

UFR de Lettres, Langues et Sciences Humaines

Département de Psychologie

Unité de Recherche CLiPsy

Master 1 PPCP

Mention Psychologie : psychopathologie clinique psychanalytique

Unité de Recherche CLiPsy

MEMOIRE DE RECHERCHE

En errance vers soi : le cas de Sara, clinique d'une
psychose à ciel ouvert

Présenté par

Aya Zakani

Sous la direction de

Davide Giannica

UFR de Lettres, Langues et Sciences Humaines

Département de Psychologie

Unité de Recherche CLiPsy

Master 1 PPCP

Mention Psychologie : psychopathologie clinique psychanalytique

Unité de Recherche CLiPsy

MEMOIRE DE RECHERCHE

En errance vers soi : le cas de Sara, clinique d'une
psychose à ciel ouvert

Présenté par

Aya Zakani

Sous la direction de

Davide Giannica

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma sincère gratitude à mon directeur de mémoire, Monsieur Davide Giannica, pour son accompagnement tout au long de ce travail. Ses retours précis, son regard clinique rigoureux et sa disponibilité ont été d'un grand soutien dans l'élaboration de cette réflexion.

Je souhaite également remercier chaleureusement mon maître de stage, Monsieur Matthieu Noblet, pour son accueil bienveillant, sa disponibilité, et la richesse des échanges cliniques que nous avons partagés. Son encadrement m'a permis de prendre confiance dans ma posture de psychologue en devenir et de nourrir ma réflexion à travers des situations de terrain concrètes.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe de l'EMPP pour leur accueil et leur travail au quotidien, qui m'a profondément inspirée.

Enfin, sur un plan plus personnel, je tiens à remercier ma famille et mes proches pour leur patience et leur soutien indéfectible tout au long de ce parcours.

Engagement de non-plagiat

Je soussignée Zakani Aya déclare être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Zakani Aya', written in a cursive style with a horizontal line crossing through the middle of the letters.

GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE

Master 1, mention PPCP
Psychologie, psychopathologie clinique psychanalytique

2024-2025



Dans le cadre du mémoire de recherche du M1 PPCP, il est demandé à l'étudiant.e de procéder à l'auto-évaluation des attendus permettant la recevabilité du dépôt du document écrit. Pour cela vérifier les critères listés dans le tableau plus bas et indiquer leur présence par une croix dans la case appropriée.

CRITÈRES DE RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE	Cocher ici
1.Document écrit composé de 35 à 40 pages (hors annexes, bibliographie et plan)	X
2.Document, reliure à dos collé ou spirales (pas de baguette, pas d'agrafe), remis en deux exemplaires papier à la scolarité.	X
3.Respect strict du modèle de couverture, page cartonnée ou transparent (cf : annexe 1)	X
4.Première page à l'intérieur du mémoire (page de garde) à l'identique du texte de la page de couverture	X
5.Page blanche après la page de garde pour les annotations du jury	X
6.Page éventuelle de dédicaces et/ou remerciements brefs (Facultatif)	X
7.Engagement de non-plagiat avec signature de l'étudiant.e	X
8. Grille d'auto-évaluation de recevabilité pour dépôt du mémoire	X
9.Sommaire avec plan détaillé du mémoire et indication des pages (Introduction, différentes parties, chapitres, et sous-chapitres, conclusion, bibliographie et éventuellement annexes)	X
10.Police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5	X
11.Marges haut-bas : 2,5 cm, gauche-droite : 2,5 cm	X
12.Introduction avec début de la pagination (numérotation en chiffre arabe, en bas à droite)	X
13.En fin de chaque partie de mémoire, page de synthèse de la partie (encadré au maximum d'1/2 page)	X
14.Une Bibliographie homogène aux normes APA version 6.	X
15.Annexes avec pagination autonome, répertoriée et présentée en première page des annexes. Les annexes peuvent être intégrées au mémoire ou présentées dans un document différent pour des raisons de confidentialité, si diffusion.	X
16.Au dos du mémoire, sur la quatrième de couverture, présenter le titre du mémoire, un résumé (une dizaine de lignes) et 5 mots-clés, en français et en anglais	X
17. Le contenu du document : présence dans le mémoire, des éléments suivants : -Plan, Introduction -Une revue de littérature -Une présentation de la méthodologie -Une présentation des éléments cliniques -Une problématique avec une question-problème ciblée et mise en évidence en gras. -Une analyse théorico-clinique et discussion à visée de généralisation -Une conclusion -Une bibliographie (avec au moins 15 références : articles et ouvrages) -Annexes éventuelles	X

Sommaire

Introduction.....	1
I. Revue de la littérature.....	3
1. La psychose : fracture du lien et du corps	3
1.1. Définition de la psychose	3
1.2. Le lien à l'autre.....	4
1.3. Maternité psychotique	7
1.4. Rapport au corps.....	8
2. L'errance dans la psychose.....	10
2.1. Définition de l'errance.....	10
2.2. L'errance comme tentative d'auto-préservation	10
2.3. Le syndrome d'auto-exclusion de Furtos	12
II. Méthodologie de recherche	14
1. Population étudiée et échantillon de recherche	14
2. Méthode de recueil des données cliniques.....	15
3. Méthode choisie de traitement des données	15
4. Conditions de passation et des outils utilisés.....	16
III. Présentation des éléments cliniques et problématique.....	18
1. Anamnèse	18
2. Entretiens	19
3. Points d'étonnements cliniques permettant la problématisation	23
IV. Analyse théorico-clinique et discussion	26
1. L'errance comme tentative de maintien psychique	26
2. Le lien à l'autre : entre désinvestissement massif et appel implicite.....	27
3. Corps et symbolisation : un corps exposé et vécu comme étranger	29
4. L'organisation psychique à l'épreuve du lien maternel.....	32
4.1. Le clivage maternel comme miroir de son économie psychique.....	32
4.2. Réflexion sur les effets de carences à l'enfance	33
5. Ouverture	34
Conclusion	35
Bibliographie.....	39
Résumé	42

Introduction

Contexte de la rencontre avec l'énigme psychique

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de mon Master 1 en Psychopathologie Clinique Psychanalytique et repose sur une expérience clinique rencontrée lors de mon stage. Celui-ci a été réalisé au sein d'une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), une structure spécialisée dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiatriques.

L'EMPP intervient selon un modèle de prise en charge « hors les murs », privilégiant une approche de l'aller-vers pour rencontrer les patients dans des lieux d'hébergement, en centre d'accueil ou dans l'espace public. Dans ce cadre, les interventions sont souvent ponctuelles et adaptées aux besoins immédiats des patients, ce qui diffère des suivis psychothérapeutiques classiques. Ce mode d'intervention, bien qu'efficace pour répondre aux urgences, pose la question de l'ancrage et du travail thérapeutique au long cours.

Le choix de ce stage s'est inscrit dans la continuité de mon parcours et de mon intérêt pour les interactions entre précarité, psychopathologie et trauma. La clinique de la précarité soulève des enjeux complexes comme l'instabilité résidentielle, la rupture des liens sociaux, les difficultés d'accès aux soins et l'exposition fréquente aux violences. L'EMPP, par son approche multidisciplinaire et flexible, offre une prise en charge singulière où le travail du psychologue doit s'adapter à des trajectoires de vie souvent marquées par l'errance et la marginalisation.

C'est dans ce contexte particulier que j'ai été amenée à rencontrer Sara, une patiente de 28 ans, présentant une organisation psychique psychotique, des antécédents de traumatismes précoces et de violences sexuelles, ainsi qu'un rapport ambivalent aux soins et aux institutions. Son parcours de vie est marqué par une errance psychique, physique et sociale, une répétition des mises en danger et une difficulté à investir un cadre stable.

L'étude de son cas clinique soulève des questions fondamentales sur la prise en charge des patients psychotiques en situation d'errance et de précarité. Comment comprendre cette alternance entre demande de soin et rejet de l'accompagnement ? Quels sont les mécanismes psychiques à l'œuvre dans sa difficulté à s'ancrer dans un dispositif thérapeutique ? Comment sa psychopathologie façonne-t-elle son rapport à elle-même et aux autres ?

Motivations de recherche et premier questionnements cliniques

Mon intérêt pour ce cas s'est construit à partir d'un ensemble de constats cliniques réalisés durant mon stage. Très vite, j'ai été frappée par la difficulté d'engagement dans le soin que manifestaient plusieurs patients. Ce paradoxe, entre une demande implicite de soutien et un rejet actif des propositions d'aide, m'a interrogée sur les enjeux profonds de la relation thérapeutique dans un contexte de précarité psychique et sociale.

Le parcours de Sara a été particulièrement marquant. Son errance, à la fois géographique et psychique, a suscité une série de questionnements. Très vite, j'ai perçu dans sa trajectoire une oscillation entre un désir de lien et une impossibilité à le maintenir, une dialectique marquée par l'ambivalence.

Ce qui m'a initialement le plus interpellée, cependant, c'est la manière dont cette ambivalence s'incarnait dans son lien à ses deux filles. L'une apparaissait comme investie, nommée, reconnue ; l'autre, à l'inverse, était absente du discours, niée, voire clivée hors du champ de représentation. Cette dissymétrie m'a profondément questionnée : que signifie, sur le plan psychique, cette exclusion d'un enfant du récit maternel ? Quels mouvements inconscients sont à l'œuvre dans ce clivage relationnel ? Ces éléments auraient pu constituer un axe majeur de recherche, mais je n'ai pas pu centrer mon mémoire autour de cette question, par manque d'accès à cette sphère de son histoire. En l'absence de données cliniques suffisantes et dans le respect de son discours, j'ai été amenée à recentrer progressivement mon travail sur ce qu'elle partageait plus aisément en entretien.

Ainsi, mon choix s'est affiné autour de l'errance telle qu'elle la décrivait depuis sa séparation avec son ex-mari. En filigrane de ses récits, il m'a été possible d'établir un lien entre cette errance géographique et une errance plus insidieuse, d'ordre psychique, se traduisant par une instabilité relationnelle, une difficulté à se situer dans le temps et dans le lien, une désorganisation des repères internes.

Ce recentrage ne s'est pas fait sans difficultés. A l'image de la patiente, j'ai moi-même été en errance pendant la rédaction de ce mémoire, ne sachant pas toujours par quel versant aborder sa situation tant les problématiques qui l'entourent sont nombreuses. Contre-transférentiellement, cette position d'errance m'a traversée et questionnée. Ce n'est qu'en me recentrant sur ce qui faisait constamment retour que j'ai pu avancer.

Peu à peu, il m'est apparu que derrière ces enjeux relationnels et sociaux, c'est sa psychopathologie qui constituait l'axe central de sa clinique. Certains de ses mécanismes défensifs, sa forte ambivalence relationnelle, ses passages à l'acte et son mode de narration auraient pu faire penser à une organisation de type état limite. Cependant, au vu de son passé médical, de certains traits de dissociation, ainsi que de ses ruptures avec le réel, l'équipe soignante s'accordait à reconnaître une structure psychotique. Elle est d'ailleurs suivie médicalement, sous traitement antipsychotique, antidépresseur et autre, ce qui participe à stabiliser certains symptômes. Pourtant, la pathologie reste très présente, en particulier dans son rapport à l'autre, dans sa posture corporelle, dans sa manière de se raconter, morcelée, parfois incohérente, souvent désaffectée ou au contraire dramatisée. Ces signes ne peuvent être ignorés.

À travers cette élaboration progressive, j'ai été conduite à penser l'accompagnement psychologique de Sara, dans un contexte où l'errance constitue à la fois une modalité de vie et un symptôme, et où celle-ci s'articule étroitement avec son organisation psychotique.

I. Revue de la littérature

1. La psychose : fracture du lien et du corps

1.1. Définition de la psychose

La psychose est une structure psychique complexe qui, malgré la diversité des approches théoriques et des évolutions nosographiques, conserve un noyau sémantique relativement stable : elle se définit avant tout par une rupture avec la réalité.

Selon Freud (cité par Fontaine, 2014), la psychose ne procède pas du même mécanisme que la névrose. Dans cette dernière, le Moi, obéissant aux exigences du surmoi et de la réalité, refoule les pulsions inacceptables issues du ça. À l'inverse, dans la psychose, c'est la réalité elle-même qui est rejetée. Le sujet psychotique ne refoule pas une représentation interne, mais bien un fragment du réel qu'il ne peut intégrer. Le Moi se trouve ainsi coupé de la réalité extérieure, livré aux forces pulsionnelles du ça (Laplanche & Pontalis, 1967, cité par Fontaine, 2014). Cette rupture entraîne une profonde altération du rapport au monde, où ce qui faisait auparavant évidence s'effondre. Le Moi psychotique perd ce "sens intime d'une familiarité essentielle entre le Moi et la réalité" (Racamier, 1980, cité par Fontaine, 2014, p.2).

