*, Paris, Payot, 1970, 308 p.
- FOURNIER L., BOURASSA H., COTE G., OHAYON M., CAULET M., TOUPIN J., "Evolution des Sans Domicile Fixe et signification de l'itinérance".
- FREUD A., 1949, *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 166 p.
- FREUD S.,
 - 1887-1902, *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956, 396 p.
 - 1894, "Obsessions et phobies" in *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF, 1989, pp. 21-28.
 - 1895 a, "L'esquisse d'une psychologie scientifique" in *La naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1956, pp. 313-396.
 - 1895 b, Compte rendu par Freud de sa conférence sur le "Mécanisme des représentations de contrainte et des phobies" in *Œuvres complètes*, III, Paris, PUF, 1989, pp. 81-91.
 - 1895 c, "Psychothérapie de l'hystérie" in *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956, pp. 205-247.
 - 1898, "Sur le mécanisme psychique de l'oubli" in *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, PUF, 1984, pp. 99-107.
 - 1899, "Sur les souvenirs-écrans" in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 113-132.
 - 1900, *L'interprétation des rêves*, Paris, PUF, 1967, p.
 - 1901, *Sur le rêve*, Paris, Gallimard, 1988, 147 p.
 - 1905 a, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1987, 211 p.
 - 1905 b, "Fragment d'une analyse d'hystérie" in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, pp. 1-91.
 - 1905 ou 1906, "Personnages psychopathiques à la scène" in *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, PUF, 1984, pp. 123-129.
 - 1908, "La création littéraire et le rêve éveillé" in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1933, pp. 69-81.

- 1909 a, "Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans)" in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1954, pp. 93-198.
- 1909 b, "Le roman familial des névrosés" in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 157-160.
- 1912 a, "Sur la dynamique du transfert" in *Oeuvres complètes*, XI, Paris, PUF, 1998, pp. 107-116.
- 1912 b, "Séance du 6 mars 1912" in *Les premiers psychanalystes – Minutes de la société psychanalytique de Vienne*, IV, (1912-1918, Coll. Connaissance de l'Inconscient), Gallimard, 1962.
- 1912-1913, *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1923, 1965, 241 p.
- 1913, "Le motif du choix des coffrets" in *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, pp. 65-81.
- 1914, "Pour introduire le narcissisme" in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1970, pp. 81-105.
- 1915, "Pulsions et destins de pulsions" in *Oeuvres complètes*, XIII, Paris, PUF, 1988, pp. 163-185.
- 1915, 1916, 1917, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1922, 1961, 441 p.
- 1915-16, "Les criminels par sentiment de culpabilité" in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, pp. 133-136.
- 1917, "Deuil et mélancolie" in *Oeuvres complètes*, XIII, Paris, PUF, 1988, pp. 261-278.
- 1919 a, "L'inquiétante étrangeté" in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, PUF, 1933, pp. 163-210 ou in *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985, pp. 209-263.
- 1919 b, "On bat un enfant", *Revue Française de Psychanalyse*, 1933, VI, n°3-4, pp. 274-297.
- 1919 c, "Introduction à la psychanalyse des névrosés de guerre" in *Résultats, idées, problèmes*, I, Paris, PUF, 1984, pp. 243-247.
- 1920 a, "Au-delà du principe de plaisir" in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, pp. 41-115.
- 1920 b, Chap. V de *L'Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1949, pp. 18-27.
- 1921, "Psychologie des foules et analyse du moi" in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, pp. 117-217.
- 1922, "Remarques sur la théorie et la pratique de l'interprétation du rêve" in *Oeuvres complètes*, XVI, pp. 167-179.
- 1923 a, *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Payot, 1967, 317 p.
- 1923 b, "Le moi et le ça" in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, pp. 219-275.
- 1924, "Le problème économique du masochisme" in *Psychose, névrose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 287-295.
- 1925, "La négation" in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985, pp. 135-139.
- 1926 a, *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, PUF., 1951, 102 p.
- 1926 b, *La question de l'analyse profane*, Editions Gallimard, 1985, 198 p.
- 1928, "Dostoïevski et le parricide" in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985, pp. 161-179.
- 1929, *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971, 107 p.
- 1933 a, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, 263 p.
- 1933 b, "Révision de la théorie du rêve" in *Nouvelles conférences d'introduction à la Psychanalyse*, Gallimard, 1948, pp. 13-44.
- 1937, "Constructions dans l'analyse" in *Résultats, idées, problème*, II, Paris, PUF, 1985, pp. 269-282.
- 1938 a, "Le clivage du moi dans les processus de défense" in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985, pp. 283-286.
- 1938 b, *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1949, 84 p.
- 1938 c, "Résultats, idées, problèmes" in *Résultats, idées, problèmes II*, Paris, PUF, 1985, pp. 287-288.
- FREUD S., BREUER J., 1895, *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF, 1956.
- FURTOS J.,
 - 1982, "Le plaisir des soignants et le plaisir de soigner", *Présences et perspectives en santé mentale*, n°85, pp. 3-14.
 - 1983, "Les trois formes d'organisation groupale comme paradigmes de la relation thérapeutique", *Actualités psychiatriques*, n°2, pp. 19-30.
- FURTOS J., FURTOS G., VINE C., 1988, "L'H à D : une psychothérapie au domicile du patient ?", *Revue pratique*, n°5, pp. 14-18.
- FURTOS J., LAVAL C., 1994, "Problématiser la relation d'aide aujourd'hui dans le contexte social de précarité" in *Actes du colloque Déqualification sociale et psychopathologie*, O.R.S.P.E.R.E., pp.1-5.
- FURTOS J., LAVAL C., BURLOUX G., GODET P.F., 1996, "Schizophrénie et exclusion perspectives actuelles et avenir", *Encéphale*, Sp III, pp. 39-48.
- FUYA C., 1999, "L'effet miroir", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 10-11.
- GABORIAU P.,
 - 1993, *Clochard*, Paris, Ed. Julliard, 235 p.
 - 1997, "Vivre à la rue", *Informations sociales*, n°60, pp. 64-69.
 - 1998, *SDF, la belle époque*, Paris, Desclée de Brouwer, 285 p.

- GABORIAU P., LEBLEUX D., 1997, "Le thérapeute face aux problème des personnes sans logis, Réflexions ethnopsychologiques sur les « SDF »", *Annales médico-psychologiques*, 154, n°1, pp. 20-31.
- GAFFIOT F., 1934, *Dictionnaire Latin Français*, Librairie Hachette.
- GAGEY J., 1994, "L'adolescence entre le trop et le trop peu de liaisons", *Adolescence*, n°23, pp. 221-232.
- GALAP J., 1997, "De la culture au dysfonctionnement ; la pratique de l'enfant paquet", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 83-98.
- GANRY O., ZUMMER K., GANTY C., 1992, "Image et conséquences psychologiques du cancer chez des patients d'un centre de dépistage", *Psychologie médicale*, 24, n°14, pp. 1507-1510.
- GARCIN V., RIU E., 1997, "Enquête épidémiologique sur la santé mentale des sans-abri de Lille (1995) : Méthodologie et premiers résultats", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 40-44.
- GAUCHER M., 1998, "Essai de psychologie contemporaine I", *Le débat*, pp. 164-181.
- GAUCHER M., 1998, "Essai de psychologie contemporaine II", *Le débat*, pp. 189-206.
- GAULTIER J.-M., 1992, "« Le corps, l'espace et le temps » A propos du livre de M.Sami-Ali", *Psychanalyse à l'université*, 17, n°66, pp. 163-170.
- GAUTHIER A. (sous la direction de), 1997, *Aux frontières du social l'Exclu*, l'Harmattan, 249 p.
- GENESTE J., PLANE M., 1999, "De la honte à la culpabilité", *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°29, pp. 76-77.
- GERIN Y., 1997, "L'interrogation du clinicien face à la crise du sujet moderne", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 133-149.
- GHIGLIONE R., MATALON B., 1978, *Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques*, Paris, Armand Colin, 301 p.
- GIBEAULT A., 1985, "De la projection et de l'identification projective", *Revue française de psychanalyse*, LXIV, n°3, 2000, pp. 723-742.
- GIBELLO B.,
- 1984, *L'enfance à l'intelligence troublée*, Paris, Païdos – Le Centurion.
 - 1991, "Psychopathologie des contenants de pensée cognitifs", *L'évolution psychiatrique*, 1, n°56, pp. 79-97.
 - 1995, *La pensée décontenancée*, Paris, Bayard, 287 p.
 - 2000, "Errance, exclusion, appartenance", *Champ psychosomatique*, n°20, pp. 87-104.
- GILLIBERT J.,
- 1977, "De l'auto-érotisme", *Revue française de psychanalyse*, n°5-6, pp. 773-949.
 - 1979, "La « création littéraire »" in *L'image réconciliée, L'œdipe maniaque 4*, Paris, Payot, pp. 235-250.
 - 1995, "Le psychodrame dans une de ses finalités : le roman théâtral", *Adolescence*, n°25, pp. 21-29.
- GIMENEZ F., 1999, "Rupture du lien social et clinique des personnes SDF en institution", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 7-9.
- GIUDICELLI S., 1999, "Le concept d'aliénation", *Perspectives psychiatriques*, 38, n°2, pp. 108-114.
- GILLIBERT J., 1977, "De l'auto-érotisme", *Revue française de psychanalyse*, n°5-6, pp. 773-948.
- GODARD P., 1985, "De l'aliénation à la violence" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisher, Editions ESF, pp. 194-204.
- GOFFMAN E.,
- 1963, *Stigmate*, 1975, Paris, Les éditions de Minuit, 175 p.
 - 1968, *Asiles*, Paris, Les Editions de Minuit, 447 p.
- GOLDBERG F.,
- 1994 a, "Le grand écart", *Adolescence*, n°23, pp. 101-112.
 - 1994 b, "L'adolescence aux semelles de vent", *Sauvegarde de l'enfance*, 49, n°2, pp. 90-96.
- GOLDBERG F., BIRRAUX A., 1997, "Une métaphore de l'espace psychique", *Informations sociales*, n°60.
- GONTHIER G., 1991, "Figurations du moi dans le Rorschach", *Bulletin de psychologie*, XLIV, n°402, pp. 483-486.
- GORTAIS J., 1997, "Victimes et traumatisme psychique", *Le journal des psychologues*, n°144, pp. 21-23.
- GRANE J., PIPARD O., DUTHEIL L., 2000, "Prévention situationnelle Places des Terreaux, de la Comédie et Louis Pradel", *Rapport Ville de Lyon*.
- GRANEK M., GILADI N., TYANO S., 1996, "L'image du corps interne en psychopathologie de l'adolescent", *Champ psychosomatique*, n°7, pp. 39-50.
- GRAPPIN J.-J., 1993, "Autour de l'analité dans les groupes", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 61-68.
- GREEN A.,
- 1973, *Le discours vivant*, Paris, PUF, 364 p.
 - 1977, "L'hallucination négative", *L'évolution psychiatrique*, XLII, fasc. 11/2, pp. 645-656.
 - 1980, "La mère morte" in *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit, 1983, pp. 222-253.

- 1982, "La double limite", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°25, pp. 267-283.
- 1993, "Culture (s) et civilisation (s), malaise ou maladie", *Revue française de psychanalyse*, n°4, pp. 1029-1056.
- GRUEL L., 1985, "Conjurer l'exclusion Rhétorique et identité revendiquée des habitats socialement disqualifiés", *Revue française de sociologie*, 26, n°3, pp. 431-454.
- GRUEL L., DE QUEIROZ J.M., 1987, "Marginalité", *Sociétés*, n°12, pp. 4-6.
- GUEDJ M.J., 1998, "Errance à l'adolescence", *Nervure*, 11, n°7, pp. 27-29.
- GUESDON I., DUCQ H., 1997, "Epidémiologie de la santé mentale des sans-abri. Revue de la littérature", *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 59-63.
- GUESDON I., ROELAND J.L., 1998, "Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe", *L'information psychiatrique*, n°4, pp. 343-357.
- GUILLAUMIN J., 1995, "L'autoreprésentation des processus, la paradoxalité, le temps et le corps", *Revue française de psychanalyse*, LIX, n°5, pp. 1537-1544.
- GUILLAUD-BATAILLE J.M. et TERRA J.L., 1996, "Quel hébergement après l'hôpital? Evaluation des besoins d'hébergement et de logement des patients du secteur psychiatrique", *L'information psychiatrique*, 72, n°1, pp. 12-18.
- GUTTON P., SLAMA L., 1994, "Essai de psychopathologie de l'errance", *Adolescence*, n°23, pp. 49-71.
- GUTTON P.,
 - 1993, "Idéal du Moi et processus d'adolescence", *Adolescence*, n°1, pp. 137-161.
 - 1994, "L'espace de Peter Pan « où nous conduirait l'errant ? »", *Sauvegarde de l'enfance*, n°2, pp. 97-102.
 - 1995, "Entre pubertaire et idéologie, l'adolescent autrement", *Adolescence*, n°26, pp. 9-26.
 - 1996, "Souffrance, travail", *Adolescence*, 14, n°2, pp. 129-145.
 - 1996, "Trajectoire", *Adolescence*, 14, n°1, pp. 1-19.
- GUYOTAT J., FEDIDA P., 1985, *Événement et psychopathologie*, Lyon -Villeurbanne/Paris, SIMEP, 275 p.
- HAAG G., URWAND S., 1993, "Entre objet partiel et objet total préconditions à la triangulation oedipienne dans les processus groupaux", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 75-85.
- HALL E.T., 1971, *La dimension cachée*, Paris, Editions du Seuil, 254 p.
- HAUTMANN G., 1978, "Organisation borderline et conditions psychotiques", *Revue Française de Psychanalyse*, 42, n°5-6, pp. 775-788.
- HERITIER-AUGE F.,
 - 1994, "Les logiques du social Famille et force de l'évidence", *Dialogue*, n°126, pp. 12-26.
 - 1999, "Questions de parenté et de filiation", *Le journal des psychologues*, n°169, pp. 26-28.
- HERMANN I., 1972, *L'instinct filial*, Paris, Editions Denoël, 445 p.
- HEULINE S., 1999, "Le psychologue agent de liaison", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 22-25.
- HEUYER G.,
 - 1954, "Définition psychiatrique de la fugue et du vagabondage", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 205-216.
 - 1954, "L'homosexualité : conséquence du vagabondage", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 278-283.
 - 1954, "Pronostic de fugues", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 288-291.
- HIRT J.-M., 1997, "L'ailleurs et l'ici : l'héritage de l'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 49-58.
- HOGUES HE., 1997, "La dynamique sociale de l'exclusion", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 9-16.
- HOUZEL D., CATORE G.,
 - 1991, "Psychose et espace de pensée", *Adolescence*, 9, n°1, pp. 9-21.
 - 1994, "L'inter-transfert" in *La famille comme institution*, Paris, Editions Apsygée, pp. 59-67.
 - 2000, "L'enveloppe psychique : concept et propriétés" in *Les enveloppes psychiques*, Anzieu D. et al., 1987, 2000, Paris, Dunod, pp. 43-73.
- "Interpellations", 2000, *Rhizome*, n°1.
- JAITIN R., 1994, "Le porte-voix dans l'œuvre d'Enrique Pichon-Rivière", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°23, pp. 175-179.
- JAKOBSON R., 1949-63, "A la recherche de l'essence du langage" in *Problème du langage*, Paris, Gallimard, pp. 22-38.
- JALIL B., 1997, "Désirs d'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 31-38.
- JANIN C.,
 - 1985, "Le chaud et le froid : les logiques du traumatisme et leur gestion dans la cure psychanalytique", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 667-677.

- 1988, "Les séductions de la réalité : éléments pour une topique du traumatisme", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1451-1459.
- 1996, *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF, 132 p.
- JASMIN C., 1990, "Cancer et psyché : le renouveau", *Revue française de psychanalyse*, n°3, pp. 827-844.
- JEAMMET P.,
 - 1980, "Réalité externe et réalité interne", *Revue française de psychanalyse*, n°3-4, pp. 481-521.
 - 1983, "Du familial à l'étranger", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 31, n°8-9, pp. 361-381.
 - 1989, "Les assises narcissiques de la symbolisation", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1763-1773.
- KAËS R.,
 - 1971, "Processus et fonctions de l'idéologie dans les groupes", *Perspectives psychiatriques*, n°33, pp. 27-48.
 - 1974, "Le groupe large, l'espace et le corps", *Bulletin de psychologie*, n°spécial, pp. 123-132.
 - 1975, "« On (dé)forme un enfant » : fantasme originaire, processus et travail de la formation", *Connexions*, n°16, pp. 37-49.
 - 1976, *L'appareil psychique groupal*, Paris, Bordas, 267 p.
 - 1979, "Trois repères théoriques pour le travail psychanalytique groupal : l'étayage multiple, l'appareil psychique groupal, la transitionnalité", *Perspectives psychiatriques*, 2, n°71, pp. 145-157.
 - 1982, "Le travail dans les groupes d'orientation psychanalytique", *Education permanente*, n°65, pp. 117-123.
 - 1983, "Identification multiple, personne conglomérat, moi groupal", *Bulletin de psychologie*, 37, n°1-5, pp. 113-119.
 - 1983, "Deux préalables à la formation des psychologues cliniciens", *Psychologie française*, 28-1, pp. 36-39.
 - 1983-84, "Quelques notes sur Freud la question du groupe et la psychanalyse", *Bulletin de psychologie*, 37, n°1-5, pp. 109-112.
 - 1984, "Le travail de la représentation et les fonctions de l'intermédiaire étude psychanalytique" in *Les savoirs et les pratiques quotidiennes* (BELISLE C., SCHIELE B.), Paris, Editions du CNRS, 1984, pp. 373-396.
 - 1984, "Etayage et structuration du psychisme", *Connexions*, n°44, pp. 11-48.
 - 1985, "Filiation et affiliation", *Gruppo*, n°1, pp. 23-46.
 - 1985, "Place, fonction et savoir du psychanalyste dans le groupe ?", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°1-2, pp. 13-37.
 - 1985, "La catégorie de l'intermédiaire chez Freud : un concept pour la psychanalyse ?", *L'évolution psychiatrique*, 50, fasc. 4, pp. 893-926.
 - 1985, "Le temps du lien groupal", *Psychothérapies*, n°1, pp. 5-11.
 - 1985, "Le groupe comme appareil de transformation", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°5-6, pp. 91-100.
 - 1986, "Crise et formations intermédiaires. Eléments pour une méthodologie clinique", *Psychologie et éducation*, 10, n°3-4, pp. 93-104.
 - 1986, "Chaîne associative groupale et subjectivités", *Connexions*, n°47, pp. 7-18.
 - 1987 a, "Les organisateurs psychiques du groupe", *Gruppo*, n°3, pp. 113-124.
 - 1987 b, "La diffraction des groupes internes", *Revista italiana di gruppoanalisi*, 2, n°1, pp. 39-57.
 - 1987 c, "Le groupe au négatif", *Psychanalystes*, n°23, pp. 5-18.
 - 1989, "Les revenants du transfert", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°12, pp. 35-43.
 - 1989, "Alliances inconscientes et pacte dénégatif dans les institutions", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°13, pp. 27-38.
 - 1990, "Le contre-transfert e(s)t l'interprétation", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°15, pp. 5-10.
 - 1993 a, "Questions de Bernard Brusset à René Kaës", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°20, pp. 37-49.
 - 1993 b, *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod, 351 p.
 - 1994 a, *La parole et le lien*, Paris, Dunod, 370 p.
 - 1994 b, "A propos du groupe interne, du groupe, du sujet, du lien et du porte-voix chez Pichon-Rivière", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°23, pp. 181-200.
 - 1994 c, "La catégorie de l'intermédiaire chez Freud : un concept pour la psychanalyse?", *L'évolution psychiatrique*, 50, n°4, pp. 893-926.
 - 1995, "Corps/groupe réciprocity imaginaires", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°25, pp. 35-49.
 - 1995, "Groupalité psychique, groupes internes", *Groupal*, n°1, pp. 147-153.
 - 1996 a, "La transmission de la vie psychique : nouvelles approches psychanalytiques à partir du groupe", *Cahier de psychologie clinique*, n°7, pp. 63-81.
 - 1996 b, "Pensée de groupe, pensée en groupe", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°27, pp. 19-30.

- 1996 c, "Le groupe et le travail du préconscient dans un monde en crise", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°26, pp. 33-51.
- 1997 a, "Le groupe et le sujet du groupe : la parole et le lien", *Connexions*, 2, n°69, pp. 53-68.
- 1997 b, "L'intérêt de la psychanalyse pour traiter de la réalité psychique de / dans l'institution", *Revue internationale de psychosociologie*, 3, n°6-7, pp. 79-96.
- 1997 c, "Cadre méthodologique et problèmes d'éthique dans les pratiques psychanalytiques groupales", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°29, pp. 9-22.
- 1998, "L'intersubjectivité : un fondement de la vie psychique. Repères dans la pensée de Piera Aulagnier", *Topique*, n°64, pp. 45-73.
- 1999, "Quelques reformulations métapsychologiques à partir de la pratique psychanalytique en situation de groupe", *Revue française de psychanalyse*, n°3, pp. 751-775.
- KAES R., ANZIEU D., THOMAS L.V., 1975, *Fantasme et formation*, Paris, Bordas, 174 p.
- KAES R. et coll., 1979, *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Bordas, 324 p.
- KAES R. et coll., 1998, *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris, Dunod, 258 p.
- KELLER P.-H., 1994, "Approche psychosomatique : la question du sujet en souffrance?", *Psychologie médicale*, 26, n°14, pp.1439-1441.
- KHENIENE F., 1997, *La condition juridique de la personne sans-abri*, Thèse de Droit, Université Lyon 1, 251 p.
- KLEIN M.,
 - 1921-1945, *Essais de psychanalyse*, 1982, Paris, Payot, 452 p.
 - 1946, "Notes sur quelques mécanismes schizoïdes" in *Développements de la psychanalyse*, PUF, 1966, pp. 274-300.
- KOEGEL P., ELAN M., AUDREY B.M., 1995, "Childhood risk factors for homelessness among homeless adults", *American journal of public health*, 85, n°12, pp. 1642-1654.
- KOVESS V. et coll., 1995, "La psychiatrie face aux problèmes sociaux: la prise en charge des RMistes à Paris", *L'information psychiatrique*, 71, n°3, pp. 273-292.
- KOVESS V., 1996, *Épidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion, 161 p.
- KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C., 1997, "La santé mentale des sans-abri à Paris : Résultats d'une enquête épidémiologique", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 17-24.
- KOVESS V., TOUSIGNANT M., 1983, "Les instruments utilisés lors des enquêtes de santé mentale. Revue critique", *L'information psychiatrique*, 59, n°6, pp. 805-812.
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M., 1974, *L'enfant et son corps*, Paris, PUF, 512 p.
- KRISTEVA J., 1987, *Soleil noir*, Paris, Gallimard, 264 p.
- LABRUNE L., "Temporalité et science-fiction (ou voyage dans le temps comme explorateur de la temporalité psychique)", *Revue française de psychanalyse*, pp. 1891-1904.
- LACAN J.,
 - 1936-49, "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je" in *Ecrits*, Seuil, 1966, pp. 93-100.
 - 1959-1960, *Le séminaire Livre VII L'éthique de la psychanalyse*, 1986, Editions du Seuil, 374 p.
 - 1964, "Le sujet et l'Autre : l'aliénation" in *Le séminaire XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, 1973, Editions du Seuil, pp. 185-195.
 - 1984, *Les complexes familiaux*, Navarin Editeur, 112 p.
 - extrait de *La relation d'objet*, Séminaire, livre IV, pp. 378-435.
- LADAME F., JEAMMET Ph., 1986, *La psychiatrie de l'adolescent aujourd'hui*, Paris, PUF.
- LAFOND C., 1992, "Spécificité de l'objet nostalgique", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 1659-1663.
- LAGACHE D.,
 - 1939, "La signification psychique des pronoms de la première personne" in *Les hallucinations verbales*, Œuvres I, PUF, pp. 315-322.
 - 1946, "Psychologie clinique et délinquance juvénile" in *Les hallucinations verbales*, Œuvres I, 1932-1946, pp. 427-437.
 - 1947, "fugue et fuite de soi-même" in *Le psychologue et le criminel*, Œuvres II 1947-1952, Paris, PUF, 1979, pp. 1-15.
 - 1949, "Psychologie clinique et méthode clinique", *L'évolution psychiatrique*, I, pp. 155-178.
- "La grande exclusion", *Les Cahiers du CRPPC*, n°9.
- "La lutte contre l'exclusion", 1994, *Cahiers pédagogiques*, n°328.
- "La nuit", 1993, *Informations sociales*, n°19.
- La Phobie*, 1989, Bibliothèque du trimestre psychanalytique, Publication de l'association freudienne, Paris, 169 p.
- LAPLANCHE J.,
 - 1975, "Symbolisations", *Psychanalyse à l'université*, n°1, pp. 11-73.
 - 1976, "Symbolisations", *Psychanalyse à l'université*, n°2, pp. 221-278.
 - 1987, *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, PUF, 163 p.

- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.,
 - 1963, "Délimitation du concept freudien de projection", *Bulletin de psychologie*, 17, fasc.2-7, pp. 62-66.
 - 1964, "Fantasme originaire, fantasmes des origines, origine du fantasme", *Les temps modernes*, n°215, pp. 1833-1868.
 - 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., 525 p.
- La souffrance psychologique chez les jeunes accueillis en mission locale Rhône-Alpes*, 1994, CAEREPS, rapport n°60, Grenoble.
- LASSARRE D., 1988, "Environnement résidentiel et relations sociales", *Perspectives psychiatriques*, n°12, pp. 97-103.
- LAUFER M. et M.E., 1989, *Adolescence et rupture du développement*, Paris, PUF, 255 p.
- LEGALL D. et MARTIN C., 1984, "Marginalisées bien que sans déviance", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, pp. 89-99.
- LEJEUNE P., 1975, *Le pacte autobiographique*, Paris, Ed. du Seuil.
- LEMAIGRE B.,
 - 1982, "Imre Hermann : pensée cramponnement et préférence périphérique", *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°25, pp. 141-160.
 - 1995, "Le trauma, ébranlement du temps", *Revue française de psychanalyse*, n°4, pp. 1173-1187.
- LEMAY M., 1996, "L'approche théorique de la construction de l'enfant", *Sauvegarde de l'enfance*, n°4-5, pp. 300-307.
- LEMPERIERE T., 1997, "Aspects nosographiques : perspectives historiques et situation actuelle", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°10, pp. 27-30.
- LE ROUX Y., LEDERMAN D., 1998, *Le cachalot, Mémoires d'un SDF*, Paris, Ramsay, 238 p.
- "L'errance", 1985, *Informations sociales*, n°5.
- Les Etats-limites*, 1993, AFEP/ Ed FINDKALY, 395 p.
- LESOURD S., 1997, "De l'errance de l'exil : le placement familial", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 123-132.
- Les phénomènes d'errance chez les jeunes de 15 à 25 ans*, Ministère du travail et des affaires sociales.
- "Les tsiganes et les gens du voyage", 1994, *Lien social*, n°269-270.
- LEVI-STRAUSS C.,
 - 1955, "La structure des mythes" in *Anthropologie structurale*, Librairie Plon, 1958, 1974, pp. 227-255.
 - 1956, "Structure et dialectique" in *Anthropologie structurale*, Librairie Plon, 1958, 1974, pp. 257-266.
- LEVY A., 1999, "La ville : un espace public partagé, un urbanisme et une politique au service du citoyen", *Sauvegarde de l'enfance*, 54, n°2, pp. 51-85.
- LITTLE M., 1981, *Des état-limites*, trad. fr. 1991, Des Femmes, 591 p.
- L'observatoire su Samu social de Paris de la Grande Précarité à la Grande Exclusion*, 1999, polycopié.
- Loi n°69-3 du 3 janvier 1969 relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France sans domicile ni résidence fixe, *Code pénal*.
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, *Code de la famille et de l'aide sociale*.
- Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988, Relative au revenu minimum d'insertion, *Journal officiel de la république française*, 3 décembre 1988.
- Loi n°90-527 du 27 juin 1990, Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, *Journal officiel de la république française*, 30 juin 1990.
- Loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998, Relative à la lutte contre les exclusions, *Journal officiel de la république française*, 31 juillet 1998.
- Loi de 1945 sur les réquisitions de logements vides, <http://asso.francenet.fr/cdsl/refs/lois/requis45.html>.
- Loi n°90-449 du 31 mai 1990 (Loi Besson) visant à la mise en œuvre du droit au logement, <http://asso.francenet.fr/cdsl/refs/lois/besson90.html>.
- LONCAN A., 2000, "La ville piège ou les mythes fondateurs menacés", *Revue de thérapie familiale psychanalytique*, n°4, pp. 105-117.
- LORIENT M.T., THEROND D., CLARTE R., 1993, "L'itinéraire vagabond dans la ville et dans le temps", *Psychologie médicale*, 25, n°12, pp. 1257-1259.
- LOUVILLE P., 1997, "Les étapes de la prise en charge des victimes d'attentat ou d'accident collectif", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°10, pp. 34-37.
- LUBOCHINSKY C., MORGANT F., LEGER D., 1995, "Voyages pathologiques : où, quand, comment ?", *Actualités psychiatriques*, XXV, n°4, pp. 8-11.
- LUDWIG M., 1999, "Exclusion sociale et suivi psychologique : un cas clinique", *Evolution psychiatrique*, n°64, pp. 603-609.