Michaud (2005) prolonge cette lecture en insistant sur la dimension existentielle de la psychose : il ne s'agit pas seulement d'un trouble de la perception ou de la pensée, mais d'une faillite du lien au monde, à l'autre, et par là même à soi. Il évoque une « faille » dans l'organisation psychique du sujet, restée latente, et qui s'ouvre brutalement dans des conditions particulières. Cette faille produit une désorganisation profonde qui se manifeste par des symptômes de type hallucinations, délires, retrait, bizarreries comportementales — autant de tentatives singulières de réparation. À travers cette désorganisation, c'est l'ensemble de la capacité d'exister du sujet qui vacille.

Du point de vue de Lacan (cité par Michaud, 2005), la psychose est liée à un défaut dans le registre symbolique : certains signifiants fondamentaux, tels que le Nom-du-Père, font défaut ou sont forclos. Ce manque structurel empêche l'édification d'un cadre de symbolisation stable, à partir duquel le sujet pourrait donner sens à son expérience et s'inscrire dans le monde partagé. Dans cette perspective, Fliege (2007) apporte un éclairage complémentaire en soulignant l'absence de figures parentales structurantes et de reconnaissance symbolique chez les sujets psychotiques en situation de marginalité sociale. Il montre qu'au fondement de la psychose se loge souvent l'expérience d'un sujet qui « exprime le sentiment de n'avoir été ni aimé ni reconnu par le père », et pour qui « aucune figure parentale ne semble avoir pris en compte ses demandes ». Aucun « Autre » structurant n'est venu inscrire sa parole et son désir dans l'ordre symbolique (Fliege, 2007, p.3-4).

La rupture fondamentale avec le réel peut alors être comprise, comme le souligne Michaud (2005), comme une réponse à une menace existentielle extrême. Le sujet psychotique, confronté à un réel insoutenable, s'organise alors dans un mouvement de retrait massif, un repli qui n'est pas une simple défaillance, mais bien une tentative de survie psychique. Ainsi, le symptôme psychotique, aussi déroutant soit-il, révèle une logique défensive, une tentative du sujet de maintenir une forme de cohérence face à un monde devenu inassimilable.

1.2. Le lien à l'autre

La question du lien à l'autre est au cœur de l'approche psychanalytique de la psychose, tant dans la clinique que dans la théorie. Dans ce champ, la relation d'objet, c'est-à-dire la capacité du sujet à reconnaître l'altérité, à différencier le soi de l'autre et à nouer un rapport structurant avec lui, se trouve profondément altérée. L'enjeu, dans la psychose, ne réside pas tant dans la qualité de cette relation que dans son caractère même, souvent fantasmatique,

déformé, ou encore fusionnel, rendant complexe voire impossible l'établissement d'un lien intersubjectif stable et symbolisé.

Dans la théorie de Klein (cité par Monnier, 2017), la relation à l'objet est fondamentalement marquée par l'angoisse. Loin d'être simplement insatisfaisante, cette relation est d'emblée perçue comme menaçante, persécutrice. L'objet n'est pas seulement frustrant : il est chargé d'une subjectivité propre, projetée par le Moi angoissé, qui en fait la source d'un danger quasi-ontologique. Klein élabore la notion d'« objet persécuteur », produit d'un mécanisme de projection dans lequel le Moi tente de se défendre contre des pulsions internes intolérables en les externalisant. Cette projection, loin d'apaiser l'angoisse, nourrit un climat psychique de persécution : le sujet se sent envahi par un monde peuplé d'objets hostiles, où « le monde est un ventre rempli d'objets dangereux » (Klein, 1930, cité par Monnier, 2017, p.5).

Ce climat relationnel est sous-tendu par ce que Klein appelle la position schizo-paranoïde, caractérisée par la scission de l'objet entre bon et mauvais, et la projection de toutes les pulsions destructrices sur ce dernier. Dans cette perspective, la psychose n'est pas définie par une absence de relation d'objet, mais par une relation profondément clivée et persécutrice, où l'autre n'est ni différencié, ni symbolisé, mais vécu comme un prolongement menaçant du monde interne (Klein, 1930, cité par Monnier, 2017). Le Moi, dans cette lutte contre l'objet externe et les pulsions internes, se trouve acculé, parfois jusqu'à l'éclatement ou à une rigidification défensive extrême (Monnier, 2017). Ainsi, le sujet psychotique n'est pas sans lien à l'autre, mais ce lien est souvent parasité par le fantasme de persécution et l'impossibilité de constituer un espace psychique séparé et sécurisé.

Dans ce contexte, le lien à l'autre n'est pas une ouverture à l'altérité, mais une menace pour l'intégrité du Moi. Le patient psychotique tente soit de fusionner avec l'autre pour éviter le vide de la séparation, soit de s'en détacher radicalement, oscillant entre collage pathologique et isolement psychotique. Comme le rappelle Pelsser (1984), la psychose se déploie hors du champ de l'ordre symbolique, échappant à « l'organisation du langage, la relation véritablement objectale, l'émergence du désir, la triangulation œdipienne et l'image du corps » (Pelsser, 1984, p.3). Le lien à l'autre, ici, ne peut se construire sur la reconnaissance du désir de l'autre, car le désir même est vécu comme un danger, une atteinte à l'intégrité corporelle et psychique du sujet. Le rapport à l'objet, dès lors, est souvent réduit à une relation avec la chose, un objet inanimé ou fétichisé, témoignant d'une incapacité à supporter la présence vivante de l'autre

(Pelsser, 1984). Ainsi, le sujet psychotique ne peut véritablement vivre une situation à trois, ni dans le champ familial, ni dans la cure. Le thérapeute, s'il devient un objet de transfert, est souvent perçu non comme un autre humain, porteur d'un désir, mais comme une surface de projection, une menace de séparation ou d'intrusion. Le lien à l'autre devient dès lors une épreuve existentielle, un espace de tension extrême entre le besoin de contact et la terreur de la dissolution.

Le transfert, entendu comme la répétition de relations d'objet précoces dans la relation thérapeutique, occupe une place centrale dans les élaborations kleinienne. Heimann (1956, cité par Monnier, 2017, p.5) le définit comme la « répétition des expériences formatrices du Moi ». Toutefois, les auteurs de ce courant reconnaissent que l'angoisse massive caractéristique de la psychose peut empêcher l'extériorisation du transfert, et donc compromettre une relation intersubjective réelle. Schmilberg (cité par Monnier, 2017, p.6), par exemple, souligne que l'angoisse rend impossible le passage du fantasme à l'objet réel : le patient reste enfermé dans un monde d'objets internes persécuteurs, et le thérapeute ne peut devenir un véritable objet de transfert que par un long travail d'abandon des projections.

Cette conception remet en question l'idée freudienne selon laquelle la psychose serait sans transfert. En effet, pour les kleinien, la relation d'objet dans la psychose existe, mais elle est de nature fantasmatique, et profondément marquée par la terreur de l'objet. Le lien à l'autre y est donc à la fois présent et impossible, médiatisé par des mécanismes archaïques et défensifs, révélant une forme paradoxale de lien négatif ou destructeur.

Kernberg, héritier et critique de Klein, propose une approche intégrative du lien à l'autre dans la psychose, en y introduisant la dimension du développement du self. Selon lui, le psychotique échoue à intégrer les représentations contradictoires de l'objet, ce qui empêche la constitution d'un Moi différencié et cohérent. Ce « ratage de l'intégration des relations d'objet » (Kernberg, 1970, cité par Monnier, 2017, p.3) affecte la structuration identitaire elle-même. Kernberg (1970, cité par Monnier, 2017) parle à ce propos d'un premier niveau d'organisation du Moi, dominé par le clivage, l'agressivité et l'incapacité à symboliser, ce qui empêche toute dialectique avec l'autre.

Dans cette perspective, la relation d'objet dans la psychose n'est ni absente ni simplement conflictuelle, elle est formée à partir de fantasmes non élaborés et d'objets partiels. Le lien à l'autre devient alors le théâtre d'un affrontement entre un Moi insuffisamment

différencié et des représentations d'objets non intégrées. Ce trouble du lien à l'autre se manifeste cliniquement par des modes relationnels paradoxaux : fusionnels, persécuteurs ou fétichistes, dans lesquels le sujet tente de réparer ou de nier la perte de l'objet par des formations défensives massives. Ainsi, la psychose apparaît comme une pathologie de la relation d'objet internalisée, où le fantasme occupe une fonction organisatrice mais aussi désorganisante.

1.3. Maternité psychotique

La maternité peut s'avérer être un moment de grande vulnérabilité psychique, particulièrement chez les femmes présentant des troubles psychotiques. Le bouleversement identitaire, corporel et psychique qu'induit la grossesse et la maternité constitue une véritable épreuve pour ces patientes, souvent fragilisées par des parcours psychiatriques complexes.

La grossesse agit comme un catalyseur psychique, rendant les femmes plus perméables à leur inconscient, dans un état que Bydlowski (2001, 2008) qualifie de transparence psychique. Cette phase est comparable à une crise maturative, réactivant des conflits archaïques, souvent liés à la relation à la propre mère de la future mère. Pour les femmes présentant des antécédents de troubles psychotiques, cette réactivation peut favoriser des décompensations aiguës. En effet, la grossesse est parfois la première occasion de révélation d'une pathologie psychotique latente (Bydlowski, 2008). Dans d'autres cas, elle s'inscrit dans la continuité d'un trouble chronique.

Des recherches montrent que les décompensations sont plus fréquentes en post-partum qu'au cours de la grossesse (Wendland, 2017), ce qui souligne l'importance d'un suivi rapproché à cette période. Cette fragilité s'accompagne d'une série de facteurs de risque supplémentaires : faible compliance thérapeutique, polyaddictions, précarité socio-économique, isolement, déni de grossesse ou consultations prénatales irrégulières (Henshaw, 2010 ; Jablensky et al., 2005, cités par Wendland, 2017).

Chez les femmes souffrant de psychose, le désir d'enfant se teinte souvent d'une ambivalence marquée. Il peut traduire une tentative de « normalisation », de réintégration dans un rôle social valorisé, voire une volonté inconsciente d'effacer la maladie par l'acte de procréer (Vacheron et al., 2008 ; Velasco, 2020). Dans certains cas, ce désir ne s'adresse pas réellement à l'enfant en tant que sujet, mais à ce que la grossesse représente symboliquement : un état de complétude narcissique, une preuve de féminité, ou encore un moyen de fuir une réalité psychique menaçante

Cependant, ce désir peut être porté par des fantasmes de fusion délirants ou par la projection d'un enfant "réparateur", chargé de combler un vide intérieur ou de réparer une relation maternelle défailante (Bydlowski, 2008). L'enfant devient alors un objet narcissique, sans véritable reconnaissance de sa subjectivité future. Cela peut rendre difficile l'acceptation du suivi médical, du traitement ou même la reconnaissance de la grossesse, vécue parfois comme une tumeur ou un corps étranger (Cazas, 2007).

Le rapport au bébé, réel cette fois, s'inscrit dans une relation souvent désorganisée. Wendland (2014b, citée par Wendland, 2017) met en lumière les ruptures des conduites maternelles typiques des femmes psychotiques : alternance de moments de fusion intense et d'indifférence, imprévisibilité émotionnelle, retrait du regard, pauvreté des interactions corporelles et vocales. Les troubles dans l'identification à la fonction maternelle se traduisent parfois par une difficulté à percevoir l'enfant comme un sujet distinct, avec des besoins propres. Dans les cas les plus graves, une psychose puerpérale peut survenir brutalement, avec des manifestations délirantes niant la réalité de l'accouchement, la filiation ou le bébé lui-même (Cazas, 2007).

À long terme, plus de la moitié des enfants de mères psychotiques sont confiés à d'autres adultes : famille élargie, services sociaux, ou placement (Holzer et al., 2013, cités par Wendland, 2017). Cela souligne l'importance d'un réseau de soin coordonné et pluridisciplinaire autour de la dyade mère-enfant.

1.4. Rapport au corps

Les troubles psychotiques ne se réduisent pas à une altération de la pensée ou du contact avec la réalité extérieure. Ils traduisent également une perturbation profonde de la perception que le sujet a de son propre corps. Le corps, tel qu'il est vécu, représenté et habité, devient un espace instable, fragmenté, voire étranger. Cette rupture dans l'unité corporelle affecte directement la construction de l'identité, les relations intersubjectives et la capacité à se projeter dans le temps et l'espace.

Comme le souligne Fontaine (2014, p.3), « la perturbation du sens de la réalité extérieure ne fait qu'exprimer une autre perturbation, interne quant à elle, qui affecte l'image du corps ». L'image du corps, entendue comme la représentation consciente et inconsciente que le sujet se fait de sa corporéité, est profondément désorganisée dans les états psychotiques. Le sujet perd

l'unité de sa forme corporelle, les limites entre les différentes parties du corps, entre le dedans et le dehors, s'effondrent. Cette désorganisation entraîne l'impression d'un corps morcelé, tel que décrit par Lacan (1966, cité par Fontaine, 2014) à travers le concept fondamental du stade du miroir. Dans la psychose, l'enfant, puis l'adulte, échoue à intégrer cette image unifiée, restant prisonnier d'un fantasme d'un corps éclaté, disjoint, éparpillé. Les membres perdent leur lien symbolique avec le tout et deviennent des entités autonomes, menaçantes.