- MACIA C., 1999, "L'insertion sociale dans le cadre du revenu minimum", *Psychologues et psychologies*, n°148, pp. 19-21.
- MAFFESOLI M., 1979, *La violence totalitaire*, Paris, PUF.
- MAISONDIEU J.,
- 1996, "De la maladie alcoolique au mal-être de l'alcoolique", *Le journal des psychologues*, n°141, pp. 21-24.
 - 1997, *La fabrique des exclus*, Paris, Bayard Editions, 264 p.
 - 1998 a, "Exclusion, psychiatrie et fraternité", *L'information psychiatrique*, n°4, pp. 333-339.
 - 1998 b, "L'exclusion n'est pas une maladie, c'est une situation pathogène", *Nervure*, XI, n°7, pp. 17-20.
- MANUS A., 1987, *Psychoses et névroses de l'adulte*, 1994, Paris, P.U.F., 127 p.
- MANZANOJ. et PALACIO ESPASA F., 1978, "Négativisme, dénégation et fonctionnement psychotique précoce", *Revue Française de Psychanalyse*, 42, n°5-6, pp. 1105-1109.
- MARBLE J., 1997, "Approche historique : Freud, Lacan et le Trauma", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°10, pp. 15-17.
- MARCELLI D., 1981, *Les états limites en psychiatrie*, Paris, P.U.F., 73 p.
- "Marginalités", 1987, *Sociétés*, n°12, pp. 3-25.
- MARPSAT M., ARDUIN P., FRECHON I., "Aspects dynamiques de la situation des personnes sans domicile".
- MARTIN A., et coll., 1998, "Réflexion autour de la mise en place d'un travail en réseau", *Nervure*, 11, n°7, pp. 23-26.
- MARTIN C. et coll., 1997, "Emploi, ressources et relations familiales dans une population d'héroïnomanes avant traitement", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp.30-32.
- MELTZER D.,
- 1967, *Le processus psychanalytique*, 1971, Paris, Payot, 137 p.
 - 1984, "Les concepts d'« identification projective » (Klein) et de « contenant-contenu » (Bion) en relation avec la situation analytique", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 541-550.
 - 1992, *Le claustrum*, 1999, Lamor-Plage, Editions du Hublot, 186 p.
- MELTZER D., MILANA G., MAIELLO S., PETRELLI D., 1984, "La distinction entre les concepts d'« identification projective » (Klein) et de « contenant-contenu » (Bion)", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 551-569.
- MENECHAL J., 1999, "L'alliance introjective, une hypothèse clinique pour penser les pathologies du lien", *Evolution psychiatrique*, n°64, pp. 567-678.
- MENDEL G., 1985, "Acte pouvoir et aliénation perspectives sociopsychanalytiques" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, Editions ESF, pp. 140-147.
- MERCIER G., BERGERET J., 1978, "La faille primaire de l'imaginaire chez les états-limites", *Revue Française de Psychanalyse*, n°5-6, pp.999-1009.
- "Métamorphoses de la demande et engagement dans le soin", 2000, *Rhizome*, n°2.
- MEUR F., DELAUNAY F., 1997, "L'exclusion socio-professionnelle et familiale des malades mentaux", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp.33-39.
- MICHEL L., 1993, "De la marginalité externe à la marginalité interne dans les groupes", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°21, pp. 153-165.
- MILNER M., 1977, "Rôle de l'illusion dans la formation du symbole", *Revue française de psychanalyse*, 1979, n°5-6, pp. 844-874.
- MINARD M.,
- 1997, "Une forme d'intégration sociale", *Informations sociales*, n°60, pp. 36-43.
 - 1999, "La prise en charge des exclus", *Perspectives psychiatriques*, 38, n°2, pp. 115-118.
- MITSCHERLICH A.,
- 1963, *Vers la société sans père*, Paris, Gallimard, 1969, 354 p.
 - 1965, *Psychanalyse et urbanisme*, Paris, Gallimard, 1970, 197 p.
- MONCOMBE F., 1984, "Identité sociale et anomie", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, pp. 71-77.
- MONJARDET D., 1997, "Polices", *Informations sociales*, n°60, pp. 85-93.
- MONJAUZE M.,
- 1991, *La problématique alcoolique*, Dunod, 256 p.
 - 1999, *La part alcoolique du Soi*, Paris, Dunod, 303 p.
- MONNIER B.,
- 1996, "Le travail de rue", *Sauvegarde de l'enfance*, n°4-5, pp. 315-319.
 - 1997, "L'éducation du dehors", *Informations sociales*, n°60, pp. 44-55.
- MORHAIN Y.,
- 1994, "L'errance du toxicomane. Voyage entre intériorité et extériorité", *L'évolution psychiatrique*, 59, n°3, pp. 469-478.
 - 1998, "Violence d'adolescents", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 46, n°7-8, pp. 410-418.

- 1999, "La médiation sociale : une réponse possible à la violence des banlieues et aux nouveaux maux de la subjectivité", *Pratiques psychologiques*, n°2, pp. 55-65.
- MORMONT C., 1975-76, "Les états-limites: historique et revue", *Bulletin de psychologie*, 29, pp. 192-198.
- MOUNIER B.,
 - 1988, "Témoigner", *Entrevues*, n°16, pp. 43-53.
 - 1993, "L'irréparable vivre après avoir été déporté en camp de concentration", *Correspondances freudiennes*, n°39, pp. 17-24.
- MOUREN M.C., RAJAONA F.R., THIEBAUX M., TATOSSIAN A., 1977, "Le vagabondage : aspects psychologiques et psychopathologiques", *Annales médico-psychologiques*, t.2, n°3, pp. 415-447.
- MOUTON R., 1984, "Sur l'habitat pavillonnaire en ville nouvelle : isolement positivement vécu et autisme doré", *Actions et recherches sociales*, 16, n°3, pp. 21-27.
- MOYANO O., CLAUDON P., COLIN V., SVATOS J., THEBAUT E. (à paraître), "Etude des troubles dissociatifs et de la dépersonnalisation au sein d'une population française adulte jeune", *L'encéphale*.
- MURRAY H., 1950, *Manuel du "Thematic apperception test"*, Paris, E.C.P.A., 21 p.
- NATAHI O., 1997, "Exil et adolescence : entre exil du Père et récit de l'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 73-82.
- NATANSON J., 1999, "Traumatisme, séduction, fantasme", *Etudes psychanalytiques*, pp. 13-21.
- NATASI A., 2000, "Le rejet du temps, l'expulsion de la pensée", *Champ psychosomatique*, n°20, pp. 21-33.
- NATHAN T., 1988, "Rituels de deuil, travail du deuil", *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, n°10, pp. 7-10.
- NAVELET C., 1997, "La recherche clinique en psychologie et psychopathologie", *Bulletin de psychologie de la Sorbonne*, n°429, pp. 297-307.
- NERI C., 1995, *Le groupe*, Paris, Dunod, 1997.
- NEYRAUT M.,
 - 1970, "Solitude et transfert", *Revue française de psychanalyse*, 34, n°1, pp. 81-100.
 - 1974, *Le transfert*, Paris, PUF, 281 p.
- NGUYEN K.- C., 1991-92, "Les épreuves graphiques : méthode d'évaluation, méthode d'investigation", *Bulletin de psychologie*, XLV, n°406, pp. 449-455.
- NOËL E., 1999, "Métaboliser le traumatisme", *Etudes psychanalytiques*, pp. 25-31.
- NOGUES HE., 1997, "La dynamique sociale de l'exclusion", *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 9-16.
- NOIROT M.N., MERCUEL A., LOUVILLE P., 1999, "Refus d'assistance et pathologie mentale des sans-abri", *La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n°24, pp. 67-70.
- OIGOTT C., 2000, "Freud et les formations collectives", *Groupal*, n°6, 10 p.
- ONGENAE S., 1994, "Cancer et psychisme, du déterminisme psychogénétique ou le syndrome de Fritz Zorn", *Psychologie médicale*, 26, n°spécial 7, pp. 675-678.
- OPPENHEIM D., 1999, "La traversée du cancer par l'enfant et l'adolescent", *Le journal des psychologues*, n°170, pp. 27-31.
- ORIOU M., 1994, "Le statut épistémologique des théories de l'identité", *Bulletin de psychologie*, XLVII, n°419, pp. 260-263.
- O.R.S.P.E.R.E.,
 - 1994, "Déqualification sociale et psychopathologie", *Actes du colloque du Vinatier*, Lyon-Bron, 204 p.
 - 1997, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, Actes du colloque de Lyon-Bron, 319 p.
 - 1999, *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale*, Rapport de recherche.
- OUAKNIN M.-A., 1994, "Le temps, la peau et les mots", *Cahiers de psychologie clinique*, n°2, pp. 29-45.
- PAQUOT T., 1997, "Un espace public populaire", *Informations sociales*, n°60, pp. 10-18.
- PAROT F., RICHELLE M., 1992, *Introduction à la psychologie, Histoires et méthodes*, Paris, PUF, 431 p.
- PAUGAM S., 1997, "L'exclusion, généalogie d'un paradigme social", *Sociétés et représentations*, pp. 129-155.
- PAULTRE C., 1906, *De la dépression de la mendicité et du vagabondage en France sous l'Ancien Régime*, Paris.
- PÊCHEUX M., 1969, *Analyse automatique du discours*, Paris, Dunod, 139 p.
- PEDINIELLI J.L.,
 - 1993, "Le consentement et son imaginaire", *Revue de médecine psychosomatique*, 35, pp. 13-24.
 - 1994, "Par où passent les secrets de famille ? Suicide et généalogie : la filiation suicidante", *Dialogue*, pp. 38-50.
- PERROT M., 1978, "La fin du vagabondage", *L'histoire*, n°3, pp. 23-33.
- PERROT M. et coll., 1994, "Le chevalier errant comme figure valorisante de l'errance", *Adolescence*, n°23, pp. 19-35.
- PEUCH-LESTRADE J., 1995, "L'agora chez l'analyste", *Topique*, n°58, pp. 401-421.
- PIEL E., MINARD M., 1997, "Psychiatrie et exclusion", *Libération*, 26 nov 1997.
- PICHON-RIVIERE E.,

- 1971, "Le processus groupal. De la psychanalyse à la psychologie sociale préface", 1994, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°23, pp. 15-20.
- 1975, "Le transfert et le contre-transfert dans la situation groupale", 1994, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°23, pp. 61-66.
- PIGOTT C., 2000, "Freud et les formations collectives", *Groupal*, n°6.
- PINATEL M., 1954, "Pronostic du vagabondage", *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, n°5-6, pp. 292-294.
- PIRLOT G., 1999, "Douleur sociale, souffrances somatopsychiques de civilisation", *Revue française de psychosomatique*, n°15, pp. 195-212.
- PLANTET J.,
 - 1997, "Adoption du projet de loi contre l'exclusion", *Lien social*, n°389, p. 18.
 - 1997, "Deuxième grande enquête d'opinion auprès des exclus", *Lien social*, n°388, p. 22.
 - 1998, "Vivre à la rue", *Lien social*, n°438, p. 26.
- PONS E., 1974, "L'effet organisateur du fantasme de scène primitive dans les groupes institutionnels", *Bulletin de psychologie*, n° spécial, pp. 314-323.
- PONTALIS J.-B.,
 - 1963, "Le petit groupe comme objet", 1968, *Les temps modernes*, n°211, pp. 1057-1069.
 - 1994, "La saison de la psychanalyse", *Trans*, n°4, pp. 11-31.
- Populations et sociétés*, n°313.
- PRIETO N. et coll., 1997, "Toxicomanie, méthadone et exclusion", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°9, pp. 45-49.
- PRIVAT P., 1993, "L'enfant et le groupe", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°20, pp. 51-59.
- PRIVAT P., CHAPELIER J.P., 1987, "De la constitution d'un espace thérapeutique groupal", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°7-8, pp. 7-28.
- RACAMIER P.C.,
 - 1993 a, "L'incestuel", *Gruppo*, n°9, pp. 154-165.
 - 1993 b, *Cortège conceptuel*, Paris, Apsygée Editions, 124 p.
- Rapport d'activité 1998 du Samu Social de Paris*, 1998, polycopié, 182 p.
- Rapport du groupe de travail psychiatrie et grande exclusion*, 1996, Secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, Polycopié, 39 p.
- RANTY Y., 1994, "Approche psychanalytique et psychosomatique actuelle du malade atteint d'un cancer", *Psychologie médicale*, 26, n°spécial 7, pp. 664-669.
- RASSIAL J.J., 1996, "Un clivage du surmoi?", *Cahiers de psychologie clinique*, n°6, pp. 91-99.
- RESNIK S.,
 - 1989, "Transfert entre multiplicité et groupalité", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°12, pp. 9-19.
 - 2000, "Identification projective", *Groupal*, n°6, pp. 156-161.
- REICH W., 1933, *La biopathie du cancer*, 1975, Paris, Payot, 385 p.
- REY A., 1965, *Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*, E.C.P.A., 20 p.
- RIBAS D., 1991, "Le voyageur temporel pensée, temps et origine", *Adolescence*, 9, n°1, pp. 111-120.
- RICHARD D., JACQUET C., LOMBARD M., MANIERE D., 1996, "Vos papiers S.V.P.", *Psychologie médicale*, n° spécial, pp. 98-100.
- RICOEUR P., 1996, "Les paradoxes de l'identité", *L'information psychiatrique*, n°3, pp. 201-206.
- ROELAND J.L., WIZLA F., 1996, "Santé mentale : de nouveaux travestis", *Synapse*, n°127, pp. 38-45.
- ROLLAND J.C., 1988, "Quelle lecture de la parole?", *Revue française de psychanalyse*, n°1, pp. 111-127.
- ROUCHY J.-C., VILLIER J., 1989, "Transfert et identification projective", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°12, pp. 63-76.
- ROUCHY J.-C.,
 - 1980, "Processus archaïque et transfert en analyse de groupe", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1993, n°20, pp. 11-135.
 - 1985, "Au commencement était le groupe", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°1-2, pp. 9-12.
 - 1985, "Une topique groupale", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°5-6, pp. 105-116.
 - 1987, "Identité culturelle et groupe d'appartenance", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, n°9-10, pp. 31-41.
 - 1990, "Dispositif, cadre institutionnel et interprétation", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°15, pp. 5-11.
 - 1997, "Groupe d'appartenance et identité culturelle", Conférence, Université Lumière Lyon 2, Bron, 1-04-97, 10-04-97.

- 1998, *Le groupe et l'espace analytique*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès.
- ROUDINESCO N., PLON M., 1997, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Fayard.
- ROUGEUL F., 1993, "Sida : violence d'une mort annoncée", *Le journal des psychologues*, n°111, pp. 45-48.
- ROUGEUL F., MERINI F., GEFFROY Y., 1994, "Le concept d'impasse familiale et la question de l'identité", *Psychologie médicale*, 26, n°9, pp. 897-903.
- ROUSSILLON R.,
 - 1990, "Clivage du moi et transfert passionnel", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 345-363.
 - 1991, "Un sujet qui ne va pas de soi, le sujet en procès", *Revue française de psychanalyse*, n°6, pp. 1753-1756.
 - 1991, "Le paradoxe de la destructivité ou l'utilisation de l'objet selon Winnicott" in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., pp. 119-129.
 - 1991, "Un paradoxe de la représentation: le médium malléable et la pulsion d'emprise" in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, P.U.F., pp. 130-146.
 - 1994, "Héroïsme, masochismes, réaction thérapeutique négative", *Trans*, n°4, pp. 163-171.
 - 1994, "Perception, hallucination et solution "bio-logique" du traumatisme", *Revue française de psychosomatique*, 1995, n°8, pp. 107-118.
 - 1995 a, "La métapsychologie des processus", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 1375-1519.
 - 1995 b, "Un malaise signal d'alarme ?", *Filigrane*, 8, n°1, pp. 16-25.
 - 1995 c, *Logique et archéologie du cadre psychanalytique*, Paris, PUF, 245 p.
 - 1996, "La terreur agonistique et le schizophrène", *L'encéphale*, Sp III, pp. 99-103.
 - 1997, "La fonction symbolisante de l'objet", *Revue française de psychanalyse*, n°2, pp. 399-413.
 - 1998 a, "Désir de créer, besoin de créer, contrainte à créer, capacité de créer" in *Symbolisation et processus de création*, (sous la direction de B. Chouvier), Paris, Dunod, pp. 158-171.
 - 1998 b, "Traumatismes primaires et clivages", *Rencontres ouvertes*, Bron, Université Lumière Lyon 2.
 - 1999, "Traumatisme primaire, clivage et liaison primaires non symboliques" in *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, PUF, pp. 9-34.
 - 1999, "Situations et configurations transférentielles limites", *Filigrane*, 8, n°2, pp. 100-120.
 - 1999, "Un malaise signal d'alarme?", *Filigrane*, 8, n°1, pp. 16-25.
- ROY C., 1985, "L'espace comme réalité et comme représentation", *Cahiers du centre de recherches sociologiques*, n°3, pp. 39-47.
- ROY M., LARIVIERE J.M., 1998, "Exclusion et psychopathologie en zone rurale", *L'information psychiatrique*, n°4, pp. 358-362.
- RUTH C. K., NEGRE P., 1991, *Les voies de l'observation*, Paris, Nathan, 239 p.
- SAMI-ALI M.,
 - 1970, *Le corps, l'espace et le temps*, 1990, Paris, Dunod, 157 p.
 - 1974, *L'espace imaginaire*, Paris, Gallimard, 263 p.
 - 1990, *Le corps, l'espace et le temps*, Paris, Bordas, 157 p.
- SARAZIN I., 1996, "La difficile rencontre de la psychiatrie et de la misère", *Actualités sociales hebdomadaires*, n°1980, pp. 21-22.
- SCHAEFFER J., 1998, "Crise d'hystérie : libido en crise", *Revue française de psychosomatique*, n°13, pp. 71-76.
- SCHARBACH H., 1983, *Les états-limites Approche compréhensive chez l'adulte et chez l'enfant*, Rapport de psychiatrie, 1983, Paris, Masson, 238 p.
- SCHILDER P.,
 - 1935 a, "Psychanalyse de l'espace", 1974, *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°9, pp. 105-124.
 - 1935 b, *L'image du corps*, Paris, Gallimard, 1968, 352 p.
- SCHMITZ B.,
 - 1967, "Les états-limites: introduction pour une discussion", *Revue Française de Psychanalyse*, 31, n°2, pp. 245-266.
 - 1972, "Narcissisme et toute-puissance phallique: états frontières de l'hystérie", *Revue Française de Psychanalyse*, 36, n°2, pp. 249-264.
- SCHWAB S., 1996, "Le cancer en clinique psychosomatique", *Le journal des psychologues*, n°134, pp. 28-32.
- SEFFAMI M., SIMON B., 1995, "L'espace des autres", *Rapport de recherche*.
- SEGAL H.,
 - 1969, *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*, Paris, PUF, 165 p.
 - 1979, *Mélanie Klein: développement d'une pensée*, Paris, PUF, 1982, 173 p.
- SEVE L., 1985, "Individualité au travail et aliénation - I" in *Psychopathologie du travail*, C. Dejours, C. Veil, A. Wisner, Editions ESF, pp. 131-133.
- SHENTOUB V., 1981, "T.A.T. : test de créativité", *Psychologie française*, 26, n°1, pp. 66-70.
- SHENTOUB V., DEBRAY R., 1970, "Fondements théoriques du processus T.A.T.", *Bulletin de psychologie*, 24, n°292, pp. 897-903.

- SIKSOU J., 1993, "Bébés en groupe avec leurs mères symbolisation et élaboration de la séparation", *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 1993, n°20, pp. 87-96.
- SIMON P., MARPSAT M., "Les dimensions spatiales de l'exclusion et de l'insertion sociale urbaine : une comparaison européenne (URBEX)".
- SINGLY F. (de), 1982, "La gestion sociale des silences", *Consommation revue de socio-économie*, 1982, n°4, pp. 36-63.
- SMADJA C.,
- 1994, "Préliminaires techniques à l'analysibilité de patients atteints d'affections somatiques", *Revue française de psychanalyse*, n°4, pp. 1059-1076.
- 1995, "Le modèle psychosomatique de Pierre Marty", *Revue française de psychosomatique*, n°7, pp. 7-25.
- SOULA DESROCHE M., 1996, "Psychodynamique de l'identité face à l'exclusion", *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°26, pp. 59-67.
- SPITZ R.,
- 1965, "Considérations psychologiques, les effets de la perte de l'objet" in *De la naissance à la parole*, 1984, Paris, P.U.F., pp. 219-225.
- 1984, "L'établissement de l'objet libidinal" in *De la naissance à la parole la première année de la vie*, Paris, P.U.F., pp. 114-225.
- STALLONI B.,
- 1993, "Un malade social : le SDF", *Bulletin de l'enseignement de psychiatrie de Lyon*, n°spécial, pp. 70-96.
- 1995, *Les SDF et l'institution psychiatrique : Résultats d'une enquête effectuée dans le service d'urgence d'une Centre Hospitalier Spécialisé*, Thèse de médecine Université Claude Bernard - Lyon I, Faculté de médecine Lyon - Sud.
- STECKEL , 1907, "Séance du 6 février 1907" in *Les premiers psychanalystes – Minutes de la société psychanalytique de Vienne*, 1, 1906-108, coll. connaissance de l'inconscient, Gallimard, 1962, pp. 125-132.
- STITOU R., 1997, "Universalité et singularité de l'exil", *Psychologie clinique*, n°3, pp. 13-30.
- STROHL, LAZARUS A., 1995, "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher", *Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale"*, 59 p.
- SUEUR C., 1996, "Sur la route : voyage et conduites de risque", *L'évolution psychiatrique*, 61, n°3, pp. 635-647.
- SZTULMAN H., 1997, "Entre addiction et ordalie, les toxicomanes", *Adolescence*, 15, n°2, pp. 57-65.
- SZWEC G.,
- 1993, "Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires", *Revue française de psychosomatique*, n°4, pp. 27-51.
- 1994, "Adultes naufragés - nourrissons en perdition. (Réflexions sur l'utilisation autocalmante du danger et de l'effroi)", *Revue française de psychanalyse*, n°3, pp. 743-761.
- 1995, "Le retour de l'expérience traumatique", *Revue française de psychanalyse*, n°5, pp. 1629-1633.
- 1996, "Subversion érotique et subversion autocalmante : une double potentialité pour les fonctions somatiques", *Revue française de psychosomatique*, n°10, pp. 47-57.
- TABOADA LEONETTI I., 1994, "Formes d'intégration / exclusion, le chômeur et l'immigré: un même cadre théorique?", *Bulletin de psychologie*, XLVII, n°419, pp. 372-378.
- TAUSK, 1912, "Séance du 6 mars 1912" in *Les premiers psychanalystes – Minutes de la société psychanalytique de Vienne*, IV, 1912-1918, coll. connaissance de l'Inconscient, Gallimard, 1962.
- TERROLLE D.,
- 1996, "Anonymisation et défense collective", *Ethnologie française*, n°3, pp. 418-425.
- 1999, "Privés de deuil", *Le nouveau marseillais*, n°55, pp. 26-32.
- THOMAS L.V., 1975, "L'être et le paraître. Essai de signification de l'initiation en Afrique noire" in *Fantasme et formation*, R. Kaës, D. Anzieu, L.V. Thomas, Paris, Bordas, pp. 124-160.
- THURIN J.-M., 1998, "La psychosomatique présentée aux généralistes", *Perspectives psychiatriques*, 37, n°4, pp. 284-291.
- TRASTOU G., 2000, "Partis pour nulle part et revenus de tout", *Champ psychosomatique*, n°20, pp. 7-19.
- TRIANDAFILLIDIS A., 1996, "Stratégies d'immortalité", *Adolescence*, 14, n°1, pp. 25-41.
- TURQUET P.M., 1974, "Menace de l'identité personnelle dans le groupe large", *Bulletin de psychologie*, n°spécial, pp. 133-158.
- TUSTIN F., 1972, "Les objets autistiques" in *Autisme et psychose de l'enfant*, Editions du Seuil, 1977, pp. 67-75.
- TYLER K.A., HOYT D. R., WHITBECK L.B., 2000, "The effects of early abuse on later sexual victimization among female homeless and runaway adolescents", *Journal of interpersonal violence*, 15, n°3, pp. 235-250.
- URWAND S., HAAG G., 1993, "Premières identifications et enveloppe groupale, à partir de groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques", *Dialogue*, n°2, pp. 63-74.
- VACHERET C., 1998, "Etudes de cas, enjeux et approches cliniques", *Les Cahiers du CRPPC*, n°4, pp. 4-7.
- VALENTIN E., 1996, "Somatiser, agir, représenter", *Revue française de psychosomatique*, n°10, pp. 113-124.

- VALLET D., 1997, "Le syndrome de répétition traumatique, du concept à la clinique", *La revue française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, n°10, pp. 11-14.
- VALLEUR M., JEROME E., 1997, "Les addictions et la métaphore ordalique", *Adolescence*, 15, n°2, pp. 67-81.
- VERNANT J.P., VIDAL-NAQUET P., 1988, *Oedipe et ses mythes*, Paris, Editions complexes, 148 p.
- VERSELE S.V., VAN DE VELDE D., 1976, "Marginalité ou marginalisation?", *Revue de l'institut de sociologie*, n°1-2, pp. 23-49.
- VEXLIARD A.,
- 1956, *Introduction à la sociologie du vagabondage*, Paris, Marcel Rivière.
 - 1957, *Le clochard. Etude de psychologie sociale*, Paris, Desclée de Brouwner, 1998.
- VIDAL-NAQUET P., 1997, "Les errances", *Conférence FNARS Forum des acteurs de l'urgence sociale*, Lyon.
- VIGNAT J.P., 1997, "Fragilité psychique, fragilité sociale : quelles frontières?", *Conférence du 18 nov. 1997*, Université catholique de Lyon, 14 p.
- VINCENT D., DUBOIS S., 1997, *Le discours rapporté au quotidien*, Nuit blanche éditeur, 148 p.
- "Vivre à la marge", 1998, *Informations sociales*, n°68.
- WAINTRATER R., 1997, *La valeur de travail psychique du témoignage dans la transmission de la Shoah*, Thèse de Doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon-Bron.
- WIDLÖCHER D., 1979, "Communication clinique et état-limite", *Psychanalyse à l'université*, 15, n°17, pp. 112-123.
- WINNICOTT D.W.,
- 1945, "Le vol et le mensonge" in *L'enfant et sa famille*, Paris, Payot, 1957, pp. 169-173.
 - 1946, "Quelques aspects psychologiques de la délinquance juvénile" in *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1972, pp. 165-173.
 - 1949, "La tendance à voler" in *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1972, pp. 159-164.
 - 1953, "Objets transitionnels et phénomènes transitionnels", *La psychanalyse*, n°5, 1960, pp. 21-41.
 - 1956, "La tendance antisociale" in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 175-184.
 - 1957, *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot, 1972, 177 p.
 - 1958, "La capacité d'être seul" in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 205-213.
 - 1960, "La théorie de la relation parent-nourrisson" in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 237-256.
 - 1967, "La délinquance juvénile, signe d'espoir" in *Conversations ordinaires*, Editions Gallimard, 1988, pp. 99-109.
 - 1970, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 259 p.
 - 1971, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.
 - 1974, "La crainte de l'effondrement", *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1975, n°11, pp. 35-44.
 - 1986, *Conversations ordinaires*, Gallimard, 1988, extraits.
 - 1987-88, *Le bébé et sa mère*, Paris, Payot, 1992, 150 p.
- WINTERSTEIN VON A., 1912, "Une contribution à la psychanalyse du voyage" in *Les premiers psychanalystes – Minutes de la société psychanalytique de Vienne*, 1962, IV, 1912-1916, coll. connaissance de l'inconscient, Gallimard, pp. 84-89.
- XIBERRAS M., 1996, *Les théories de l'exclusion*, Paris, Armand Colin/Masson, 204 p.
- YUEL I., 1992, "Emmène-moi au cimetière", *Autrement: série mutations*, n°128, pp. 76-93.
- ZAOUI D., 1990, "Des rêves typiques à la théorie du symbolisme", *Topique*, n°45, pp. 31-47.
- ZOUATINE P., 1998, "Des soins infirmiers en psychiatrie dans la rue?", *Soins psychiatriques*, n°196, pp. 27-29.
- ZULLIGER H., 1959, *Le test Z individuel*, Paris, PUF, 363 p.