Pankow (1981, 1983, cité par Fontaine, 2014, p.3-4), parle alors de corps dissocié : « par le terme de dissociation, je définis donc une destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout et réapparaissent dans le monde extérieur. » Cette fragmentation du corps rend impossible une expérience unifiée du soi corporel, ce qui bloque toute possibilité de symbolisation et d'accès à une historicité personnelle.

Dans la perspective freudienne, le Moi est avant tout une instance corporelle (Freud, 1923, cité par Pelsser, 1984). C'est pourquoi, dans la psychose, la destruction de l'image du corps entraîne une désorganisation du Moi lui-même. Pelsser (1984), s'appuyant sur les travaux de Pankow, insiste sur cette interdépendance entre le Moi et le corps : le psychotique a un Moi non structuré, parce qu'il a un corps non structuré. Il n'y a pas de distinction claire entre intérieur et extérieur, entre soi et non-soi. Cette confusion débouche sur une perte de repères dans l'espace corporel, mais aussi dans l'espace relationnel : la rencontre avec l'autre est rendue difficile, voire impossible, car la frontière même entre soi et autrui n'est pas stable.

Fontaine (2014) ajoute que cette perte d'unité du corps empêche le sujet de s'inscrire dans le monde, dans une temporalité, et dans une dynamique de projet. Il écrit : « la destructuration du schéma corporel interdisait toute relation authentique à l'autre homme, au monde et aux choses, et bloquait l'historicité de l'existence du sujet » (Fontaine, 2014, p.4). La psychose se caractérise alors par un effondrement de l'ipséité : ce sentiment d'être un soi, cohérent, stable, à travers le temps.

Cette altération de l'image du corps empêche aussi la construction d'un lien symbolique avec l'autre. Dans l'approche de Pankow (cité par Pelsser, 1984), le corps est le lieu d'une médiation structurante du désir, permettant au sujet de se situer dans un espace relationnel. Un fantasme structurant est toujours en jeu dans la relation du sujet psychotique à son propre corps et à celui de l'autre. Il conditionne la possibilité d'une inscription du désir dans la réalité. Or, lorsque ce fantasme est effondré ou inexistant, l'autre n'a pas de place possible dans le

monde psychique du sujet. Le lien interhumain est alors profondément compromis.

Enfin, les altérations de l'image du corps chez le sujet psychotique sont souvent corrélées à des atteintes précoces de l'environnement. Pelsser (1984, p.3) cite Pankow (1977) : « Les zones de destruction dans l'image du corps du psychotique correspondent aux zones de destruction dans la structure familiale de tels patients. » Cela signifie que le corps du sujet psychotique porte en lui la trace des failles relationnelles et des traumatismes vécus dans l'enfance. Le corps devient le lieu de l'inscription de l'histoire familiale, des conflits non résolus et des angoisses archaïques. Ainsi, le soin du corps en psychose ne peut se penser indépendamment d'un travail sur les fondements relationnels, affectifs et symboliques qui ont présidé à sa désorganisation.

2. L'errance dans la psychose

2.1. Définition de l'errance

L'errance est une notion aux multiples facettes qui traverse divers champs disciplinaires. La définition que nous en faisons ici est celle d'un mouvement ou un état de déplacement sans but précis, souvent associé à une absence de destination ou de stabilité. Elle évoque une situation d'instabilité, qu'elle soit géographique, mentale ou existentielle, dans laquelle l'individu se trouve en quête de sens, de repères ou d'une place dans le monde. L'errance peut être perçue comme un processus de transition, de recherche ou même de perte, et se manifeste sous différentes formes, que ce soit par le vagabondage physique, l'incertitude intérieure ou la déambulation symbolique dans différents contextes.

Dans certaines formes d'errance, notamment en contexte de précarité ou de rupture sociale, la frontière entre errance physique et errance psychique devient ténue. Colin (2002) souligne à ce titre les analogies symptomatologiques entre psychose et comportements errants. Certains sujets errants, confrontés à une perte totale de repères, manifestent des signes de dépersonnalisation, un phénomène fréquemment associé à des états psychotiques. L'espace public devient alors le théâtre d'une désorganisation interne et la rue fonctionne comme un espace projectif où se manifeste l'errance mentale.

2.2. L'errance comme tentative d'auto-préservation

Richwin et al. (2022) soulignent que l'errance peut être une des conséquences de

l'extrême pauvreté, de la vulnérabilité et de l'exclusion sociale, car ces situations ont également des effets profonds sur la subjectivité, les liens sociaux et la manière dont les individus utilisent leur corps et leur parole (Douville, 2012a, cité par Richwin et al., 2022). Dans des contextes de grande vulnérabilité, l'expérience de la déshumanisation ne se limite pas à une atteinte à la dignité. Selon Richwin et al. (2022), elle provoque une désintégration du lien fondamental qui unit l'individu à l'humanité, un concept que l'on peut rapprocher de la notion de « contrat narcissique » (Aulagnier 1979, cité par Richwin et al., 2022). Ce processus d'exclusion conduit à une forme d'abandon, où le sujet se retrouve rejeté de l'ordre symbolique et de sa propre condition humaine.

Paradoxalement, cette situation peut engendrer des processus d'auto-exclusion (Douville, 2012c ; Furtos, 2002 ; Mathieu, 2011 ; Roussillon, 2005, cités par Richwin et al. 2022). Pour échapper à cette souffrance intérieure, l'individu peut chercher à se dissocier de son vécu subjectif, à se détacher de lui-même, dans une tentative de ne plus se sentir (Roussillon, 2005, cité par Richwin et al. 2022). Ainsi, les réalités de précarité et d'impuissance, tant au niveau social que discursif, peuvent favoriser l'émergence d'une « errance psychique ». Celle-ci se caractérise par une déstabilisation des repères identitaires et narcissiques, une difficulté à se construire une présence subjective, à se sentir appartenir et à s'inscrire dans les relations sociales (Douville, 2012 ; Roussillon, 2005 et 1997, cité par Richwin et al. 2022). L'errance psychique peut alors être interprétée comme une stratégie de survie, une tentative d'auto-préservation face à l'exclusion et au rejet de l'humanité et du lien narcissique.

Dans cette perspective, Colin (2002) met en lumière les nombreuses analogies entre les dynamiques psychotiques et les comportements errants. L'errance, dans certains cas, ne serait pas simplement une conséquence sociale, mais peut être une manifestation d'un fonctionnement psychique de type psychotique. Gutto (cité par Colin, 2002, p.69) parle ainsi de « dépersonnalisation psychotique de certains errants », évoquant une errance qui ne traduit pas seulement un déplacement géographique, mais aussi une errance existentielle liée à un effondrement du lien au monde, aux autres et à soi-même. Loin d'être anodine, cette perte de repère du « temps social » évoque les désorganisations temporelles rencontrées dans les psychoses, où le sujet n'est plus inscrit dans une continuité partagée avec autrui.

Par ailleurs, l'usage de substances telles que l'alcool ou les drogues, fréquemment observé dans ces contextes, peut être lu non seulement comme un symptôme, mais aussi comme un acte de régulation psychique. Selon Castro et al. (1995, cité par Colin, 2002), ces pratiques

témoignent d'une tentative active de transformation du fonctionnement psychique face à un environnement insupportable. Dans ce sens, l'errance ne serait pas un simple état de désaffiliation, mais une modalité d'adaptation défensive à un environnement vécu comme délétère.

C'est précisément ce que Roussillon (1997) met en évidence lorsqu'il montre que, faute d'une réponse symbolisante aux états précoces de détresse, le sujet ne parvient pas à inscrire sa souffrance dans un cadre relationnel soutenant. Ce défaut de contenance et de symbolisation peut entraîner une désorganisation psychique, proche de ce que l'on observe dans les tableaux de psychose. L'errance devient alors un mode d'être, une réponse à la rupture du lien au monde, aux autres et à soi-même. Pour ne pas sombrer dans l'effondrement interne, le sujet psychotique peut opérer un clivage profond du Moi, comme le décrit Roussillon. Il se « retire de lui-même » (Roussillon, 1997, p.4), désinvestissant son expérience subjective dans un mouvement de retrait extrême, similaire à certains mécanismes psychotiques de désymbolisation et de fragmentation. L'errance psychique, dans cette optique, devient une tentative de préservation d'un minimum de structure psychique, une manière d'éviter un éclatement plus profond encore. Cette hypothèse est partagée par Goldberg (1994b, cité par Colin, 2002), qui propose de considérer l'errance non comme une ouverture mais comme un enfermement défensif, une sorte de capsule psychique que le sujet construit pour éviter une décompensation psychotique. Elle devient alors un espace clos, une ultime tentative pour préserver une forme de cohérence interne.

2.3. Le syndrome d'auto-exclusion de Furtos

Dans le prolongement de ces réflexions sur l'errance et ses intrications avec la souffrance psychique, le concept de syndrome d'auto-exclusion, tel qu'introduit par Furtos (2008), offre un éclairage psychopathologique crucial pour comprendre les dynamiques internes qui perpétuent et aggravent les situations de marginalisation. En effet, si l'errance, qu'elle soit géographique, mentale ou existentielle, peut être initialement subie comme une conséquence de l'exclusion et de la rupture du lien social, les travaux de Furtos, en collaboration avec Laval, mettent en évidence comment cette situation peut paradoxalement engendrer des processus psychiques d'auto-exclusion.

Comme Furtos (2008) le souligne, l'étude du syndrome d'auto-exclusion vise à appréhender la complexité de la souffrance psychique dans un contexte où la "disparition"

sociale n'entraîne pas nécessairement une disparition subjective. Au contraire, l'individu, confronté à la précarité, à l'exclusion et potentiellement à la déshumanisation décrite par Richwin et al. (2022), peut développer des mécanismes psychiques qui le conduisent à se retirer activement des liens sociaux et des opportunités d'intégration. Ainsi, l'errance, initialement une trajectoire imposée par des facteurs externes, peut se complexifier et s'intérioriser à travers le prisme de l'auto-exclusion.

En effet, le syndrome d'auto-exclusion peut être compris comme l'effet d'une défense paradoxale contre la menace de mort sociale (Furtos et Laval, cités par Humphreys, 2023). Cette menace émerge de l'impossibilité pour l'individu de participer à la dialectique du don. Celui qui se perçoit ou est perçu comme n'ayant rien à offrir se retrouve exclu par l'autre. Ce sentiment de dénuement, de ne rien avoir à donner en retour, conduit alors le sujet à exclure à son tour l'autre social, opérant une auto-exclusion du circuit fondamental du don et du contre-don. Cette perspective met en lumière une dynamique relationnelle essentielle dans la compréhension de l'exclusion : elle n'est pas uniquement subie, mais peut également être activement mise en œuvre comme une tentative de sauvegarde psychique face à un sentiment d'inutilité sociale radical.

En parallèle, Douville (cité par Humphreys, 2023) apporte un éclairage complémentaire en associant le processus d'exclusion à une mélancolisation du lien social. Cette notion renvoie à une perte de l'objet social et à une intériorisation douloureuse de cette perte, qui peut se traduire par un désinvestissement du monde extérieur et un repli sur soi. Douville suggère également que la souffrance qui pousse à l'exclusion serait l'effet d'une expérience proche de la crainte de l'effondrement décrite par Winnicott. Cette crainte d'un anéantissement psychique face à la défaillance du soutien social et affectif pourrait motiver les mécanismes d'auto-exclusion comme une tentative désespérée d'éviter cet effondrement.

Synthèse :

Le sujet psychotique se construit dans une rupture du lien symbolique au réel, à l'autre et à son propre corps. Ce défaut d'inscription dans l'ordre symbolique désorganise l'image du corps et altère le rapport à l'objet, souvent marqué par des angoisses archaïques de persécution, de morcellement et d'abandon. Le lien à l'autre devient une menace pour l'intégrité du Moi, oscillant entre fusion et effacement de l'altérité. Dans certains contextes comme la maternité ou l'errance sociale, cette fragilité se rejoue avec force, activant des fantasmes de complétude

narcissique ou de disparition. Le sujet peut alors recourir à des modes défensifs extrêmes — clivage, projection, retrait psychique ou auto-exclusion — afin de préserver une cohésion psychique minimale. Ces défenses archaïques témoignent de l'impossibilité d'élaborer une perte ou de symboliser la séparation, piégeant le sujet dans des relations à l'objet déshumanisées et persécutives, où l'autre devient menace. L'errance, qu'elle soit géographique ou psychique, peut figurer cette quête paradoxale d'une contenance introuvable, tandis que le corps morcelé et désorganisé renvoie aux failles précoces du lien familial. Ainsi, la psychose, loin d'être une absence de lien, se révèle comme un lien négatif, persécutif ou fusionnel, structuré par des défenses archaïques et un défaut majeur de symbolisation.

II. Méthodologie de recherche

1. Population étudiée et échantillon de recherche

Mon stage se déroule tous les lundis en Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Ces équipes sont habituellement dépendantes des hôpitaux, mais ce n'est pas le cas de cette EMPP qui fait partie d'une association. L'EMPP est une équipe pluridisciplinaire composée de 4 salariés : un psychologue et 3 infirmiers. Elle a pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne en lien direct avec ces publics, dans une démarche d'aller-vers. Mes journées de stage sont alors rythmées de nombreux déplacements dans tout le département à la rencontre de ces personnes.