Index des tableaux et des schémas

Chapitre 1 :

Schéma n°1 : Passage des indices sociaux aux indices cliniques	33
Schéma n°2 : L'état de la question dans les champs connexes	38
Schéma n°3 : Les résultats de la revue de la littérature en psychologie clinique	88
Schéma n°4 : L'état de la question en psychologie clinique	90
Schéma n°5 : Organisation des hypothèses	141
Tableau 1 : Les critères de sélection	14
Tableaux 2 et 3 : Résultats multi-champ d'après la revue des recherches épidémiologiques au sujet des personnes SDF	68
Tableau 4 : Les catégories et les indices cliniques	70
Tableau 5 : Des concepts et des méthodes	86

Chapitre 2 :

Schéma n°6 : Des indices cliniques aux indicateurs spatiaux	162
Schéma n°7 : Mise au travail des hypothèses à travers les indicateurs spatiaux	165
Schéma n°8 : Thématiques à travailler en fonction des hypothèses et des indicateurs	166
Schéma n°9 : Grille d'objectivation de l'occupation de l'espace selon les conceptions d'H. Beauchesne	191
Schéma n°10 : Grille d'observation d'un groupe de SDF	194
Schéma n°11 : Grille de classification du discours	201
Schéma n°12 : Synthèse de la méthodologie du champ exploratoire	202
Schéma n°13 : Synthèse de la méthodologie du contre-champ	216
Tableau 6 : Une clinique multiple	217

Chapitre 3 :

Schéma n°14 : Une typologie groupale	235
Schéma n°15 : Modalités de groupement et organisation spatiale du lieu des groupes	246
Schéma n°16 : Une typologie de la rue	281
Schéma n°17 : La groupalité subjective dans le discours	308
Schéma n°18 : Analogie entre les deux scènes	325
Schéma n°19 : Dessin de Monsieur B.	338
Schéma n°20 : Système des rupture du liant	355
Tableau 7 : Récapitulatif de la clinique des témoignages uniques	382

Chapitre 4 :

Schéma n°21 : représentation des liens actuels de Madame D.	401
Schéma n°22 : Représentation schématique des liens primaires de Madame D.	406
Schéma n°23 : Les protagonistes de la SCENE à travers les scénarii	491
Tableau 8 : Suivis au long cours	384

Chapitre 5 :

Schéma n°24 : Inadéquation topique entre deux scènes	613
Schéma n°25 : Le mécanisme de périphérisation topique : diffraction du sujet dans l'extérieur (collectif) par périphérisation de la topique interne	630
Schéma n°26 : Grille de mise à l'épreuve du modèle de périphérisation topique pour les cas individuels	634
Schéma n°27 : Objet de recours narcissique	638

Index des cas

- Angelo**, 276.
- Antoine**, 278.
- Bertrand**, 269.
- Charles**, 640.
- Christian**, 1919.,
- Dave**, 242.
- George**, 175, 176.
- Jack**, 241, 242, 243, 259.
- James**, 242.
- Jean**, 280, 655, 656.
- Jean-Claude**, 649.
- John**, 652, 658.
- Josette**, 76.
- Madame B.**, 621, 626.
- Madame Be.**, 626.
- Madame D.**, 52, 172, 187, 188, 205, 210, 386-423, 429, 441, 453, 456, 468, 515, 516, 550, 551, 560, 561, 562, 563, 565, 567, 574, 577, 578, 582, 583, 589, 592, 593, 594, 597, 600, 601, 606, 608, 609, 610, 617, 623, 640, 644, 645, 662.
- Madame L.**, 152, 278, 286, 287, 298, 311, 318, 319-329, 344, 369, 370, 371, 372, 374, 377, 486, 497, 499, 548, 555, 562, 563, 579, 590, 593, 599, 607, 612, 614, 634, 639, 640, 651.
- Madame R.**, 253, 254, 259, 277, 287, 288, 312, 635, 643, 652, 656, 658.
- Mademoiselle A.**, 517-549, 574, 592, 644.
- Maurice**, 244, 245, 259.
- Moquette**, 31.
- Monsieur « grotte »**, 19.
- Monsieur A.**, 111, 173, 182, 187, 203, 205, 207, 209, 280, 288, 443, 468-516, 519, 520, 548, 551, 556, 557, 564, 574, 579, 582, 585, 590, 593, 595, 597, 598, 610, 615, 632, 639, 643, 661, 662.
- Monsieur B.**, 26, 96, 120, 198, 199, 200, 282, 285, 286, 287, 291, 292, 295, 297, 298, 300, 305, 306, 311, 312, 314, 318, 330-341, 369, 370, 371, 378, 379, 593, 599, 607, 612, 628, 634, 643, 656, 657.
- Monsieur C.**, 52.
- Monsieur D.**, 230, 231, 236, 256, 270, 271, 272, 638.
- Monsieur F.**, 106, 552, 553, 554, 611.
- Monsieur G.**, 318, 350-363, 465, 580, 594, 599, 601, 614, 637.
- Monsieur H.**, 170, 286, 287, 293, 296, 636.
- Monsieur I.**, 288.
- Monsieur J.**, 219, 258.
- Monsieur K.**, 271.
- Monsieur M.**, 111, 152, 200, 201, 307, 312, 318, 342-349, 356, 369, 370, 371, 372, 374, 379, 465, 486, 555, 579, 594, 599, 606, 608, 610, 612, 615, 628, 635, 661, 662.
- Monsieur N.**, 188, 200, 292, 298, 309, 310, 311, 313, 314, 609, 636.
- Monsieur P.**, 318, 364-368, 369, 559, 569, 594, 600, 609, 637.
- Monsieur Prusse**, 252.
- Monsieur R.**, 261, 262, 263, 264, 265, 274, 278, 574, 635.
- Monsieur T.**, 18, 30, 52, 53, 104, 172, 173, 180, 181, 182, 188, 205, 208, 209, 210, 290, 397, 422, 424-467, 468, 472, 476, 481, 483, 484, 485, 486, 496, 515, 516, 519, 520, 550, 555, 556, 559, 560, 563, 565, 567, 572, 573, 574, 577, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 589, 590, 592, 593, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 609, 610, 611, 613, 617, 625, 643, 649, 661.
- Monsieur To.**, 289, 389, 405, 410, 418, 562, 565, 566, 567, 581.
- Pascal**, 654, 655.
- Paul**, 48, 319, 320, 321, 325, 327, 328, 329.
- Pete**, 241, 242, 243, 259.
- Philippe**, 284.
- Pierre**, 238, 240, 280.
- Pilou**, 31.
- « Renard »**, 242.
- Stéphane**, 647, 648.

Index des auteurs

A

Abraham N., 131, 145, 313, 600, 657, 659.
 Alby N., 562.
 Allouch E., 570.
 Anzieu D., 119, 129, 181, 225, 256, 259, 267, 292, 322, 340, 366, 454, 539, 556, 572, 573, 642, 643, 653.
 Aulagnier P., 29, 295, 529, 531, 532, 541.
 Avron O., 268.
 Azar A.A., 419, 562, 568.

B

Bachelard G., 121-122, 125-126, 276, 277, 283, 292.
 Balint M., 576, 588.
 Barrière A., 106.
 Baudrillard J., 285, 286, 287, 289.
 Beauchard J., 61.
 Beauchesne H., 190, 191, 201.
 Bertrand M., 604, 606.
 Bessis F., 417.
 Bezaury J.B., 213.
 Biegelman-Barroux F., 416, 417.
 Bick E., 640.
 Bion W., 26, 95, 119, 180, 188, 204, 211, 231, 232, 284, 298, 330, 336, 380, 420, 432, 444, 461, 644.
 Birraux A., 109, 110, 197, 255.
 Birraux T., 95, 96, 98, 103.
 Blanchet A., 200.
 Bleger J., 26, 172, 179, 180, 229, 344, 447, 481, 498, 583, 598, 612, 642, 659.
 Bonetti M., 280.
 Bosse J.D., 106.
 Bowlby J., 232, 330.
 Brette F., 569.
 Breuer J., 157.
 Brolles L., 213.

Brown D., 415.
 Brusset B., 372, 588.

C, D

Cadoret M., 112, 293.
 Carre J.B., 208.
 Castel R., 40.
 Casterède M.F., 204.
 Castro B., 74, 75.
 Catoire G., 119.
 Cazenave P., 417.
 Chapelier J.B., 431, 590.
 Charcot M., 60, 65, 77.
 Charles-Nicolas A., 565, 566.
 Chartier J.P., 57, 183.
 Chaunu P., 43.
 Cottraux J., 255.
 Croisant M., 180, 181.
 Dalle B., 208.
 David C., 136.
 Declerck P., 13, 89, 91, 104-105, 183, 207.
 De Gaulejac V., 39, 41, 63.
 Dejours C., 118, 466, 560, 562, 563.
 De Queiroz J.M., 39, 61.
 Delaunoy J., 604.
 De M'Uzan M., 136, 386, 418, 568, 616, 617, 618.
 Derivois D., 610, 655.
 Dolto F., 439.
 Doron J., 340.
 Dougall Mc J., 264, 291, 371, 376, 377, 378, 559, 560, 569, 571.
 Douville O., 94-97, 99, 100, 102, 112, 276, 534, 534, 541, 550, 569, 573, 611, 662, 663.
 Dubois S., 306.
 Dubol V., 403, 408, 409, 411.
 Du Pouget B., 43.
 Green A., 150, 151, 152, 435, 437, 459, 460, 489,

Dupré H., 285.

Duez B., 34, 107, 134-135, 183, 190, 259, 294, 324, 328, 334, 372, 409, 421, 422, 438, 448, 454, 474, 492, 493, 494, 507, 544, 568, 573, 584, 595, 620, 622, 639, 648, 665.

Duprat G.L., 43.

E, F

El-Kabir, 105.

Enriquez M., 207.

Ezriel H., 257.

Fain M., 104, 136, 569, 586, 587, 588.

Fédida P., 119, 603, 605, 610.

Félonneau M.L., 192, 242, 278.

Férenczi S., 144, 151, 43, 477, 603.

Fernandez-Zoïla A., 123, 124, 239, 278, 645.

Fisher G.N., 241, 242, 249, 276, 277.

Florentin Th., 74, 75.

Freud S., 21, 26, 62, 92, 114, 127, 130-134, 136, 144-45, 148, 150-51, 157, 180, 195, 211, 240, 242, 259, 261, 263, 266, 297, 301, 326, 332, 335, 346, 347, 371, 374, 375, 376, 410, 415, 436, 444, 448, 487, 508, 555, 565, 571, 576, 578, 579, 580, 584, 589, 590, 591, 592, 603, 616, 628, 629, 642, 646.

Furtos J., 67, 241, 243, 254, 255, 555, 558, 593.

G, H

Gaboriau P., 91, 108.

Gagey J., 94.

Geffroy Y., 498, 650.

Gibello B., 119, 201, 421.

Gillibert J., 187, 580, 581.

Gimenez F., 552.

Goffman E., 62, 307.

Goldberg F., 75, 96, 98, 99, 100, 102, 109, 110, 197, 611, 667.

Gouineau L., 192, 278.

524, 538.

Gruel L., 39, 61.

Guedj M.J., 91, 95, 98, 101, 103.

Gutton Ph., 73, 75, 76, 94, 96, 97, 100, 102.

Guyotat J., 603, 605, 610.

Hall E.T., 45, 123, 124.

Hermann I., 232, 330, 331.

Houzel D., 119, 145, 340, 543, 642.

I, J, K

Jaitin R., 321.

Jakobson R., 301.

Jalil B., 662.

Janin C., 77, 98, 131, 149, 403, 444, 580, 596, 614, 617, 628, 651.

Jeammet Ph., 297.

Jeantet C., 43.

Jérôme E., 343, 458, 565, 660.

Kaës R., 26, 28, 48, 127-29, 143, 148, 153, 180, 182, 228, 232, 237, 249, 260, 266, 268, 271, 273, 274, 294, 300, 301, 302, 354, 504, 510, 534, 590, 614, 615, 620, 621, 622, 623, 626, 627, 649, 657, 659.

Khan M., 604.

Klein M., 146, 269, 463, 513, 647.

Kovess V., 13, 14, 15, 67.

Kreisler L., 569, 586, 587.

L, M, N

Lacan J., 63, 151, 245, 328, 361, 500, 503, 506, 509, 530, 538.

Lagache D., 4, 163, 201, 203, 219.

Laplanche J., 135, 136, 147, 295, 298, 299, 300, 322, 370, 380, 408, 414, 428, 493, 497, 576, 578, 645.

Lassarre D., 192.

Leger D., 15, 74, 75, 76, 77, 103.

Lemaigre B., 128, 232, 269, 331.

Levi-Strauss C., 300, 615.

Louville P., 18, 91.

Lubochinsky C., 15, 74, 75, 76, 77, 103.

Maffesoli M., 42.

Maisondieu J., 58, 270.

Martin J.P., 18, 107.

Marty P., 136, 461, 571.

Meltzer D., 119, 130, 132-33, 257, 466, 543, 583, 651, 652, 653, 655, 656, 658.

Ménéchal J., 447.

Mercuel A., 18, 91.

Mérini F., 498, 650.

Merley C., 43.

Minard F., 108.

Mitscherlich A., 196.

Mollard E., 255.

Monzaube M., 543.

Morgant F., 15, 74, 75, 76, 77, 103.

Moron P., 213.

Mounier B., 187.

Mouren M.C., 565.

Natasi A., 661.

Nathan T., 481.

Navelet C., 156, 169.

Neyraut M., 185, 596.

Noirot M.N., 18, 91.

O, P, Q

Ouaknin M.A., 213, 502, 588.

Paugam S., 40.

Pêcheux M., 200.

Pédinielli J.L., 441, 442, 521, 594, 595.

Pichon-Rivière E., 146, 621.

Pierce, 29, 301, 311, 312.

Privat P., 431.

Pontalis J.-B., 135, 136, 147, 295, 300, 322, 370, 414, 428, 493, 497, 576, 578, 645.

R, S, T

Racamier P.C., 321, 409, 428, 444, 445, 462, 472, 530, 540, 549, 597.

Rank O., 607.

Ranty Y., 418, 568.

Reich W., 205, 418.

Richard F., 192, 278.

Rouchy J.-C., 27, 51, 144, 148, 193, 426, 626, 659.

Rolland J.C., 188, 600.

Rougeul F., 498, 650.

Roussillon R., 170, 173, 182, 434, 442, 460, 567, 569, 574, 596, 597, 615, 628, 629, 632, 638, 639.

Sami-Ali M., 121, 149, 285, 340, 346, 559, 565, 567, 570, 573, 590, 591, 639, 646.

Schilder P., 119, 572.

Seffami M., 640.

Ségat H., 269.

Sibony D., 650.

Simon B., 640.

Skurnik N., 74, 75.

Smadja C., 118, 587.

Soula Desroche M., 107.

Soulé M., 569, 586, 587.

Stalloni B., 15, 69, 584.

Stitou R., 111, 662.

Sueur C., 77, 97, 101.

Sztulman H., 343, 492.

Szwec G., 302, 460, 574, 576, 577, 581, 616, 660.

Taboada Léonetti I., 39, 63.

Terrolle D., 40, 564.

Thomas L.V., 504.

Thurin J., 416.

Török M., 131, 145, 313, 600, 657, 659.

Trastou G., 645.

Tristiani J.L., 455, 655.

U, V, W, X, Y, Z

Vacheret C., 263.

Vallet D., 603.

Valleur M., 343, 458, 565, 660.

Van De Velde D., 40.

Van Lysbeth-Ledent M., 592.

Versele S.C., 40.

Vexliard A., 84, 183, 660.

Viderman S., 601.

Vincent D., 306.

Waintrater R., 187, 188, 206, 599.

Winnicott D.-W., 24, 52, 57, 97, 128, 171, 173, 180,
198, 271, 328, 344, 360, 433, 437, 442, 569, 572, 584,
624.

Xiberras M., 40, 41, 42, 43, 62.

Index thématique

A, B

Actualisation, 10, 135, 233, 259, 294, 307, 314, 352, 369, 372, 494, 505, 513, 521, 547, 582, 596, 615.

Agir, 19, 97, 110, 137, 294, 324, 328, 372, 444, 450 596.

Agrippement, 232, 259, 270, 273, 274, 298, 330, 331, 376.

Appareil psychique : 127, 181, 268, 297, 372, 652.

- subjectif, 10, 132, 133, 145, 148, 149, 160, 193, 197, 294, 295, 617, 628, 642, 657.

- groupal, 147, 148, 260, 268, 2673, 294, 657.

Attaque, 21, 96, 115, 135, 153, 180, 183, 231, 259, 273, 289, 330, 381, 420, 433, 479, 480, 503, 516, 520, 632.

Attaque-fuite : 207, 231, 232, 273, 330, 325.

Auto-engendrement (fantasme d') : 286, 475, 489, 493, 502-05, 509, 510, 515, 533.

C, D

Cadre :

- composantes du (-) : 167, 169, 172, 173, 179, 181, 182-183, 192, 197, 215, 233, 243, 297, 387, 424, 432, 447, 448, 467, 476, 477, 519-523, 592, 598.

- contenant : 25, 52, 107, 179, 436, 555, 571, 650.

- en psychanalyse : 26, 87, 115, 142, 143, 153, 167, 168, 172, 173, 179-181, 229, 291, 336, 370, 452, 562, 586, 594, 598, 653.

- interne : 26, 174, 189, 433, 445, 450, 476, 481-86, 505, 547, 556.

- des lois : 45, 55, 58, 79.

- scientifique : 3, 9, 18, 20, 171, 178, 203, 350, 476.

Clivage : 22, 104, 254, 255, 268, 373-76, 417, 422, 434, 502, 569, 570, 596, 619, 628, 629, 632, 638, 650, 665.

Contamination : 65, 309, 310, 312, 408.

- procédures de dé(-) : 245, 247, 251, 252, 253, 259, 279, 302, 381, 553, 620, 629, 633, 634-37, 638, 665, 669.

- psychique, imaginaire : 135, 239, 246, 247, 250, 251, 252, 253, 259, 273, 277, 282, 302, 315, 335, 373, 381, 449, 582, 624, 632, 634-37, 665.

Contenants de pensée : 119, 201.

Conteneur : 26, 180, 181, 182, 183, 302, 424, 436, 442, 539, 543, 657.

Cramponnement : 128, 232, 269, 297, 298, 305, 330, 331.

E, F

Etagage : 18, 22, 24, 27, 28, 29, 65, 66, 105, 107, 114, 127-129, 137, 140, 154, 160, 171, 179, 181, 199, 237, 270, 316, 322, 332, 334, 354, 356, 357, 363, 376, 379, 403, 405, 414, 415, 420, 422, 461, 465, 543, 563, 576, 612, 640, 663.

Fantagme : 324, 372, 494.

Fantasme originaire : 127, 128, 135, 153, 214, 294, 295, 303, 370, 371, 372, 468, 487, 494, 592, 609, 640, 649.

- de scène primitive : 94, 113, 139, 361, 372, 410, 490, 492-94, 498, 502, 509, 515, 546, 550, 639, 650, 666.

- de castration : 257, 332, 333, 370, 372, 430, 436, 493.

- de séduction : 157, 229, 334, 336, 370, 409, 429, 430-33, 444, 471, 532, 536, 544-48, 556, 583.

Fonction alpha : 180, 182, 266, 436, 595, 652, 657.

Forclusion : 305, 361, 406, 505-07, 569, 570-71, 596.

G, H

Groupalité psychique : 127, 252, 260, 293, 308, 316, 597.

Groupes internes : 42, 127, 129, 135, 145-153, 159, 214-15, 224, 257, 265, 307, 316, 329, 403-04, 423, 510, 512, 522, 533, 547, 548, 560, 590, 592, 611, 612, 619, 627, 639, 648, 649, 653, 667.

I, J, K,

Icône : 301, 373.

- Identité subjective (construction de l') : 22, 32, 41, 44, 107, 154, 242, 285, 299, 313, 361, 368, 375, 393, 482, 498, 504, 528-34, 551, 612, 639, 645-63, 666.
- Illusion groupale : 246, 257, 267-68, 527.
- Incestuel : 321, 392, 409, 443-44, 462, 529, 530-35, 540, 549, 550, 555.
- Indice : 29, 279, 286, 301, 311-15, 327, 332, 339, 373, 447, 478, 572, 601, 619, 636.
- Intrusion
- complexe d'(-) : 245, 247, 328, 536, 538.
 - fantasme d'(-) : 209, 324, 333, 349, 370, 372, 497, 528.
- L, M, N,**
- Localisation : 44, 104, 120, 122-23, 125, 147-48, 166, 228, 233, 236, 273, 285, 293, 302, 327, 362, 373, 399, 403, 412, 446, 579, 582, 600, 619, 622, 624-26, 650, 669.
- dé (-) : 143, 147, 153, 250, 330, 606, 612, 633, 635, 666.
- Mensonge : 230, 395, 407, 494, 499, 502, 504, 507, 508-09, 535, 537, 612, 640.
- Métonymie : 100, 168, 286, 310, 483.
- O, P, Q**
- Ordalie : 343, 458, 459, 493, 565-66, 582, 660.
- Père :
- fonction paternelle : 405, 407, 550.
 - image du (-) : 95, 111, 113, 241, 251, 321, 344, 360, 363, 387, 405, 406, 408, 409, 467, 495, 506-10, 553, 554.
 - Nom du (-) : 361, 503, 505-07.
- Périphérisation : 21, 102, 104, 108, 131, 145-46, 198, 248, 291, 296-99, 315, 373-76, 380, 382, 423, 547, 614, 619, 626, 628-40, 643-46, 648, 650, 665, 669.
- Phobie : 68, 86, 115, 144, 255, 259, 272, 274, 340, 646, 652, 654, 656, 657, 659, 660.
- objet contra-phobique : 128, 233, 236, 259, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 369, 376, 377, 379, 616.
 - objet phobique : 255, 259, 268, 270, 273, 274, 378.
- phobogène : 232, 233, 255.
- Projection : 67, 95, 96, 99, 114, 129, 143, 145, 163, 182, 191, 196, 198, 231, 267, 269, 271, 272, 274, 279, 295, 297, 340, 376, 399, 424, 446, 493, 512, 525, 541, 559, 572, 591, 607, 645, 646, 647, 648, 653.
- épreuve projective : 89, 203, 208, 522, 523, 547.
 - identification projective : 129, 146, 255, 397, 399, 446, 571, 592, 647, 648, 651.
- Q, R, S**
- Répétition (contrainte de) : 108, 133, 145, 147, 151, 160, 177, 180, 198, 267, 269, 300, 328, 356, 369, 371-72, 375, 380, 515, 579, 581, 598-602, 614-16, 629, 659.
- Rêve (capacité de rêverie) : 28, 598, 644.
- Roman familial : 346, 410, 509, 552, 554-55.
- Subjectivité : 103, 104, 112, 289, 374, 422, 567, 603, 309, 610, 628, 629, 632, 638, 646, 650.
- Symbole : 286, 310-315, 379, 437-438, 636.
- Système protomentale : 232, 298, 461.
- T**
- Topologie : 124, 238, 329, 520, 591.
- Topologique : 120, 122, 123, 130, 159, 166, 190, 193, 196, 224, 240, 301, 451, 633.
- Transfert :
- topique : 114, 134-135, 139-140, 144-148, 153, 183, 328-329, 424, 440, 443, 446-448, 639, 648, 665, 669.
 - chronique : 134, 328, 329, 441, 451.
- Transformation : 26, 125, 182-184, 188, 198, 211, 257, 340, 347, 370, 447, 589, 623, 644, 659.
- Traumatisme : 149-153, 157, 300, 369, 371, 380, 420, 433, 467, 495, 497, 568, 574, 581, 603-617, 638, 640, 651, 660, 666.

U, V

Unité :

- corporelle : 114, 455, 460, 467, 580.
- duelle : 128, 228, 269.
- du groupe : 228, 381.
- subjective : 257, 354, 370, 420, 465.

Viol : 152, 319-29, 370, 374, 497, 545, 548, 566, 590,
607, 612, 626.

Violence :

- du cadre : 57.
- du fantasme : 395, 430, 431, 532.
- fondamentale : 492, 540.
- de la mort : 241, 259, 391.
- physique : 242, 251, 408, 536, 546, 657.

Table des matières

PREMIER CHAPITRE – PRESENTATION	7
1. Les premiers jalons de la recherche	9
1.1. Les objectifs de cette recherche et sa portée potentielle	9
1.2. Les difficultés de cette recherche	11
1.3. La population concernée	13
1.3.1. Les critères de sélection	13
1.3.2. La question de la pathologie mentale	14
1.4. Constat de départ : la dimension subjective dans le maintien à la rue	17
1.4.1. La dimension subjective dans le parcours de la réinsertion	17
1.4.2. La dimension subjective dans le refus d'assistance	18
1.5. Les indices cliniques à partir des recherches préliminaires	21
1.5.1. L'espace de la rue	22
1.5.1.1. L'occupation massive de l'espace de la rue	22
1.5.1.2. Le groupement / l'isolement	23
1.5.1.3. L'échec chronique d'occuper un logement	24
1.5.1.4. Mobilité spatiale / immobilité	25
1.5.2. L'espace du groupe	27
1.5.3. L'espace de la relation intersubjective	27
1.5.3.1. Une relation éducative spécifique	27
1.5.3.2. La difficulté d'accompagnement psychologique	28
1.5.4. L'espace du corps	29
1.5.4.1. L'énergie motrice : la marche	30
1.5.4.2. Le corps et les atteintes somatiques spécifiques	30
1.5.4.3. Le rapport au soin	31
1.6. Première formulation du problème posé	34
2. L'état de la question dans les champs connexes	36
2.1. Perspective sociologique	39
2.1.1. Différentes explications de l'exclusion et de la grande pauvreté	39
2.1.1.1. La désinsertion sociale	39
2.1.1.2. L'exclusion : fonction de régulation sociale	39

2.1.1.3. L'installation dans la liminarité	40
2.1.2. Une nécessité d'adaptation dans la situation d'exclusion	40
2.1.3. Etapes et stratégies dans le processus d'exclusion	41
2.1.4. Le comportement SDF tient-il de la déviance ?	42
2.1.5. De nouvelles morphologies sociales à travers le comportement SDF ?	42
2.1.6. Des troubles psychologiques en lien avec une situation sociale	43
2.2. Cadre juridique : un citoyen du dehors	45
2.2.1. Des droits sans effet	46
2.2.1.1. L'occupation massive de l'espace public	47
2.2.1.2. L'absence de lieu privé	48
2.2.1.3. Le groupement / l'isolement	48
2.2.1.4. L'errance motrice	49
2.2.2. Un statut juridique en travail	49
2.2.3. Les situations paradoxales d'accès aux droits	51
2.2.4. Surinvestissement du droit de cité et dynamique subjective	53
2.2.5. Les lois en jeu dans l'accompagnement de la personne SDF	54
2.2.5.1. Du délaissement à l'omission de porter secours	54
2.2.5.2. Cadre légal d'une intervention ou d'une hospitalisation sous contrainte	55
2.2.6. Statut psychique du droit pour le sujet SDF	56
2.3. Perspective historique : le vagabond et l'aliéné	59
2.3.1. Evolution de la désignation	59
2.3.2. Le SDF et le clochard	60
2.3.3. L'appartenance à la marge	61
2.3.4. Les stigmates : indices d'une identité	62
2.3.5. Le négatif de la société, aliénation au social	63
2.3.6. L'enfermement	64
2.4. Perspective psychiatrique et médicale, recherches épidémiologiques	66
2.4.1. L'évolution des modèles de la médecine	66
2.4.2. Les résultats des enquêtes épidémiologiques	67
2.4.3. Résultats des recherches menées aux Etats-Unis	72
2.4.4. L'errance interroge la nosographie	73
2.4.4.1. Discussion du diagnostic de psychose	73
2.4.4.2. Psychopathie et errance	75

2.4.4.3. Aspects névrotiques de l'errance	76
2.4.5. Perspective classificatoire de comportements psychopathologiques	76
3. L'état de la question en psychologie clinique	83
3.1. La spécificité de l'approche clinique	84
3.1.1. Revue des recherches en psychologie clinique : des indices cliniques	84
3.1.2. Des concepts et des méthodes	86
3.1.3. La méthode d'inspiration ethnographique	89
3.2. Les constats communs aux recherches sur l'errance et sur les SDF	91
3.3. Les principales hypothèses avancées à propos de l'occupation de l'espace	92
3.3.1. Les données par rapport au modèle de l'errance adolescente	93
3.3.1.1. Identité – identifications	93
3.3.1.2. Les destins de l'objet	94
3.3.1.3. Espace externe – espace interne	98
3.3.1.4. Espace – temps	99
3.3.1.5. Le problème du choix sexuel	99
3.3.1.6. L'enjeu corporel de l'errance	100
3.3.1.7. Perspective économique	100
3.3.1.8. Perspective défensive de l'errance	102
3.3.1.9. Etiologie de l'errance	103
3.3.2. Le modèle du clochard	104
3.3.2.1. Fonction adaptative de l'errance	104
3.3.2.2. Terrain de désocialisation	105
3.3.2.3. Dépendance à l'environnement	105
3.3.3. Les SDF en psychiatrie ou dans le cadre d'une hospitalisation	106
3.3.3.1. Le sens de la crise symptomatique : seul recours à une prise en charge ?	106
3.3.3.2. Origine de l'exclusion dans le cadre familial	106
3.3.3.3. Evénements traumatiques	107
3.3.4. Perte du travail et désétayage du social	107
3.3.5. L'approche de la rue	108
3.3.5.1. La rue : espace pluriel	108
3.3.5.2. La rue : espace symbolique ?	108
3.3.5.3. Fonction métaphorique de la rue	109