Grace à ce stage j'ai pu gagner en autonomie et avoir mes premiers entretiens et suivis seule. Pour la plupart des entretiens nous rencontrons les personnes en binôme, à l'occasion desquels j'étais en co-direction avec l'un des membres de l'EMPP. Pour cette recherche, j'ai décidé de m'intéresser au cas clinique de Sara. Cette femme était suivie par 2 infirmiers de l'EMPP qui intervenaient sur le versant de la délivrance de soins et de médicaments, depuis le mois d'octobre 2024. Puis, dès le mois de décembre 2024, tous les lundis, j'ai commencé à accompagner l'un des infirmiers à ces rencontres, afin que je puisse proposer un soutien psychologique à la patiente.

Sara constitue un cas clinique illustratif des problématiques rencontrées par l'EMPP. Âgée de 27 ans, d'origine algérienne et née en France, elle présente un parcours de vie marqué par des traumatismes qui ont profondément impacté son développement personnel et son

rapport aux autres.

2. Méthode de recueil des données cliniques

Pour recueillir les données cliniques nécessaires à la réalisation de cette recherche j'ai procédé de différentes manières. Ayant commencé à accompagner Sara en cours de route, il était crucial que je m'informe sur tous les éléments déjà recueillis par l'EMPP la concernant. J'ai donc pu accéder à son dossier et aux transmissions de chaque rencontre passée avec Sara depuis octobre 2024. J'ai pu accéder à l'origine de la demande initiale qui a été transmise par une travailleuse sociale des appartements d'urgence, ainsi qu'à son anamnèse.

Par ailleurs, en janvier 2025, j'ai assisté à une réunion de synthèse autour de son cas, regroupant la majorité des professionnels du soin et du social qui participent à son accompagnement. A l'issue de cette réunion j'ai pu obtenir des informations complémentaires, qui n'étaient jusqu'alors pas détenues par l'EMPP. Cette réunion avait pour objectif de faire un point sur la situation actuelle de Sara et de proposer de nouvelles pistes d'accompagnement.

Enfin, c'est principalement à partir des entretiens et échanges moins formels que j'ai pu collecter les informations les plus riches sur Sara. Nos rencontres ont eu lieu de décembre 2024 à mars 2025. Elles ont été au nombre total de 9 et se sont achevées par le transfert de Sara vers les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), qui était une décision prise à l'issue de la réunion de synthèse. Quasiment tous les entretiens ce sont fait au domicile temporaire de Sara, qui était un appartement d'urgence. Seul le dernier entretien s'est fait dans son nouvel appartement après son entrée sur les ACT. Intervenir en binôme auprès de cette patiente m'a également permis de faire de l'observation, à partir de laquelle j'ai accédé au langage corporel, aux messages non verbaux, à la posture et à l'attitude de Sara

3. Méthode choisie de traitement des données

Pour mener cette recherche, j'ai réalisé une étude de cas qui est l'une des méthodes utilisées dans les études qualitatives en psychologie. D'après Bioy et al. (2021), la recherche qualitative vise à comprendre en profondeur les phénomènes humains en explorant leurs significations et leurs contextes. Elle repose sur une logique inductive, favorisant l'exploration et la construction du savoir à partir des récits et des expériences des individus. Inscrite dans un paradigme constructiviste, elle considère que la réalité est subjective et co-construite par le

chercheur et les participants. Elle permet de constituer un matériel clinique approfondi en encourageant l'interaction active des participants, facilitant ainsi l'échange de mots, d'images et de récits (Bioy, Castillo, & Koenig, 2021). Ainsi cette méthode est pertinente dans le cadre de cette recherche car j'ai pu m'appuyer sur des outils tels que les entretiens, l'observation clinique et l'analyse de discours, permettant une immersion dans le vécu Sara.

Consciente des biais possibles, j'ai adopté une démarche réflexive afin de questionner mes interprétations. L'intervention en binôme a constitué un atout majeur, permettant un croisement des regards et une confrontation des points de vue, favorisant ainsi une analyse plus nuancée. De plus, les discussions menées autour du cas avec différents professionnels ont offert un recul essentiel, évitant le risque d'être enfermée dans une lecture trop personnelle des données. Cette approche collaborative a enrichi la compréhension du cas en intégrant diverses perspectives, assurant une interprétation plus rigoureuse et contextualisée.

« L'étude de cas est un outil majeur de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne » (Barfety-Servignat, 2021, p.1). Fondée sur l'observation clinique, elle permet d'analyser la souffrance psychique, les angoisses, les mécanismes de défense et les modalités relationnelles en jeu. L'un des aspects essentiels de cette démarche repose sur l'utilisation du transfert, qui éclaire les dynamiques inconscientes à l'œuvre dans la relation entre le clinicien et le sujet. À travers une lecture progressive des entretiens, l'étude de cas permet de suivre l'évolution du patient, de repérer les résistances et les transformations psychiques, tout en intégrant de manière rigoureuse les données cliniques recueillies. Ces données, issues des observations directes, des discours du sujet, mais aussi d'éléments externes (dossier médical, contexte institutionnel), sont ensuite analysées pour élaborer un cadre interprétatif cohérent, servant à la fois le diagnostic, l'accompagnement thérapeutique et la construction de modèles théoriques.

4. Conditions de passation et des outils utilisés

Les rencontres avec Sara se sont déroulées dans un cadre particulier, en raison des conditions de vie précaires inhérentes à la population accompagnée par l'EMPP. Contrairement aux cadres thérapeutiques traditionnels où les entretiens ont lieu dans un bureau, dans un lieu institutionnel ou en cabinet, mes échanges avec Sara ont principalement eu lieu à son domicile temporaire. Cette spécificité reflète l'adaptation du dispositif thérapeutique aux besoins des

personnes en situation de grande précarité, pour qui l'accès aux soins peut être entravé par divers facteurs structurels et personnels.

Sara partageait son logement avec d'autres résidents : une mère et sa fille ainsi qu'un couple. Ce contexte de colocation imposait une contrainte d'intimité et de confidentialité lors des entretiens. Nos échanges avaient lieu dans le salon, un espace commun, où Sara s'installait sur son canapé tandis que je prenais place sur une chaise en face d'elle. Pendant ce temps, l'infirmier(e) de l'EMPP préparait son pilulier hebdomadaire à la table, ce qui introduisait une dynamique particulière dans nos interactions. La présence de l'infirmier, bien qu'occupé à une tâche différente, instaurait un cadre sécurisant et facilitait l'alliance thérapeutique.

La tenue des entretiens à domicile nécessitait une adaptation constante de ma posture clinique. L'absence d'un cadre institutionnel fixe obligeait à composer avec les bruits ambiants, les interruptions potentielles des colocataires et l'influence de l'environnement immédiat sur l'expression et le vécu de Sara. Cette configuration influençait directement la relation thérapeutique et en facilitait l'émergence de dimensions plus spontanées et informelles dans l'échange.

Synthèse :

Dans cette recherche, je réalise une étude de cas visant l'analyse approfondie du parcours psychique et relationnel de Sara, une patiente suivie en EMPP. Les données ont été recueillies à travers des entretiens cliniques, des observations en situation, des échanges informels ainsi que l'étude de documents institutionnels et la participation à des réunions. L'intervention en binôme avec un infirmier a permis une analyse croisée et une meilleure prise en compte des dynamiques relationnelles, notamment à travers le prisme du transfert. L'étude de cas repose sur une lecture progressive des entretiens, mettant en lumière les mécanismes de défense, les résistances et l'évolution psychique de Sara au fil de l'accompagnement. Ce travail s'inscrit dans une approche clinique et réflexive, où l'élaboration théorique permet d'articuler les éléments recueillis pour mieux comprendre la singularité du cas et ses implications thérapeutiques.

III. Présentation des éléments cliniques et problématique

Comme souvent à l'EMPP, la demande d'accompagnement provenait d'un professionnel extérieur. En octobre 2024, c'est une éducatrice spécialisée des appartements d'urgence qui contacte l'EMPP au sujet de la situation psychique de Sara, qui l'inquiète.

1. Anamnèse

Sara, née le 4 février 1997, est une femme française d'origine algérienne. Son enfance a été marquée par des événements traumatiques qui ont profondément influencé son parcours de vie.

Sara a perdu sa mère à l'âge de trois ans suite d'un cancer. Elle a ensuite vécu avec sa sœur et son père jusqu'à l'âge de 6 ans. Son père décrit comme absent, a exercé des violences physiques sur elle et sa sœur cadette. Très tôt, elle a été confrontée à la négligence et au manque de figures parentales stables. Un jour, la police est intervenue au domicile familial en l'absence du père, qui avait laissé ses filles seules. Suite à cet événement, elle a été placée, à 6 ans, en famille d'accueil, où elle a grandi avec sa sœur. Elle ne garde pas de liens avec son père biologique et très peu avec sa sœur.

Durant son adolescence, elle a été scolarisée jusqu'à la première année de CAP, sans poursuivre davantage sa formation. Une fois majeure, elle a bénéficié d'un contrat jeune majeur, mais son parcours a rapidement basculé dans l'errance après son divorce. Elle a eu deux filles issues de son mariage : Mya, âgée de six ans, et Lina, âgée de trois ans. Ses deux enfants vivent avec leur père et grands-parents paternels. Sara entretient une relation contrastée avec elles. Elle parle régulièrement de Mya, mais évoque rarement Lina. Mya a été placée chez son père. Pour ce qui est de Lina, Sara l'a confiée à sa naissance aux éducateurs du centre maternel où elle résidait pendant sa grossesse. Lina a ensuite aussi été placée chez son père. Cette dernière est issue d'une grossesse non désirée, et est née dans un contexte de séparation entre Sara et son conjoint. Sara a été séparée de sa fille après l'accouchement car celle-ci devait recevoir des soins. Par la suite, elle a confié Lina aux éducateurs du centre maternel où elle résidait, et la fillette a été placée chez son père. Elle entretient des contacts réguliers avec son ex-conjoint et Mya, mais pas Lina.

Elle ne dispose pas de ressources financières stables et dépend des dispositifs sociaux pour ses besoins de base. Elle a vécu dans différents lieux d'hébergement temporaire,

notamment des logements sociaux, des foyers d'urgence, ou chez des connaissances. Elle a connu des périodes sans domicile fixe. Elle a vécu toute sa jeunesse dans la même ville, jusqu'à son divorce et la naissance de sa 2^{ème} fille, la même année, suite à quoi elle est entrée dans un parcours d'errance. Une fois arrivée dans la ville où elle est actuellement, elle dormait chez des connaissances ou au 115. En décembre 2024, un appartement d'urgence lui est proposé, ce qu'elle accepte.

Sur le plan médical, Sara souffre de diabète de type II et a présenté plusieurs infections gynécologiques. Ses antécédents psychiatriques sont marqués par plusieurs hospitalisations en psychiatrie, tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte. Sa dernière décompensation psychotique menant à une hospitalisation sous contrainte en psychiatrie remonte à juillet 2024. Elle suit un traitement psychotrope depuis au moins 5 ans. Elle est suivie par un psychiatre en CMP, qu'elle consulte tous les trois mois, pour réajuster son traitement si besoin. Elle a une consommation quotidienne de cannabis. Elle a également des antécédents d'idées suicidaires et a fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Mais elle assure que depuis qu'elle prend son nouveau traitement, ça l'aide à contenir ces idées.

Sara a aussi un parcours de prostitution et dit avoir été victime de violences sexuelles et de séquestration. En décembre 2024, elle a rapporté avoir été retenue contre son gré dans un logement pendant 2 jours, où elle aurait été forcée à avoir des rapports sexuels avec une dizaine d'hommes. Elle a ensuite été accompagnée au commissariat pour porter plainte, puis à l'hôpital pour des examens médicaux-légaux. Elle a ensuite été placée en sécurité.

2. Entretiens

J'entends parler de Sara pour la première fois lors d'une discussion au sein de l'EMPP. Elle venait de déposer plainte pour séquestration et violences sexuelles dans un contexte de grande précarité, ce qui avait nécessité une mise à l'abri immédiate et une coordination entre plusieurs acteurs médico-sociaux. À cette époque, deux infirmiers de l'EMPP se rendaient déjà à sa rencontre, pour assurer un suivi médicamenteux. J'ai été intégrée aux visites à domicile dans le but d'apporter un soutien psychologique et de m'inscrire dans le lien thérapeutique. À partir du mois de décembre, j'accompagnais donc tous les lundis, l'un des deux infirmiers, au domicile de Sara. Au total, j'ai pu participer à neuf entretiens avec elle, jusqu'au mois de mars 2025. Le suivi par l'EMPP s'est achevé lorsque Sara a été transférée sur les appartements de coordinations thérapeutiques et prise en charge par d'autres professionnels.

Je rencontre Sara pour la première fois à son appartement d'urgence. Elle ne me regarde pas, ne répond pas à mes tentatives de lien. Elle s'adresse exclusivement à l'infirmier qu'elle connaît déjà. Physiquement, elle apparaît négligée, en pyjama, le regard vide. Très rapidement, je suis frappée par une présence-absence, comme si son corps était là, mais son esprit ailleurs. Elle répond brièvement, parfois à côté, sans réelle implication dans l'échange. Elle affiche un ralentissement marqué, un faciès triste et réponds aux questions avec quelques secondes de silence. Elle semble dépourvue d'accès à l'humour, aussi bien dans sa capacité à le percevoir qu'à l'exprimer. Cette absence peut être comprise comme un indicateur de l'intensité de sa souffrance psychique. En effet, l'humour suppose une certaine prise de distance par rapport aux événements de la vie, une capacité à jouer avec les mots, à relativiser, voire à sublimer les difficultés. Chez Sara, cette distance apparaît inatteignable, tant son vécu semble saturé de douleur, d'incompréhension et de sentiment d'abandon.

Mon arrivée tardive dans le processus de suivi a nécessité beaucoup de prudence. Ce n'est que progressivement, grâce à la clarification de ma posture et de mes missions, mais aussi à un retrait progressif de l'infirmier pendant les échanges, qu'une forme de lien thérapeutique a pu émerger.

Au fur et à mesure des entretiens, je me rends comptes qu'elle oscille entre une posture d'effacement (elle ne me regarde pas, ne répond pas, se terre dans sa chambre) « j'ai pas l'habitude que des gens s'occupent de moi », « j'ai pas besoin d'eux » et un appel à l'autre ponctuelle (elle appelle en urgence, attend qu'on l'aide) « je ne veux pas qu'on me laisse tomber ». Elle ne semble pas pouvoir tolérer la réalité d'un lien stable, ni symboliquement, ni affectivement. Chaque rencontre est potentiellement intrusive, voire persécutrice.

Lors de la majorité des entretiens, ses propos sont souvent centrés sur la plainte et la victimisation : « j'en ai marre », « je suis fatiguée ». En effet, lors du premier entretien, Sara manifeste le souhait de revenir sur les événements récents, en particulier la séquestration et les viols qu'elle dit avoir subis. Elle formule à cette occasion la question : « pourquoi ça m'arrive à moi ? ». Elle indique ne pas se sentir en sécurité à l'extérieur. Au cours de cet échange, elle laisse couler quelques larmes en évoquant ces faits, puis, elle change de sujet pour parler des visites de sa fille Mya, qu'elle évoque presque en souriant. Le passage d'un registre émotionnel à l'autre se fait de manière rapide, sans commentaire ni justification de sa part. Au cours du deuxième entretien, une semaine plus tard, je retrouve une dynamique similaire. À notre arrivée avec l'infirmier, un colocataire nous ouvre la porte. Sara reste alors repliée dans sa chambre,

allongée dans son lit et refuse de nous parler. L'infirmier et moi-même préparons son semainier dans le salon. Elle finit par nous rejoindre plus tard et dit : « je suis fatiguée de tout ce qu'il m'arrive ». Elle rapporte plusieurs événements survenus récemment comme le décès de son grand-père en Algérie, la diffusion d'une photo d'elle dénudée et sous l'emprise de produits qui circule sur les réseaux sociaux, et un appel téléphonique insultant de son père. Durant ce moment, elle pleure pratiquement sans interruption. Elle précise qu'elle n'a pas dormi de la nuit. Malgré l'intensité de son émotion, elle affirme : « je ne compte pas me suicider ». Elle bascule ensuite sur son dernier weekend passé avec Mya.

Sara est en situation d'errance constante, à la fois sur le plan physique et psychique. Elle change fréquemment de lieu d'hébergement, passant d'une structure à une autre, évoquant régulièrement des départs vers différentes villes. Depuis le divorce avec son ex-mari, elle serait allée dans au moins 5 villes différentes. Ces déplacements semblent se faire sans planification précise ni projet d'installation durable. Elle dit « parfois je vais rejoindre des gens », mais quand je lui demande si elle a des amis elle répond que non. Sara exprime surtout un besoin de fuite par des propos tels que : « Je fuis », « Je ne donne mon adresse à personne », ou encore « Je ne veux pas qu'on sache où je suis ». Son comportement de mobilité incessante semble lié à un sentiment de persécution qu'elle verbalise par sa méfiance et son refus de partager ses coordonnées. Cette attitude rend difficile toute tentative de stabilisation, tant sur le plan résidentiel que dans la relation d'accompagnement. L'impression d'urgence et la nécessité de rester introuvable apparaissent comme des éléments structurants de son mode de vie.

Sara semble souvent déconnectée de son propre corps. Lors de nos échanges, elle présente une attitude physique marquée par l'effacement : regard fuyant, posture refermée, gestes peu investis. Le corps apparaît chez elle davantage comme un espace passif, exposé à l'intrusion, plutôt que comme un espace personnel protégé. Au fil des entretiens, Sara s'est confiée sur son parcours de prostitution. Elle évoque cette période sans exprimer d'affects marqués. D'ailleurs l'évènement récent de viols et de séquestration est survenu dans ce contexte de prostitution, et semble s'inscrire dans une continuité de situations où son corps est utilisé par d'autres, sans qu'elle puisse pleinement exercer un contrôle ou poser des limites. Sara se décrit par ailleurs comme « une gentille personne et une bonne mère », insistant sur sa difficulté à refuser : « Je ne sais pas dire non ». Ce positionnement semble illustrer la manière dont elle envisage sa relation aux autres, avec peu de reconnaissance de ses propres besoins et limites corporelles. Ainsi, les éléments rapportés par Sara permettent d'observer un rapport à son corps

marqué par la passivité, l'exposition au risque, et la difficulté à investir son corps comme un espace propre.

Sara se raconte à travers un langage pauvre, souvent désarticulé, marqué par un manque de continuité. Ses récits sont dépourvus de chronologie claire, les événements de sa vie sont évoqués de manière juxtaposée, sans articulation temporelle ni lien de causalité apparent. Il n'y a pas de progression logique dans son récit, ni de tentative d'organisation de ses expériences en une histoire cohérente. Elle verbalise fréquemment un sentiment de vide intérieur, en disant qu'elle « ne pense à rien », qu'elle est « vide », qu'elle n'a « pas de projets ». Ces expressions traduisent une absence d'investissement dans le futur, mais aussi une difficulté à se représenter elle-même dans le temps, à se projeter ou à élaborer des perspectives. Sara semble ainsi enfermée dans une succession d'événements sans pouvoir leur donner sens ni continuité, comme si elle était condamnée à vivre au présent immédiat, sans inscription psychique durable de son passé ni ouverture vers l'avenir.

Elle dit vouloir prouver à sa famille qu'elle est une bonne mère. Elle évoque sa fille aînée, Mya, à l'occasion de plusieurs entretiens. En revanche, Lina, la cadette, est totalement désinvestie. Il a fallu que je la questionne sur elle pour qu'elle m'en parle. Elle dit d'elle être une enfant « non-désirée », née dans un contexte de séparation avec son ex-mari et ajoute « c'est pour ça que je n'en parle jamais ». Elle raconte un accouchement vécu seule et la décision de confier sa fille aux éducateurs juste après l'avoir mise au monde. Lors d'un entretien, elle manifeste de l'angoisse car Mya est partie en vacances avec son père en Algérie. Elle dit que ça l'« agace » car elle n'a pas de nouvelles d'eux depuis qu'ils sont là-bas. Elle ajoute qu'elle dort très mal à cause ça. Quand je lui demande si Lina y va aussi, elle répond qu'elle reste en France et sera gardée par « la nourrice de Mya » car elle est trop « intenable et « difficile à gérer ».

Sara cherche à prouver à sa famille en Algérie qu'elle est une bonne mère, évoquant même : « Je leur ai montré qu'elle était bien habillée pour qu'ils ferment leur gueule », en parlant de Mya. Mais dans le même temps, elle rejette une demande de soutien de cette même famille, agacée qu'on lui demande de venir voir une tante hospitalisée : « Ils n'étaient pas là pour moi quand j'ai été placée ». Sara exprime depuis plusieurs années un profond désir de mourir. Cette pulsion de mort semble intimement liée à une problématique d'abandon précoce dans ses liens d'attachement. Sara témoigne d'une incompréhension quant au rejet de sa mère et de sa famille, un abandon qui constitue pour elle une blessure vive et toujours ouverte.

Lorsqu'elle évoque son ressenti en disant « ça brûle en moi », elle met en mots l'intensité d'une souffrance morale diffuse, constante, et difficilement apaisable. Cette douleur émotionnelle omniprésente s'inscrit sur un fond de carences éducatives et affectives majeures. Dès l'enfance, Sara semble n'avoir pu bénéficier ni de repères structurants, ni d'un environnement émotionnellement sécurisant.

Après l'annonce de l'entrée de Sara dans un appartement de coordination thérapeutique, nous savions que notre accompagnement en tant qu'EMPP arrivait à son terme. Consciente de l'importance de préparer cette séparation, j'ai entrepris d'accompagner Sara dans cette transition. Bien que Sara exprime peu d'affects à l'égard des professionnels, il m'a semblé essentiel de prendre en compte son histoire de vie, marquée par de nombreuses expériences d'abandon. Afin de rendre ce passage plus sécurisant, je lui ai proposé un dernier entretien dans son nouvel appartement. Sara a accepté cette proposition. C'est à l'occasion de cette ultime rencontre, dans son nouveau lieu de vie, que nous avons pu nous dire au revoir.

3. Points d'étonnements cliniques permettant la problématisation

Lorsque j'ai commencé le suivi de Sara, je n'avais pas imaginé que c'est précisément dans la difficulté du lien que se logerait ma réflexion clinique. J'étais sans doute, comme beaucoup en début de stage, dans l'attente d'un fait marquant, d'un moment spectaculaire ou d'un récit particulièrement frappant qui viendrait « faire cas ». Mais avec Sara, rien ne s'est présenté de cette manière.

Lors des premières rencontres, je suis confrontée à un corps sans adresse, une présence silencieuse, une femme assise sur son canapé en pyjama, absente à elle-même, ne me regardant pas, ne me parlant pas. Une sorte de présence vide, qui pourtant ne refuse pas l'autre : elle nous laisse entrer, elle accepte le semainier, elle consent à notre présence, sans vraiment s'y impliquer. J'ai été déroutée par cette manière d'être là sans y être. C'est justement ce paradoxe de l'absence habitée qui m'a amenée à interroger : que signifie être en lien dans la psychose ? Peut-il exister un lien sans parole, sans regard, sans affect partagé, mais néanmoins soutenant ?

Ce premier étonnement en a entraîné d'autres. Au fil du suivi, j'ai observé chez Sara une logique d'errance, à la fois concrète (changement constant de lieux de vie) et symbolique (absence de fil conducteur dans le récit, ruptures dans la pensée, flottement identitaire).

Elle refuse les soins tout en sollicitant constamment les professionnels. Elle dit fuir les hommes, mais les laisse entrer. Elle multiplie les départs, les changements, les déplacements. Ce mouvement d'errance, à la fois géographique, affectif et psychique, est devenu central dans ma lecture clinique : non pas comme un simple signe d'instabilité, mais comme une stratégie défensive, une tentative de préserver une forme d'équilibre face à une réalité trop menaçante. Ce fut le point de départ de ma problématique.

Un moment charnière dans mon positionnement a été une réunion de synthèse regroupant l'ensemble des professionnels accompagnant Sara. Ce temps collectif a marqué un tournant dans mon implication. Tous s'interrogeaient : quelle part de ce que Sara raconte est vraie ? Des faits évoqués, parfois terribles, semblaient à la frontière du vraisemblable. Était-ce du réel, du mensonge, du délire ? Il devenait difficile de discerner, et cette incertitude flottante bousculait la posture clinique.

Par ailleurs, Sara s'inscrit dans un parcours d'errance et de précarité typique des situations rencontrées par l'EMPP : pas de demande, pas de projet clairement exprimé, une histoire marquée par la violence, les ruptures et l'isolement. En ce sens, son cas est emblématique de cette clinique du lien abîmé. Pourtant, elle ne présentait aucune demande explicite, ce qui a soulevé en moi une forte interrogation : quelle peut être ma place, en tant que stagiaire psychologue, dans une relation où il n'y a pas de demande ? Que fais-je ici, dans cet espace intime, chez elle, parfois au milieu de ses colocataires, dans un cadre à inventer à chaque rencontre ? Cette configuration du domicile, avec ses particularités, les va-et-vient, les interférences, le manque d'intimité, créent une dynamique singulière. Le cadre institutionnel classique est inopérant. Il faut inventer une autre manière de faire lien, plus souple, plus attentive aux micro-variations, plus respectueuse d'un espace qui n'est pas le nôtre. Sara oblige à aménager le cadre, à en faire quelque chose de vivant, d'adaptable, en fonction de ce qu'elle peut tolérer.