3.3.54. La rue : métaphore parentale	110
3.3.6. La clinique de l'exil, de la migration	111
3.4. Les hypothèses de travail à partir des différents travaux prospectés	113
3.4.1. Fonctions de l'errance	113
3.4.2. Hypothèse étiologique de carences affectives	114
3.4.3. Les processus et les mécanismes en jeu	114
3.4.4. Aspects potentiels de l'errance	114
3.4.5. Formation défensive de l'errance	115
3.4.6. L'espace, un objet particulier	115
3.4.7. La mise en errance	116
4. Problématisation et champ conceptuel	118
4.1. Le problème de l'espace	118
4.1.1. L'espace psychique	119
4.1.2. Le dedans et le dehors	121
4.1.3. L'espace et la cognition	122
4.1.4. L'espace et le corps	123
4.1.5. L'espace social	124
4.1.6. L'espace intime	125
4.2. Approche clinique du groupe	127
4.2.1. les groupes internes	127
4.2.2. La notion d'étayage	127
4.2.3. Articulation psyché subjective et groupe (dimension sociale)	128
4.2.4. Les hypothèses principales pour cette recherche	129
4.3. Une conception géographique de la psyché	130
4.3.1. S. Freud : une conception centre-périphérie	130
4.3.2. La logique des topiques	132
4.3.3. La dimension géographique de l'appareil psychique (D. Meltzer)	132
4.4. Le transfert	134
4.4.1. Le transfert comme résistance au traitement	134
4.4.2. Le transfert topique	134
4.5. Le lien psyché-soma, conceptions de références	136
5. Les hypothèses et leurs fondements théoriques et cliniques	139
5.1. Formulations des hypothèses et articulation	139

5.1.1. Une hypothèse centrale	139
5.1.2. Le transfert topique	139
5.1.3. Collapsus de la topique et espace transitionnel en échec	140
5.1.4. Exclusion du sujet hors de sa psyché	140
5.2. Fondements théoriques et cliniques des hypothèses	142
5.2.1. Des préalables : de quel transfert parlons-nous ?	142
5.2.1.1. Deux modalités de transfert : un processus unique	142
5.2.1.2. La délocalisation	143
5.2.1.3. Le transfert-déplacement	143
5.2.2. Hypothèse du transfert dans l'espace	144
5.2.2.1. Périphérisation de la topique interne	145
5.2.2.2. Transfert des groupes internes	146
5.2.2.3. Le transféré	147
5.2.2.4. La localisation	147
5.2.2.5. Le transfert dans les groupes	147
5.2.3. Hypothèse du défaut d'espace transitionnel ou collapsus topique	148
5.2.4. Exclusion du sujet hors de sa psyché par réactivation d'un trauma qui s'actualise sur une scène extérieure	150
5.2.4.1. Les théories du traumatisme : de S. Freud à A. Green	150
5.2.4.2. L'effraction traumatique sur la configuration des groupes internes et sur la position subjective	152
5.2.5. Transfert topique à partir de la structure des fantasmes originaires	153
5.2.6. Des hypothèses psychosomatiques	153
DEUXIEME CHAPITRE – METHODOLOGIE	155
1. L'avant-coup de la méthodologie	159
1.1. Rappel des hypothèses	159
1.2. Les quatre indicateurs ou points de vue	160
1.2.1. Définition et construction des indicateurs	160
1.2.2. Organisation avec les hypothèses	163
1.3. Analyse de l'avant-coup de la méthodologie	166
2. Construction de l'objet épistémique et parcours d'errance	168

2.1. Le dispositif de recherche	168
2.1.1. Mouance du dispositif de l'entretien	169
2.1.2. Les limites du cadre dans la relation transféro-contre-transférentielle	173
2.1.3. Le dispositif de recueil des données comme dispositif "expérimental"	73
2.1.4. Le risque d'une installation psychique	174
2.2. Errance du chercheur et errance du dispositif	175
2.2.1. Le mouvement et le déplacement comme espace potentiel	175
2.2.2. Du groupe à la relation duelle ou du groupe familial au couple	177
3. L'après-coup de la méthodologie	179
3.1. Analyse du cadre des entretiens	179
3.1.1. La notion de cadre	179
3.1.2. Les fonctions du cadre, application au cadre du dispositif de recherche	181
3.2. Le processus de recherche : de la confusion au "recul"	184
3.3. La recherche clinique comme recherche-intervention	184
3.4. L'analyse du contre-transfert comme outil méthodologique	185
3.4.1. Le contre-transfert spatial	186
3.4.2. La contrainte de l'après-coup	186
3.4.3. L'écriture et la question de la trace du sujet	187
4. Méthode d'organisation des trois champs cliniques	190
4.1. Le champ exploratoire	190
4.1.1. La méthode topologique	190
4.1.2. Le champ exploratoire groupal en lieu d'accueil	192
4.1.2.1. Le groupe	192
4.1.2.2. La méthode topologique dans le groupe	193
4.1.3. Le champ exploratoire dans la rue	195
4.1.3.1. La méthode topologique dans la rue	196
4.1.3.2. La clinique factuelle	198
4.1.4. Les témoignages uniques	199
4.2. Le contre-champ, les suivis au long cours : construction de l'entretien de recherche	203
4.2.1. La sélection des personnes pour les suivis au long cours	203
4.2.2. Le cadre de l'entretien de recherche	203
4.2.3. Le contenu de l'entretien de recherche : le témoignage	206
4.2.4. Les outils de recueil	208

4.2.4.1. L'enregistrement	208
4.2.4.2. L'utilisation de l'enregistrement dans l'après-coup	209
4.2.4.3. L'écriture après-coup	209
4.2.5. La position de clinicien chercheur	209
4.3. Les outils d'analyse des entretiens de recherche	211
4.3.1. Le processus d'errance ou la reconstruction du parcours de la personne	211
4.3.2. La généalogie et la filiation	212
4.3.3. Les données psychosomatiques	212
4.3.4. La grille d'analyse des suivis au long cours	214
5. Méthode de présentation des résultats du champ exploratoire et du contre-champ	217
5.1. Une clinique multiple	217
5.2. Définitions des éléments cliniques	218
5.2.1. Dynamique groupale	218
5.2.2. Les entretiens uniques	218
5.2.3. Les témoignages uniques	218
5.2.4. Les entretiens réguliers en groupe	219
5.2.5. Les rencontres ponctuelles dans la rue	219
5.2.6. Les suivis au long cours	219
 TROISIEME CHAPITRE – RESULTATS DU CHAMP EXPLORATOIRE	
 PREMIERE PARTIE – CLINIQUE GROUPALE	221
1. De l'importance du groupe	224
1.1. Approche topologique	224
1.1.1. Le groupe en lieu d'accueil	224
1.1.1.1. Typologie des figures du groupe	225
1.1.1.2. Les fonctions phoriques	228
1.1.1.3. Comportements d'évitement-fuite et d'agrippement	232
1.1.2. Assignation topique dans l'espace du groupe	236
1.1.3. Le groupe en lieu d'accueil comparé aux groupes de la rue	237
1.1.3.1. Diffraction et parcellisation spatiale des fonctions dans le groupe du lieu d'accueil	237
1.1.3.2. Diffraction et parcellisation des lieux dans le groupe de la gare	238

1.1.3.3. Diffraction et hiérarchisation dans l'organisation matérielle du lieu du groupe des anglophones	240
1.1.3.4. Diffraction et parcellisation à travers le changement de lieu du groupe des Tchécoslovaques	243
1.1.4. Parcellisation des fonctions dans la disposition spatiale des groupe (identification des lieux aux fonctions psychiques)	248
1.1.5. Le choix du lieu du groupe	249
1.1.6. Les indices de changement de lieu : contamination psychique des lieux	250
1.1.6.1. Parcellisation des lieux individuels par une groupalité psychique interne transférée sur l'extérieur	252
1.1.6.2. Contamination psychique et procédures de décontamination chez Madame R.	253
1.2. Approche dynamique	255
1.2.1. La dynamique groupale	255
1.2.1.1. Organisation groupale phobique	255
1.2.1.2. Lutte contre la position dépressive ou position idéologique groupale	256
1.2.1.3. Illusion groupale et fantasme de casse	257
1.2.2. Organisation fantasmatique du groupe : le fantasme d'intoxication réciproque	257
1.2.3. Mise en scène groupale : le groupe, une scène idéale	259
1.2.3.1. La figuration dans le groupe, modèle paradigmatique du rêve	259
1.2.3.2. La représentation théâtrale de la peur	260
1.2.4. Mise en scène groupale d'un conflit intrapsychique	261
1.2.4.1. Monsieur R.	261
1.2.4.2. Les plaintes de Monsieur R.	262
1.2.4.3. Le groupe comme support du conflit	262
1.2.4.4. Echec de la résolution du conflit par la mise en acte de la fuite	264
1.2.5. Des conflits internes de forme groupale	265
1.3. Psychopathologie du groupe	266
1.3.1. Un groupe immobilisé	266
1.3.1.1. Position paranoïde-schizoïde	266
1.3.1.2. L'idéal du groupe	267
1.3.2. Aménagement état-limite des groupes	269

1.3.2.1. Lutte contre la dépression par le maintien de la toute-puissance infantile avec contrôle du persécuteur	269
1.3.2.2. Maintien de la relation de dépendance	270
1.3.2.3. Entre position paranoïde-schizoïde et position dépressive	271
1.3.2.4. Fétichisation de l'objet transitionnel	271
2. La rue comme scène subjectale	275
2.1. Les déplacements et les mouvements	275
2.1.1. Une typologie de l'espace de la rue	275
2.1.1.1. Les lieux de "couche"	276
2.1.1.2. Les lieux de mendicité	278
2.1.1.3. Les lieux de regroupement et les espaces des groupes	279
2.1.1.4. Les chambres et les appartements	279
2.1.1.5. Les lieux d'accueil	280
2.1.2. Une circulation entre les figures de la rue	282
2.1.3. Les objets sens et destins	282
2.1.3.1. Le "syndrome de l'escargot"	282
2.1.3.2. Les traces "d'habiter dehors"	284
2.1.3.3. Le ramassage des objets	285
2.1.3.4. Les déchets : trace d'une intoxication	287
2.1.3.5. L'abandon ou la perte des objets	288
2.1.3.6. Le chien : un objet mixte	289
2.2. La mise en scène dans la rue	291
2.2.1. Les scénarii privés : périphérisation des scènes du moi	291
2.2.2. Subjectivation du collectif	294
2.3. Le mécanisme de périphérisation topique	296
2.3.1. Constitution d'une enveloppe psychique externe	296
2.3.2. Organisation défensive et tentative de cicatrisation	299
3. Les scènes du discours	305
3.1. La forme du discours	305
3.1.1. Un discours à l'image de la circulation motrice dans l'espace de la rue et du groupe	305
3.1.2. Une contamination des énoncés dans le discours de Monsieur N.	309
3.2. Le contenu du discours	312

3.2.1. Les objets manquants ou perdus	312
3.2.1.1. Quête du Symbole comme révélateur d'un manque originaire	312
3.2.1.2. Manque des clés et des papiers d'identité comme représentants symboliques de l'identité du sujet	313
3.2.2. Le récit de scène	314
4. Conclusion de la première partie	316
 DEUXIEME PARTIE – LES TEMOIGNAGES UNIQUES	 318
5. Les témoignages uniques	318
5.1. Madame L.	319
5.1.1. Eléments d'anamnèse	319
5.1.2. Les liens familiaux de Madame L.	320
5.1.3. Le corps effracté dans la scène initiale	321
5.1.4. Analogie scénique	323
5.1.5. Un bébé déchet : fécalisation de l'enfant	326
5.1.6. Analyse de la situation	327
5.1.6.1. Processus d'errance	327
5.1.6.2. Répétition du mode traumatique	328
5.1.6.3. Le transfert topique dans la rue	328
5.1.6.4. Topologie du dispositif	329
5.2. Monsieur B.	330
5.2.1. Quelques éléments de son histoire	330
5.2.2. La dynamique d'agrippement-attaque	330
5.2.3. Le vécu de débordement de l'équipe éducative	332
5.2.4. La scène initiale du vol : négatif du fantasme originaire de castration	332
5.2.5. Une représentation de la rupture	334
5.2.6. Représentation figurative de la topique subjective de Monsieur B. à travers ses dessins	335
5.2.6.1. Contenant / contenu	336
5.2.6.2. Instances psychiques localisées	339
5.2.6.3. Extériorisation du sujet hors de son lieu psychique	340
5.2.7. Les enveloppes psychiques	340

5.3. Monsieur M.	342
5.3.1. Anamnèse	342
5.3.2. Un parcours de diminution de l'alcoolisation	343
5.3.3. La scène fondatrice du départ : "scène du coup de bâton du père"	343
5.3.4. L'énonciation de l'énigme et son ambiguïté : scène originaire mortifère	345
5.3.5. Du passage à l'acte au voyage initiatique	346
5.3.6. Reprise du conflit Moi / Surmoi	346
5.3.7. Echec de la fonction du rêve	347
5.3.8. Le départ comme nécessité vitale à travers quelques formes verbales spécifiques	348
5.4. Monsieur G.	350
5.4.1. Eléments d'anamnèse	350
5.4.2. La scène première, rupture paradigmatique	352
5.4.2.1. Récit de la scène : le divorce	352
5.4.2.2. Structure formelle de la scène	353
5.4.2.3. Répétition de la rupture et amputation psychique	356
5.4.3. Les mécanismes de défense de Monsieur G.	357
5.4.4. L'excitation sexuelle à défaut du plaisir	358
5.4.5. La dimension de la dette	359
5.4.6. L'inscription dans la filiation	360
5.4.7. Scène primitive et forclusion de l'ordre symbolique	361
5.4.8. Processus d'errance	362
5.5. Monsieur P.	364
5.5.1. Son organisation quotidienne dans la rue	364
5.5.2. Mise en scène d'un corps souffrant	364
5.5.3. Position de victime	366
5.5.4. Modalités d'errance	367
5.6. Les constantes à travers les témoignages uniques	369
5.6.1. Les scènes	369
5.6.1.1. Répétition des récits de scènes et organisation des déplacements	369
5.6.1.2. Scène-écran aux fantasmes originaires	370
5.6.1.3. Une représentation de la rupture	370
5.6.1.4. Scène et traumatisme	371