Un autre point d'étonnement majeur, enfin, a été sa manière de parler de ses deux filles de façon radicalement opposée. Mya, l'aînée, est évoquée avec affection, espoir, parfois fierté. Lina, la cadette, est absente du discours si je ne questionne pas Sara dessus. Elle est décrite comme non désirée. Ce clivage maternel profond m'a beaucoup interrogée. Il m'est apparu que ce mécanisme de clivage se jouait dans ses relations avec les professionnels : il y avait ceux à qui elle parlait, ceux à qui elle ne parlait pas ; ceux en qui elle disait avoir confiance, ceux dont elle disait se méfier. Ce clivage m'a permis d'interroger non seulement sa manière

d'organiser le lien à l'autre, mais aussi sa manière de se maintenir psychiquement en scindant ce qui est tolérable et ce qui ne l'est pas. Il ne s'agit pas d'une indifférence ou d'un manque d'empathie, mais bien d'un mécanisme de survie, d'un effort de structuration face à un monde intérieur trop fragmenté.

Ainsi, ce sont ces points de vacillement du cadre, d'ambiguïté du récit, d'absence de demande, de clivage dans la relation, qui ont éveillé mon intérêt clinique et ma réflexion théorique. Ce n'est pas l'histoire de Sara en tant que telle qui m'a poussée à faire ce travail, mais ce qu'elle produit dans le lien, ce qu'elle m'a fait éprouver, et ce qu'elle donne à penser sur la psychose, la précarité, et l'errance comme modalité de survie.

Le suivi de Sara a mis en lumière une configuration clinique particulièrement complexe, qui oblige à repenser le soin au-delà des cadres habituels. À travers sa posture de retrait, ses mouvements d'errance, ses silences et ses contradictions, Sara semble incarner une forme de psychose contemporaine, marquée par la précarité, la fragmentation et le flou identitaire. Dans ce contexte, plusieurs questions cliniques, évoquées précédemment, se sont imposées. Ces interrogations convergent autour d'un point central : l'errance de Sara ne semble pas être un simple symptôme, ni une conséquence de son exclusion sociale, mais un agencement psychique, une tentative fragile, parfois paradoxale, de préserver un équilibre interne face à l'effondrement potentiel du lien, du corps, et du symbolique. Ce qui amène à la problématique suivante : **A partir du cas clinique de Sara, en quoi l'errance dans la psychose peut être pensée comme une tentative d'auto-préservation face à la défaillance du lien à l'autre, au corps et au symbolique ?**

Synthèse :

Sara, 27 ans, présente un parcours marqué par des ruptures affectives précoces, des violences et un parcours d'errance physique et psychique. Son histoire, faite de placements, précarité sociale et épisodes psychiatriques, s'inscrit dans une grande instabilité relationnelle et identitaire. Le suivi engagé par l'EMPP révèle une personne oscillant entre retrait extrême et demandes envahissantes. Son discours morcelé, son rapport désinvesti à son corps et sa difficulté à maintenir un lien stable traduisent une souffrance psychique profonde, relevant d'une problématique psychotique sur fond de précarité. L'errance apparaît ici moins comme un symptôme social que comme une stratégie défensive face à un monde interne menaçant. Le cas de Sara interroge les modalités du lien thérapeutique dans des cadres non conventionnels et met

en lumière une clinique du lien abîmé. Se pose alors la problématique suivante : **A partir du cas clinique de Sara, en quoi l'errance dans la psychose peut être pensée comme une tentative d'auto-préservation face à la défaillance du lien à l'autre, au corps et au symbolique ?**

IV. Analyse théorico-clinique et discussion

1. L'errance comme tentative de maintien psychique

Chez Sara, l'errance ne se manifeste pas seulement comme un fait social ou géographique, mais comme un véritable agencement défensif psychique. Elle fuit constamment : les lieux, les personnes, les institutions, et parfois même les souvenirs. Elle dit explicitement : « Je fuis », « Je ne donne mon adresse à personne », ou encore « Je ne veux pas qu'on sache où je suis ». Cette attitude peut être comprise comme une tentative d'auto-préservation psychique, un effort pour se protéger d'un environnement perçu comme envahissant ou insécurisant. En parallèle, Furtos (2008) développe le concept de « syndrome d'auto-exclusion », qui désigne un retrait actif du lien social dans des contextes où le monde extérieur devient inassimilable. Bien que ces deux notions soient distinctes, elles se rejoignent dans l'idée que le repli peut servir de rempart face au risque de désorganisation subjective.

L'errance de Sara pourrait être envisagée, selon la perspective de Roussillon, comme une réaction défensive à une menace d'effondrement psychique, un moyen de se "retirer de soi-même" pour ne pas s'effondrer sous l'effet d'une angoisse archaïque. Cette fuite n'est pas un simple évitement, mais un mouvement paradoxalement structurant : elle permettrait de maintenir un minimum de cohérence interne en déconnectant temporairement le sujet de ce qui le submerge. Ce que Hamidi (2014) décrit comme une dynamique d'adaptation face à la perte des repères internes : un déplacement sans projet, motivé par un "pro-jet" inconscient, qui s'actualise dans le mouvement, l'instabilité, la fuite. L'errance serait ainsi l'expression corporelle d'un état psychique indéterminé, dans lequel le sujet cherche un lieu qui ne soit ni ici, ni là-bas — un « nulle part psychique » (Pestre, cité par Hamidi, 2014).

Cette perspective est illustrée cliniquement chez Sara par sa difficulté à s'ancrer dans le temps ou à construire une narration continue. Elle parle par fragments, dans une juxtaposition d'événements vécus, sans logique temporelle, sans causalité apparente. Elle semble condamnée à une immédiateté sans historicité, comme si l'inscription symbolique du vécu lui était

inaccessible. Pour Michaud (2005), cette perte du sens du monde et du lien à soi est une caractéristique fondamentale de la psychose. Dans cette optique, l'errance devient une tentative de suppléance, une forme de défense contre la désorganisation.

L'errance prend alors une dimension existentielle : celle d'une délocalisation du sujet dans l'espace et dans la parole. Comme l'indique Tuil (cité par Hamidi, 2014), cette errance peut entretenir un sentiment illusoire de toute-puissance et d'éternité, en abolissant symboliquement les contraintes du temps et de l'espace. Sara n'habite pas un lieu, elle le traverse. Elle ne s'attache pas, car l'attachement menace. Elle ne se projette pas, car le futur contient l'angoisse du vide. Elle vit dans une temporalité flottante, où le présent immédiat est le seul point d'ancrage.

Dans les mots de Boudreault (cité par Hamidi, 2014), l'errance psychique est un retrait du monde symbolique, une manière de rythmer son existence au battement du monde pulsionnel. Cela est particulièrement frappant chez Sara, dont les récits sont marqués par une pauvreté symbolique : peu d'élaboration, peu d'affects, des silences, des ruptures dans le discours. L'usage du cannabis, mentionné dans son dossier, peut aussi être compris comme une tentative de régulation psychique, une auto-médication pour contenir ce qui déborde, ou au contraire, une désorganisation supplémentaire qui alimente le cycle de l'errance.

Enfin, comme le propose Jacobi (cité par Hamidi, 2014), l'errance de Sara peut être comprise comme une tentative de crier un savoir sur le manque, faute de pouvoir le dire. Cette errance est une forme de discours en acte : elle dit ce qui ne peut être mis en mots, elle fait trace là où la parole échoue. Elle est à la fois errance géographique, errance temporelle, et errance de sens. Elle témoigne d'une fracture du lien à l'Autre, mais aussi d'un désir, parfois imperceptible, de retrouver un lieu où être, même si c'est à travers le mouvement permanent.

Ainsi, l'errance de Sara n'est ni un simple symptôme social, ni une manifestation chaotique de la psychose. Elle constitue un mécanisme complexe d'auto-préservation, une tentative désespérée mais structurée de se maintenir en vie psychiquement dans un monde perçu comme insupportable. Elle incarne un équilibre précaire entre effondrement et survie, entre retrait et appel silencieux à être rencontrée autrement.

2. Le lien à l'autre : entre désinvestissement massif et appel implicite

Chez Sara, la question du lien à l'autre constitue l'un des enjeux cliniques centraux, tant

ce lien semble simultanément impossible, menaçant et vital. L'observation révèle un mouvement oscillatoire entre un retrait massif du lien et des manifestations ponctuelles de recherche affective, parfois chargées d'un appel implicite. Ce paradoxe apparent, qui pourrait être perçu comme une incohérence relationnelle, s'éclaire à la lumière des modèles théoriques de la psychose et de la clinique de la précarité.

Dès les premiers entretiens, Sara apparaît comme profondément désengagée de la relation : absence de regard, réponses monosyllabiques, mutisme, retrait dans sa chambre. Ce désinvestissement n'est pas simplement une réserve ou une timidité, mais s'inscrit dans une économie psychique marquée par la méfiance, la menace, la désorganisation du lien à l'autre. Comme l'écrit Klein (cité par Monnier, 2017), la relation d'objet dans la psychose est dominée par l'angoisse et la persécution. L'autre est vécu comme un objet persécuteur, susceptible d'envahir, de détruire ou d'imposer une exigence insupportable. Chez Sara, cette angoisse se traduit par un évitement actif de la relation : elle ne donne pas son adresse, ne répond pas au téléphone, ne regarde pas son interlocuteur. Elle semble ne pouvoir tolérer qu'une présence distante, non intrusive, ne sollicitant ni investissement affectif, ni engagement subjectif.

Pour autant, le lien n'est jamais totalement rompu. Sara accepte les visites, finit par sortir de sa chambre, appelle en urgence les professionnels lorsqu'elle se sent mal. Elle dit même : « Je ne veux pas qu'on me laisse tomber. » Cette ambivalence traduit ce que certains auteurs (Kernberg, 1970 ; Heimann, 1956) ont décrit comme des formes de lien paradoxal dans la psychose, où le sujet oscille entre désir de fusion et rejet radical. Il ne s'agit pas d'un lien absent, mais d'un lien non symbolisé, non stabilisé, profondément clivé.

Cette oscillation est particulièrement marquée dans les interactions transférentielles. Sara manifeste parfois une forme d'attachement exclusif à certains professionnels, tout en refusant de parler à d'autres. Ce clivage relationnel (professionnels "bons" vs. "mauvais") reproduit les mécanismes psychiques décrits dans la position schizo-paranoïde kleinienne, où l'objet (ici, l'intervenant) est scindé selon une logique défensive, pour contenir une angoisse de morcellement. Cette logique défensive peut être comprise comme une stratégie de survie psychique, permettant de maintenir à distance l'objet perçu comme potentiellement persécuteur, tout en conservant un accès à un objet "idéal" dans lequel s'accrocher. C'est une tentative d'organisation d'un monde interne profondément fragmenté.

Mais le lien, même lorsqu'il semble absent ou rejeté, laisse entendre un appel implicite.

Cet appel passe la plupart du temps par des micro-signaux, des comportements, des expressions de détresse ("je suis fatiguée", "j'en ai marre", "je n'ai pas dormi de la nuit"). Il est ce que l'on pourrait nommer un appel en creux, que le clinicien ne peut saisir qu'en se plaçant dans une posture d'écoute fine du non-dit. Cette perspective rejoint les apports de Heimann sur le contre-transfert comme outil diagnostique, où les éprouvés du clinicien deviennent un matériau central pour comprendre la dynamique relationnelle en jeu.

On retrouve également ici les réflexions de Hamidi (2014), qui parle d'un désir méconnu de lien dans l'errance psychique : un désir qui ne peut se dire, mais qui se manifeste à travers des mouvements paradoxaux, parfois chaotiques. Sara, en effet, semble incapable de formuler une demande stable, mais elle cherche la présence de l'autre, la teste, l'éprouve. Elle appelle un professionnel et s'énerve de ne pas être rappelée. Elle se dit agacée que sa famille lui demande un service, mais insiste pour prouver qu'elle est une bonne mère. Ce sont là des traces d'un lien, certes désorganisé, mais encore vivant, que le clinicien peut accompagner, soutenir, contenir.

Dans ce contexte, le cadre thérapeutique devient un enjeu majeur. L'accompagnement à domicile, proposé par l'EMPP, offre une souplesse permettant à Sara de tolérer une forme de lien, dans un espace qu'elle peut partiellement contrôler. Le fait que le clinicien vienne à elle, qu'il respecte son rythme, son refus initial, tout cela permet d'amorcer un lien sans l'imposer. Cette approche rejoint la clinique du "lien abîmé" telle que développée dans les travaux de Furtos et Douville, qui insistent sur la nécessité de reconstruire du lien là où il a été rompu, fracturé ou dissous par l'exclusion, la violence, ou la psychose.

Ainsi, la relation à l'autre chez Sara ne peut être pensée selon une logique binaire de présence ou d'absence, de lien ou de non-lien. Elle relève plutôt d'un processus d'approche-retrait, d'une épreuve permanente, marquée par des ruptures, des appels silencieux, des résistances et des fuites. Le travail clinique consiste alors à tolérer cette ambivalence, à ne pas forcer le lien, mais à rester disponible, constant, et attentif à ce qui, malgré tout, demande à advenir dans la relation.

3. Corps et symbolisation : un corps exposé et vécu comme étranger

Le rapport au corps chez Sara apparaît profondément altéré, marqué par une passivité, une distance affective et une dissociation, caractéristiques fréquentes des organisations psychotiques. Dès les premières rencontres, son apparence physique – négligée, vêtue d'un

pyjama, regard vide – témoigne d'un désinvestissement du corps, comme si ce dernier ne constituait pas un espace personnel, mais un objet étranger, inhabité, ou à disposition d'autrui. Cette étrangeté du corps s'inscrit pleinement dans ce que Pankow (1981, 1983) qualifie de corps dissocié, où les parties du corps ne forment plus une totalité unifiée, mais deviennent des segments morcelés, désorganisés, exposés au regard et à la main de l'autre.

Ce vécu clinique est étayé par les récits de Sara elle-même. Lorsqu'elle évoque les violences sexuelles, les viols récents ou son passé de prostitution, elle le fait dans une forme de détachement émotionnel, comme si les faits rapportés ne la concernaient que de loin. Elle peut verser quelques larmes, sinon manifester parfois une lassitude, un "je suis fatiguée" ou un vague soupir. Cette manière de raconter, désaffectivée, témoigne d'un clivage psychique entre le vécu corporel et la sphère émotionnelle, ce que Douville (2012) appelle une "dissociation affective post-traumatique", fréquemment rencontrée dans les états psychotiques marqués par la répétition de traumatismes.

Dans cette configuration, le corps n'est pas perçu comme le lieu d'une intériorité ou d'un investissement narcissique, mais plutôt comme un support utilitaire ou un territoire d'intrusion, constamment traversé par les autres : les hommes, les institutions, les médecins. Sara dit ne pas savoir dire "non", se décrit comme "gentille", et justifie sa valeur par des actions concrètes (plier le linge, être une bonne mère), comme si son corps et son être ne pouvaient être validés que dans une logique de servitude ou de disponibilité. Cette posture illustre une absence d'appropriation du corps, que Freud (1923) et plus tard Pelsser (1984) relient à une désorganisation du Moi. En effet, pour ces auteurs, le Moi est d'abord "un Moi corporel", et toute atteinte à l'unité corporelle affecte la stabilité de l'identité.

Sara semble également privée d'une inscription temporelle de son vécu corporel. Les événements traumatiques, notamment la séquestration ou les violences subies, sont rapportés sans ancrage chronologique, comme juxtaposés sans lien, sans récit. Ce manque de continuité s'inscrit dans ce que Michaud (2005) décrit comme un défaut de symbolisation dans la psychose, empêchant le sujet d'intégrer les expériences dans une trame narrative cohérente. Le corps devient alors le lieu d'une mémoire traumatique non verbalisée, une "archive muette" où s'inscrivent les traces de l'effraction psychique, sans possibilité d'élaboration.

D'un point de vue plus métapsychologique, cette absence de symbolisation du corps s'apparente à ce que Tuil (cité par Hamidi, 2014) appelle une défense contre le vécu

d'impuissance, où le sujet préfère se maintenir dans un espace imaginaire sans temporalité ni limites, plutôt que de faire face à la séparation et au réel de la souffrance. Sara, par son errance, son désinvestissement corporel, sa passivité apparente, cherche paradoxalement à se préserver d'un monde extérieur vécu comme insupportable. Elle ne sort plus, refuse les contacts, mais reste dans une forme de vigilance corporelle, comme si son corps risquait à tout moment d'être envahi, agressé ou abandonné à nouveau.

Le corps, dans la clinique de Sara, apparaît donc désymbolisé, non approprié, menacé dans ses limites. Il ne constitue pas un point d'appui pour le sentiment d'existence, mais au contraire un lieu de vulnérabilité extrême. Les soins somatiques (traitement du diabète, suivi gynécologique) sont eux-mêmes intégrés dans une logique de survie plutôt que de soin psychique : elle accepte les prescriptions, mais sans investir ces gestes comme partie d'une démarche de restauration de soi.

Enfin, cette désafférentation corporelle peut être lue en lien direct avec l'histoire infantile de Sara : l'absence de soins maternels, les violences intrafamiliales, la carence affective précoce. Pankow, puis Pelsser (2006), ont montré combien le schéma corporel se construit dans la relation aux figures parentales primaires. Or, chez Sara, ce socle relationnel est profondément lacunaire, voire traumatique. L'image du corps s'est formée sans miroir, sans regard contenant, sans espace d'adresse. Ce corps laissé aux autres n'a pu devenir un corps "propre" ; il reste un corps sans dedans, à disposition du monde, morcelé, silencieux, parfois même "disparu".

Dans une telle perspective, l'accompagnement psychique de Sara implique une reconstruction progressive d'une enveloppe psychique, un travail de "re-colonisation symbolique" du corps. Cela passe par des gestes simples, constants, respectueux des limites : être là, accepter le silence, maintenir une régularité, faire du cadre une peau psychique de substitution. L'enjeu n'est pas d'abord la parole, mais la présence contenant, la lente élaboration d'un espace où le corps puisse, peu à peu, cesser d'être uniquement un lieu de passage, pour redevenir un lieu d'inscription subjective.

4. L'organisation psychique à l'épreuve du lien maternel

4.1. Le clivage maternel comme miroir de son économie psychique

Dans le discours de Sara, le lien à ses deux filles, Mya et Lina, est marqué par une différence de traitement frappante, révélant un clivage maternel qui résonne comme un écho profond à sa propre organisation psychique. Mya, l'aînée, est régulièrement évoquée, valorisée, objet de fierté, tandis que Lina, la cadette, est absente du récit, reléguée au silence, décrite comme "non désirée", "intenable", "difficile à gérer". Il faut je questionne activement Sara pour que Lina soit mentionnée, et encore, dans des termes qui expriment à la fois le rejet et le désengagement affectif.

Ce clivage dans l'investissement maternel ne doit pas être interprété comme un simple désintérêt, mais plutôt comme un indicateur clinique structurant du fonctionnement psychique de Sara. Il constitue une défense contre l'effondrement : pour ne pas être submergée par la culpabilité, l'angoisse ou l'ambivalence maternelle, Sara compartimente psychiquement les représentations de ses filles. Elle protège ainsi un lien idéalisé avec Mya, sans doute plus facilement tolérable car s'étant construit avant sa rupture conjugale et dans un contexte moins chaotique ; et elle relègue Lina à l'irreprésentable, au non-intégrable.

Ce clivage peut être lu à la lumière des théories kleinienne sur la position schizo-paranoïde, dans laquelle le sujet ne parvient pas à tolérer les aspects ambivalents d'un même objet, et scinde l'objet en "bon" et "mauvais" pour éviter une angoisse de persécution. Ici, Mya représente l'enfant "bonne", valorisable, source d'identité maternelle narcissiquement soutenant ; tandis que Lina concentre la charge pulsionnelle insoutenable, l'enfant "mauvaise", liée à une grossesse non désirée, à un vécu d'abandon, à une séparation dès la naissance.

Ce clivage dans la maternité fait écho à celui que Sara reproduit dans ses relations aux professionnels : il y a ceux à qui elle parle, ceux à qui elle ne parle pas ; ceux en qui elle dit avoir confiance, et ceux qu'elle tient à distance. Cette logique binaire semble constitutive de son économie défensive, où seule une organisation psychique clivée permet de contenir le chaos interne. Elle fonctionne comme un filtre archaïque, nécessaire à la survie psychique, mais au prix d'une fragmentation du lien et d'une grande instabilité relationnelle.

Ce mécanisme de clivage n'est pas un phénomène ponctuel mais une structure défensive plus générale, révélatrice de la difficulté de Sara à intégrer les expériences contradictoires. Ce

qui est bon doit être totalement séparé de ce qui est mauvais, sans possibilité de les relier, de les penser ensemble. Or, ce fonctionnement défensif s'enracine dans une histoire marquée par des ruptures précoces, des traumatismes non symbolisés et une absence de continuité affective dans le lien maternel originaire, ce que Ciccone et Lhopital (2019) nomme l'échec de la "symbiose normale".

4.2. Réflexion sur les effets de carences à l'enfance

L'histoire de Sara est traversée par des carences précoces massives : la perte de sa mère à trois ans, un père violent et absent, un placement à six ans, une absence de lien familial stable. Ces événements constituent un environnement de désaffiliation primaire, dans lequel les fondations de la subjectivation – le regard, la parole, le soin, le rythme – ont été gravement altérées.

Dans la perspective de la psychanalyse du développement, notamment chez Winnicott, une telle enfance sans "soutien de l'environnement" peut entraîner une crainte d'effondrement psychique constante. Sara ne dispose pas de base intérieure stable à partir de laquelle se représenter comme sujet. Le sentiment d'être soi reste fragile, toujours menacé par le vide, par l'angoisse de ne pas exister pour l'autre, ou d'être abandonnée. Cette insécurité ontologique se traduit cliniquement par son besoin d'être rassurée, contenue, reconnue, mais aussi par sa difficulté à maintenir un lien stable, à supporter la frustration, ou à se projeter dans l'avenir.

La manière dont Sara évoque l'abandon par sa mère, qu'elle ne comprend pas, qui "brûle en elle", révèle une blessure primitive, une perte d'objet primaire non élaborée, susceptible de s'inscrire dans une tonalité mélancolique. Elle exprime un désir de mort persistant, un "vide", un "plus rien", signes d'un travail de deuil non symbolisé, d'une perte restée à l'état brut. Comme l'écrit Douville, ces carences précoces, lorsqu'elles ne sont pas reliées à une parole signifiante, peuvent entraîner une "mélancolisation du lien social", c'est-à-dire un désinvestissement profond des relations et une difficulté à s'inscrire dans une filiation.

L'absence de mère réelle ou symbolique, l'impossibilité de s'appuyer sur une transmission maternelle, ne permettent pas à Sara d'incarner sereinement la fonction maternelle à son tour. Son ambivalence maternelle, son désengagement à l'égard de Lina, s'enracinent dans cette absence d'inscription dans une lignée féminine symbolisante. Le désir d'enfant semble avoir été, à certains moments, une tentative de réparation narcissique, voire une tentative

de réappropriation de son statut de sujet féminin, mais ce désir est resté clivé, partiel, non symbolisé. Cela éclaire aussi pourquoi Sara semble vouloir prouver à tout prix à sa famille qu'elle est "une bonne mère", sans parvenir à s'approprier cette fonction autrement que sur un mode de performance extérieure.

5. Ouverture

A mon arrivée dans le service, le diagnostic de psychose avait été posé par l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec l'histoire de la patiente et les éléments cliniques alors observés. Plusieurs signes venaient soutenir cette hypothèse diagnostique. La patiente présentait un discours par moments désorganisé, ponctué de propos à tonalité persécutive difficilement accessibles à la remise en question. Son regard fuyant, la difficulté à établir un contact oculaire stable, son retrait relationnel ainsi que l'impossibilité de s'inscrire dans une triangulation venaient également illustrer un rapport altéré à l'autre et à la réalité.

Sur le plan comportemental, je relevais une négligence marquée de l'hygiène et de l'apparence, une perte d'initiative, un manque d'élan vital et de motivation, qui contribuaient à une impression globale de désinvestissement de soi et de l'environnement. La patiente présentait par ailleurs un antécédent d'hospitalisation pour décompensation psychotique, élément à prendre en compte dans la compréhension globale de son parcours et de son fonctionnement.

Cependant, certains éléments cliniques recueillis au cours de l'accompagnement m'ont amenée à questionner la seule hypothèse psychotique et à envisager d'autres pistes, notamment du côté d'une organisation de type état limite. Le vécu abandonnique, la dimension fluctuante de l'humeur, la réactivité émotionnelle intense, l'impulsivité, mais également l'instabilité dans le lien à l'autre venaient interroger le cadre initial. Le rapport de la patiente aux figures de soin apparaissait ambivalent, oscillant entre idéalisation et rejet, et la dynamique transférentielle s'accompagnait de manifestations peur d'abandon, parfois suivies de ruptures brutales du lien.

Le recours fréquent au clivage comme mécanisme de défense, observé tant dans le discours que dans les attitudes de la patiente, pouvait être envisagé à la croisée des deux structures psychiques : à la fois comme un indicateur d'un mode de défense archaïque que l'on retrouve dans les états limites, et comme une manifestation possible d'un fonctionnement psychotique.

Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, je me suis appuyée sur le diagnostic de psychose déjà posé par l'équipe soignante, afin de structurer mon analyse et ma compréhension clinique. Toutefois, au fil de mon travail d'observation et de réflexion, certaines manifestations cliniques m'ont amenée à interroger cette hypothèse initiale et à envisager d'autres pistes, notamment celle d'une organisation de type état limite. Sans chercher à poser un nouveau diagnostic, cette réflexion ouvre une perspective complémentaire qui pourrait mériter d'être explorée dans une démarche d'approfondissement du cas.