5.6.1.5. Scène et fantasmes originaires	371
5.6.2. Mécanismes psychiques de l'errance	373
5.6.2.1. La diffraction dans l'espace	373
5.6.2.2. Le mécanisme de périphérisation topique : une forme de clivage	373
5.6.3. Relation à l'objet toxique	376
5.6.3.1. Etayage à un objet contra-phobique	376
5.6.3.2. Un objet transitoire en lieu et place d'un objet transitionnel	376
5.6.3.3. Une addiction en polytoxicomanie	377
6. Conclusions et propositions à vérifier avec le contre-champ	380
 QUATRIEME CHAPITRE – LA CLINIQUE AU LONG COURS	 384
1. Madame D.	386
1.1. Anamnèse et contenu des entretiens	388
1.2. La relation transféro-contre-transférentielle	391
1.2.1. Le vide à la place du plein et le pacte dénégatif sur le secret de la prostitution	391
1.2.2. La fonction de dépôt et la coïncidences des demandes : un chercheur-client	393
1.2.3. La violence du racolage	395
1.2.4. Ma place dans le transfert : de mère à fille ?	396
1.2.5. Difficulté d'accès au champ narratif	398
1.3. Structure des liens de Madame D. : transfert des groupes internes	400
1.3.1. Représentation des liens actuels de Madame D.	400
1.3.1.1. La fiabilité de l'objet, relation de confiance	402
1.3.1.2. La figure du double et la diffraction	402
1.3.1.3. Les groupes internes	403
1.3.2. Les liens primaires de Madame D.	404
1.3.3. Lien dangereux à la prostitution et aux maladies	407
1.3.3.1. Liens avec les maladies	407
1.3.3.2. La rue comme tiers dans la relation de prostitution	408
1.3.3.3. La prostitution et la carence paternelle	409

1.3.3.4. Fantasma de scène primitive et tentative de construction d'un roman familial	410
1.4. Les atteintes somatiques et la désaffiliation du corps	412
1.4.1. Localisation dans la maladie du "mal" interne	412
1.4.1.1. Historique des atteintes somatiques	412
1.4.1.2. Le suivi en lieu de soins	413
1.4.2. Carence de l'étayage somatique	414
1.4.3. Lien entre les atteintes somatiques et son discours	416
1.4.3.1. Le contact avec la maladie cancéreuse et la séropositivité	416
1.4.3.2. Le cancer et l'urgence à subjectiver	416
1.4.3.3. Le moment de bascule, le règlement des enjeux de sa vie avant le décès	418
1.5. Le processus d'errance, les enveloppes psychiques	420
1.5.1. Le désétayage	420
1.5.2. Transformation de l'errance : de la fuite à la relocalisation	421
2. Monsieur T.	424
2.1. Anamnèse et contenu des entretiens	425
2.1.1. Eléments anamnésiques	425
2.1.2. Les liens familiaux	426
2.1.3. Les liens dans la rue	427
2.1.4. Les relations avec les femmes : drague et mendicité	428
2.2. Les conditions du recueil de témoignage et la relation transféro-contre-transférentielle	429
2.2.1. Les trois phases du contre-transfert : du contact à la fusion	429
2.2.1.1. Accueil du clinicien sur la scène du fantasme de séduction : « un homme séduit un enfant » soit « un témoin séduit un jeune chercheur »	430
2.2.1.2. Deuxième période : Entretiens au lieu de soins spécialisés « une forme d'étayage »	431
2.2.1.3. Troisième période : dans la rue « on bat une chercheuse » ou « on castre une chercheuse »	433
2.2.1.4. Discussion à propos du fantasme organisateur de cette troisième période	436
2.2.2. La circulation entre les registres : imaginaire, symbolique et réel	437
2.2.2.1. La marguerite : symbole de l'ambiguïté	437

2.2.2.2. Sylvie, Valérie, Valoche	438
2.2.3. Les rituels d'accueil et la fonction des objets-chose	441
2.2.3.1. Transfert de l'objet toxique	441
2.2.3.2. Toxicité du lien : un conflit dans le champ de l'affect	442
2.2.3.3. Les rituels d'accueil : un corps à corps	443
2.2.3.4. Des dons de choses pour "acheter" un bon objet à incorporer	444
2.2.3.5. Vers un objet médiateur : le paquet de cigarette	445
2.2.4. Transfert topique et contre-transfert spatial	446
2.2.4.1. Localisation de mes objets internes	446
2.2.4.2. Le contre-transfert en actes dans l'espace	447
2.2.4.3. Le clinicien comme substitut corporel	449
2.3. Le lien psyché-soma	453
2.3.1. Historique des atteintes somatiques	453
2.3.2. Le suivi en lieu de rééducation	453
2.3.3. Processus d'amputation des "membres internes"	455
2.3.4. La mort de Monsieur T. comme après-coup de son histoire	456
2.3.4.1. Les circonstances médicales de son décès : le conflit de vie ou de mort	456
2.3.4.2. Une lutte entre la vie ou la mort ou un destin à la mort	458
2.3.4.3. Une histoire familiale incomplète	459
2.3.4.4. La relation à la mère et la fonction maternelle de P. Marty	460
2.4. Processus d'errance	460
2.4.1. Des défenses maniaques	461
2.4.2. Deuils pathologiques et imago	462
2.4.3. Un fond mélancolique	464
2.5. Des ruptures d'étayages successives	465
2.5.1. Processus régrédient	465
2.5.2. Points de fixation	466
3. Monsieur A.	468
3.1. Eléments d'anamnèse	468
3.2. Les phases du contre-transfert : de la séduction à la vérification	471
3.2.1. La phase de séduction réciproque	471
3.2.2. Sixième et septième entretien : le travail de la séparation	472

3.2.3. Les effets d'après-coup dans le contre-transfert : une attitude de vérification	474
3.3. L'élaboration du cadre : accueil du clinicien dans le cadre interne de Monsieur A.	476
3.3.1. La construction du cadre à partir de mes préconceptions	476
3.3.2. La contrainte à accepter le cadre malléable	477
3.3.2.1. L'introduction d'une figure familière	477
3.3.2.2. L'attaque du cadre ou la construction d'un cadre	479
3.3.3. La confrontation avec la réalité psychique de Monsieur A.	481
3.3.4. Les éléments du cadre du sujet : de l'implicite aux rituels de reconnaissance	481
3.4. Les scénarii sous l'emprise du temps de la Scène	486
3.4.1. Les accidents de voiture	486
3.4.1.1. La scène initiale : coupable d'un accident de voiture	486
3.4.1.2. La scène-écran : victime d'un accident de voiture	487
3.4.1.3. Reconnaissance de la position de victime par la police	488
3.4.1.4. Désubjection de l'agresseur	489
3.4.2. Les scènes de la bouteille cassée	489
3.4.3. La structure de la Scène	490
3.4.3.1. Scène primitive	492
3.4.3.2. L'accusation de meurtre	494
3.4.4. La scène de l'enterrement : une question de place	495
3.4.5. Traumatisme et scénario-écran	497
3.5. La question des origines	498
3.5.1. Français ou Algérien ?	499
3.5.2. Un travailleur errant	500
3.5.3. Changement de nom – fantasme d'auto-engendrement	502
3.5.4. La gestion de l'énigme	504
3.5.5. Forclusion du Nom du Père	505
3.5.6. Le mensonge ou la construction fantasmatique	507
3.6. Expression des groupes internes dans le récit et par le délire	510
3.6.1. L'irruption du délire	510
3.6.2. Honte et collusion dans les groupes internes : circulation des identifications	512
3.6.3. Les instances figurées dans les scènes	513
3.7. Fonction de la rue et synthèse du cas	514

4. Mademoiselle A.	517
4.1. Eléments d'anamnèse	517
4.2. Le dispositif de la rencontre : accueil du clinicien	519
4.2.1. Les rituels d'accueil dans la matérialité du cadre	519
4.2.2. Le premier et le deuxième entretien : mise en scène de l'angoisse de pénétration	520
4.2.3. L'introduction des planches du TAT : actualisation du deuil	521
4.2.4. Le retour des planches : échec de la réappropriation subjective	522
4.2.5. Le dernier entretien : interprétation symboligène	522
4.3. Le vécu contre-transférentiel et les effets de la rencontre	523
4.4. Avidité des identifications, repères identificatoires défaillants, processus d'identification dangereux	526
4.4.1. Fille unique, unique fille	526
4.4.2. L'importance du groupe de la rue : déni de la différence et lutte contre l'exception	527
4.4.3. Une identité sexuelle féminine mal menée ou en rejet	528
4.4.4. Un lien homosexuel féminin	529
4.4.5. Une amorce de l'image de soi par l'effet miroir	530
4.4.6. L'adaptabilité à l'environnement	532
4.4.7. La problématique identificatoire de l'adolescente	532
4.4.7.1. Le mythe du vagabond	532
4.4.7.2. Devenir un sujet différent	533
4.4.7.3. Le retournement de la toute-puissance paternelle	534
4.4.7.4.3 Un conflit pseudo-oedipien	534
4.4.8. Le contexte de soin actuel	535
4.5. La passion du vide, du rien ou de rien	537
4.5.1. L'absence du manque, la relation à l'alcool	537
4.5.2. « La passion de ma mère »	537
4.5.3. Le risque de la passion	540
4.5.4. Le risque de la séduction	540
4.6. Eléments d'analyse	541
4.6.1. La difficulté de l'imaginaire	541
4.6.2. Un conflit d'instance	541

4.6.3. Le lien psyché-soma	543
4.6.4. Une temporalité linéaire et la pensée opératoire ou l'intellectualisation	544
4.6.5. Le fantasme de séduction	544
5. Perspectives pour une discussion théorique	550
5.1. L'aplatissement des générations	550
5.2. Où trouver du tiers ?	551
5.3. La question de l'identité subjective	551
5.4. De l'effort de mémoire à la construction d'un roman familial	552
5.4.1. Monsieur F., l'histoire de la rencontre	552
5.4.2. Idéalisation d'un père "abandonneur"	553
5.4.3. Identification à un idéal non-advenu	553
5.5. Les cadres d'accueil du clinicien comme indices du monde interne	555
 CINQUIEME CHAPITRE – DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE	 559
1. Une perspective psychosomatique	559
1.1. La place du corps pour le sujet SDF	559
1.1.1. Le théâtre du corps	559
1.1.2. Un corps qui s'impose dans les entretiens de recherche	560
1.1.3. Le choix de l'organe dans l'atteinte de la maladie	561
1.1.4. La mort, le décès	564
1.1.4.1. Un entre-deux, une situation d'impasse	565
1.1.4.2. Convocation de l'objet maternel, relation d'objet nostalgique	567
1.2. Le défaut du passage du somatique au psychique	569
1.2.1. Absence de ressenti corporel	569
1.2.2. Une corporéité atteinte	570
1.2.3. L'hypothèse de la forclusion des affects	570
1.2.4. Les enveloppes corporelles, le Moi-Peau	571
1.2.5. Une première liaison par le comportement	574
2. Une clinique sans plaisir ?	576
2.1. Auto-érotisme ou procédés autocalmants	576
2.2. La question du masochisme	577

2.2.1. Les indices cliniques	578
2.2.2. Autosadisme et tentative de remembrement	580
2.2.3. Recherche de la douleur physique dans les activités calmantes	581
3. Les constantes dans les entretiens de recherche à travers le transfert	583
3.1. Les constantes dans le transfert	583
3.1.1. La séduction traumatique ou initiatrice	583
3.1.2. La relation d'excitation	584
3.1.3. Transfert de la relation excitante : les procédés autocalmants	586
3.1.3.1. La relation d'excitation et les procédés pare-excitants, autocalmants	586
3.1.3.2. Etiologie de la relation d'excitation	587
3.1.3.3. Discussion à propos de la circulation : la marche	587
3.1.3.4. Un problème de quantité	588
3.2. Une forme spécifique de transfert	589
3.2.1. La répétition des liens dans le transfert	589
3.2.2. Transfert des groupes internes dans l'espace du dehors, de la rue, des groupes et du corps	590
3.2.3. La question de la place de l'autre	591
3.2.4. Accueil du clinicien dans les groupes internes	592
3.2.4.1. Les préliminaires au travail de recueil	593
3.2.4.2. L'appropriation de la demande du recueil de témoignage	594
3.3. Une forme spécifique de contre-transfert : le contre-transfert spatial	595
4. La dimension de la répétition	598
4.1. Les effets du cadre, le non-processus : répétition sur le cadre fixe	598
4.2. Les effets du récit : styles narratifs	599
4.3. Les scénarii restent sous l'emprise du temps de la scène	601
5. Le traumatisme comme potentialité subjectivante	603
5.1. Les débats théorico-cliniques	603
5.2. La permanence de la notion de traumatisme	604
5.2.1. Les points d'accord entre les différentes théories	604
5.2.2. Caractéristiques d'un événement pathogène traumatique	605
5.2.3. Types de traumatismes	605
5.3. Perspective théorique éclairée par la clinique SDF	606
5.3.1. La fonction du récit du traumatisme	609

5.3.2. Le vécu subjectif du trauma	610
5.3.3. Inadéquation topique entre deux scènes	611
5.4. Le traumatisme et la répétition du trauma	614
5.5. Perspective quantitative du traumatisme	616
6. Du mécanisme de périphérisation topique à une topique spatialisée	619
6.1. Les indices du transfert dans l'espace	619
6.1.1. Le dépôt	619
6.1.1.1. Le dépôt en tant qu'indice du transfert	620
6.1.1.2. La théorie des trois D de E. Pichon-Rivière	621
6.1.1.3. Le dépôt comme acte de la diffraction	623
6.1.2. La localisation	624
6.1.2.1. La localisation dans le groupe de SDF	625
6.1.2.2. La répétition dans les lieux investis par la population	625
6.1.3. Le transfert chez les personnes SDF : la diffraction	626
6.2. Périphérisation topique et modèle de R. Roussillon (1996, 1999)	628
6.2.1. Mise à l'épreuve du modèle dans les groupes	632
6.2.2. Mise à l'épreuve du modèle pour les cas isolés	633
6.3. La question des enveloppes psychiques	642
6.4. La question de la spatialisation du monde interne (soit de l'identité subjective)	645
6.4.1. Spatialisation de l'identité subjective	645
6.4.2. Discussion entre transfert et projection	645
6.4.3. Discussion avec l'identification projective	647
6.5. Transfert des groupes internes et de l'énigme de l'origine	649
6.5.1. La question des imagos	649
6.5.2. Le travail de l'origine à travers l'errance	649
7. Proposition d'outils et de grilles d'analyse	651
7.1. De la confusion géographique au collapsus topique – discussion entre C. Janin et D. Meltzer	651
7.2. Grille du claustrum	653
8. Ouverture, débats	659
8.1. Transfert et transmission	659
8.2. Des pathologies associées	660
8.2.1. Discussion avec la phobie	660

8.2.2. Toxicomanie et procédés calmants	660
8.3. La question de l'exil	661
8.3.1. De l'exil à l'errance ou inversement ?	661
8.3.2. La question de la fiabilité de l'objet interne	663
9. Conclusion	664
Lexique	669
Bibliographie	670
Index des tableaux et des schémas	690
Index des cas	692
Index des auteurs	693
Index thématique	697
Tables des matières	700