Synthèse :

L'analyse met en évidence l'errance de Sara non comme un simple fait social, mais comme une défense psychique face à l'angoisse de désorganisation. Elle apparaît comme une tentative d'auto-préservation face à un monde vécu comme menaçant. Son rapport à l'autre oscille entre retrait méfiant et appels implicites, illustrant une ambivalence que l'on peut retrouver dans la psychose. Le corps, quant à lui, est vécu comme étranger et morcelé, lieu d'intrusion plutôt que d'investissement personnel, dans une logique défensive issue de traumatismes précoces et d'un défaut de symbolisation. Le clivage maternel entre ses deux filles reflète cette organisation psychique fragmentée et défensive. Enfin, si le diagnostic de psychose posé reste pertinent, des éléments observés laissent entrevoir des traits d'organisation limite, suggérant une approche clinique nuancée, attentive aux dynamiques transférentielles et aux défenses archaïques à l'œuvre dans ce parcours complexe.

Conclusion

Ce mémoire a permis d'interroger, à partir du cas clinique de Sara, les manifestations et fonctions de l'errance dans la psychose contemporaine, particulièrement dans un contexte de précarité sociale et résidentielle. À travers l'observation clinique et l'analyse théorico-clinique conduite au sein de l'EMPP, plusieurs éléments ont pu être mis en lumière et questionnés, à la fois sur le plan psychopathologique, institutionnel et transférentiel.

L'un des apports majeurs de ce travail réside dans la compréhension de l'errance non plus comme une simple conséquence sociale ou un symptôme comportemental, mais comme un véritable agencement psychique défensif. Cette errance, qu'elle soit géographique, relationnelle ou psychique, apparaît chez Sara comme une tentative de maintien d'une cohérence interne précaire, face à un monde ressenti comme persécuteur et à une angoisse

archaïque d'effondrement. Cette lecture, étayée par les travaux de Furtos (2008), Roussillon et Hamidi (2014), permet de restituer à l'errance une valeur de survie psychique dans des contextes où les repères symboliques et sociaux sont absents ou devenus inopérants.

Par ailleurs, l'analyse du lien à l'autre chez Sara a mis en évidence des modalités relationnelles ambivalentes, marquées par un clivage affectif et une oscillation constante entre retrait et appel implicite. Cette configuration relationnelle complexe a résonné avec les travaux de Klein, Kernberg et Heimann sur les mécanismes psychiques à l'œuvre dans la psychose, et a souligné l'importance d'un cadre clinique souple et adaptable dans la prise en charge des patients en situation d'exclusion.

Le travail effectué auprès de Sara a également permis d'observer la manière dont le corps psychotique, désinvesti et vécu comme étranger, constitue un lieu d'intrusion et de mémoire traumatique, rejoignant les concepts de corps morcelé de Pankow et de dissociation affective post-traumatique (Douville, 2012). Enfin, la dimension maternelle dans ce cas clinique, marquée par un clivage dans l'investissement de ses deux enfants, a offert un éclairage supplémentaire sur la structuration psychique de Sara, en lien avec des carences précoces majeures et une absence d'inscription dans une filiation symbolisante.

Plusieurs limites traversent ce mémoire et méritent d'être exposées. Tout d'abord, la dimension institutionnelle dans laquelle s'est inscrit ce suivi constitue à la fois une richesse clinique et une limite. Le dispositif de l'EMPP, centré sur des interventions mobiles, dans des espaces parfois partagés (colocations d'urgence, foyers), rend difficile l'installation d'un cadre thérapeutique contenant et structuré. Cette caractéristique a nécessairement influencé le processus d'alliance thérapeutique, particulièrement dans le cas de Sara, où mon arrivée tardive en tant que personne tierce a complexifié la mise en place d'un lien de confiance. Les premiers entretiens ont été marqués par une absence de regard, des silences et un refus de s'adresser à moi, ce qui a contraint à une prudence et une souplesse permanente dans l'amorce de la relation. Cet enjeu du cadre souple, mouvant et partiellement informel, est souligné par Fliege (2007) et par les praticiens de la psychothérapie institutionnelle comme Salomé (2017) qui rappellent combien le transfert dans la psychose, s'il existe, se constitue souvent dans un cadre collectif et à travers les figures multiples de l'équipe.

De plus, comme l'évoque Salomé (2017), l'approche thérapeutique des sujets psychotiques repose idéalement sur une institution contenant et structurante, permettant de

jouer sur les effets transférentiels globaux et de soutenir une fonction de pare-excitation collective. Or, l'intervention mobile de l'EMPP ne permet pas de bénéficier de cette structuration institutionnelle constante. L'absence d'un cadre spatial et temporel fixe sur la totalité de l'accompagnement a pu rendre difficile l'inscription symbolique des rendez-vous et la régularité du suivi psychique, pourtant essentielle dans la clinique des psychoses.

Un autre point de limite concerne le positionnement contre-transférentiel de l'analyste. Le cadre mouvant et la grande précarité de la patiente ont rendu complexes la contenance des éprouvés transférentiels et la lecture des mouvements psychiques en jeu. Le travail à domicile, souvent considéré comme un lieu « hors-cadre » (Fliege, 2007), expose le soignant à des éprouvés violents, à des positions d'impuissance, et à des effets de clivage, particulièrement dans les situations psychotiques. Si la psychothérapie institutionnelle théorise précisément ces phénomènes (Azoulay, 1996, cité par Salomé, 2017 ; Salomé, 2017), leur gestion en milieu précaire et hors institution stable reste encore peu balisée.

Par ailleurs, si l'errance de Sara a été principalement analysée à partir d'une hypothèse psychotique, certaines manifestations cliniques évoquaient aussi des traits d'organisation limite. L'instabilité affective, les oscillations rapides dans la relation, l'utilisation massive du clivage et le rapport ambivalent aux figures de soin pourraient également s'inscrire dans un fonctionnement borderline.

Ainsi, ces différentes limites invitent à une prudence dans la compréhension de ce travail, mais elles soulignent également, dans une perspective constructive, l'intérêt de continuer à interroger les modalités de prise en charge psychique des sujets psychotiques en situation de précarité, hors cadre institutionnel classique. Comme le rappellent Fliege (2007) et les tenants de la psychothérapie institutionnelle, ces situations « hors-cadres » obligent à repenser les dispositifs thérapeutiques et à adapter les modèles psychanalytiques aux réalités sociales et subjectives des patients.

Pour ma dernière année de Master, je fais le choix d'intégrer le Master 2 « Psychologie du traumatisme, parcours et contextes cliniques » qui s'inscrit comme une continuité logique et construite de mon parcours universitaire et de mes expériences de terrain. L'ensemble des situations cliniques auxquelles j'ai été confrontée, et plus particulièrement le suivi de Sara dans le cadre de ce mémoire, a confirmé mon intérêt profond pour la compréhension des effets

psychiques des traumatismes et des carences précoces sur les sujets en grande vulnérabilité, ainsi que pour les approches thérapeutiques adaptées à ces contextes complexes.

L'observation du fonctionnement psychique de Sara m'a permis de saisir à quel point les traumatismes cumulatifs peuvent désorganiser durablement les capacités de symbolisation et d'investissement relationnel. Or, ces situations se retrouvent fréquemment chez les personnes en situation d'errance et de précarité sociale, un contexte où les manifestations psychotiques s'entrelacent souvent avec des vécus traumatiques complexes. La clinique de l'exclusion et de la précarité, dans laquelle j'ai évolué lors de ce stage, constitue un terrain privilégié pour observer ces articulations. C'est précisément ce que le parcours de M2 « Psychologie du traumatisme » permet d'approfondir, en offrant une formation théorique et clinique centrée sur les mécanismes psychotraumatiques et leurs manifestations dans des contextes variés.

Le choix de ce parcours de M2 répond également à un besoin personnel de développer des compétences spécifiques en psychotraumatologie, qui me permettront de mieux repérer et prendre en charge les manifestations traumatiques souvent dissimulées sous des diagnostics psychiatriques plus visibles, comme cela a pu être le cas avec Sara. De plus, mon projet professionnel s'oriente vers la psychiatrie, les dispositifs d'accompagnement des personnes précaires et la prise en charge psychothérapeutique des traumatismes. Mes expériences de stages passés ont consolidé cette orientation et m'ont permis de comprendre les enjeux cliniques et éthiques spécifiques à ces contextes. Le Master 2 « Psychologie du traumatisme » représente ainsi une opportunité de poursuivre cette spécialisation, d'approfondir les dispositifs thérapeutiques adaptés à ces populations, et de m'inscrire dans des projets institutionnels ou associatifs travaillant à l'articulation entre santé mentale, précarité et trauma.

Bibliographie

- Barfety-Servignat, V. (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 95-113). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0095>
- Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2021). Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. In *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 21-33). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0021>
- Bydlowski, M. (2008a). 1. Le désir d'enfant au féminin et sa relation à l'inconscient. *Le fil rouge*, 6, 63-89.
- Bydlowski, M. (2008b). 2. Transparence psychique due à la grossesse. Attraction par l'objet interne. *Le fil rouge*, 6, 91-103.
- Bydlowski, M., & Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation: *Le Carnet PSY*, n° 63(3), 30-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.063.0030>
- Cazas, O. (2007). Femmes psychotiques et maternité : Quels risques pour l'enfant? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35(10), 1055-1059. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.07.031>
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2019). Chapitre 6. Au sujet de la symbiose. Une peau commune. *Psychismes*, 3, 151-164.
- Colin, V. (2002). *Psychodynamique de l'errance : traumatisme, fantasmes originaires et mécanismes de périphérisation topique* [Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2].
- Fliege, F. (2008). La prise en charge psychanalytique d'un sujet psychotique, en situation de marginalité sociale : Réflexions théoriques et praxéologiques sur la psychanalyse « hors les

murs » à l'épreuve de la psychose. *Connexions*, n° 88(2), 221-244.

<https://doi.org/10.3917/cnx.088.0221>

Fontaine, P. (2014). La psychose et les frontières de la folie: *Recherche en soins infirmiers*, N° 117(2), 8-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.117.0008>

Furtos, J. (2008). Le syndrome d'auto-exclusion. In *Les cliniques de la précarité* (p. 118-133). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70450-5.50011-5>

Hamidi, Z. (2014). *Vers une conceptualisation métapsychologique de l'errance psychique comme dynamique adaptative du sujet* [Thèse de doctorat, Université Nice].

Humphreys, D. (2023). *En rue : Trajectoires psychiques et dispositifs cliniques de l'exclusion*. Étude.

Klein. *Le transfert de la relation d'objet* | Cairn.info. (s. d.). Consulté 16 avril 2025, à l'adresse <https://shs.cairn.info/histoire-du-traitement-des-psychose--9791034603930-page-127?lang=fr>

Michaud, G. (2005). 4. La psychose :. Freud, Lacan, Leclaire, Pankow. *La clinique du transfert*, 121-154.

Monnier, D. (2017a). Kernberg. Le transfert média. *Psychanalyse*, 197-218.

Monnier, D. (2017b). Klein. Le transfert de la relation d'objet. *Psychanalyse*, 127-154.

Pelsser, R. (2006). Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 80-96. <https://doi.org/10.7202/030212ar>

Richwin, I. F., Lindenmeyer, C., & Celes, L. A. M. (2022). De l'errance psychique à la solution toxicomaniaque: *Corps & Psychisme*, N° 79(2), 113-128.

<https://doi.org/10.3917/cpsy2.079.0116>

Roussillon, R. (2014). *L'errance identitaire*. ReneRoussillon.

<https://www.reneroussillon.com/lerrance-identitaire/>

Salomé, F. (2017). Chapitre 3. Prises en charge des psychoses. *Psycho Sup*, 73-104.

Vacheron, M.-N., Ducroix, C., & Choudey, M. (2008). Du désir d'enfant au désir de l'enfant :

Particularités chez la femme atteinte de trouble psychotique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(8), 506-511. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.07.001>

Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations

mère-enfant : Une revue de la littérature : *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, N° 6(1), 5-27. <https://doi.org/10.3917/cnmi.171.0005>

Résumé

Ce mémoire s'appuie sur l'étude de cas clinique de Sara, jeune femme psychotique en situation de grande précarité psychique et sociale, pour interroger l'errance dans la psychose. Loin d'être un simple désordre, cette errance est pensée comme une tentative d'auto-préservation face à la défaillance du lien à l'autre, au corps et au symbolique. À travers une démarche clinique et une lecture métapsychologique, le travail explore les manifestations symptomatiques de Sara comme des formes de défense face à l'effondrement du cadre interne. L'analyse met en lumière la valeur défensive de cette errance et souligne l'importance de dispositifs thérapeutiques souples permettant une reprise subjective là où le lien a failli. Ce mémoire offre ainsi une contribution à la compréhension des formes contemporaines de la psychose.

Mots-clés : Psychose, errance, précarité psychique, lien, auto-préservation

Summary

This thesis is based on the clinical case study of Sara, a young woman experiencing severe psychological and social precarity, to explore the concept of wandering in psychosis. Far from being a mere disorder, this wandering is considered a strategy of self-preservation in response to the breakdown of connections with others, with the body, and with symbolic frameworks. Through a clinical approach and a metapsychological reading, the work examines Sara's symptomatic manifestations as defensive mechanisms against the collapse of her internal structure. The analysis highlights the defensive value of this wandering and emphasizes the importance of flexible therapeutic frameworks that can restore a sense of subjectivity where relational bonds have failed. This thesis thus contributes to the understanding of contemporary forms of psychosis.

Key words : Psychosis, wandering, psychic precariousness, bond, self-preservation