

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

L'évolution psychiatrique

et également disponible sur www.elsevier.com

À propos de...

À l'écoute du patient : la dimension psychique du soin hospitalier.
À propos de... « Vie psychique à l'hôpital : Modèles de recherche et pratiques cliniques » sous la direction de Karl-Leo Schwering et François Villa^{*}

Voskan Kirakosyan  (Maître de conférences en psychopathologie clinique)^{*}

UR CLIPSYD-A2P, université Paris Nanterre, avenue de la République, 92001 Nanterre cedex, France

1. Introduction

Selon la synthèse publiée en 2022 sur l'état de santé en France, environ 35 % de la population française, soit 20 millions de personnes sont concernées par une maladie, dont 10 millions bénéficient d'une prise en charge de longue durée¹. L'hôpital reste le principal lieu de soin, marqué notamment par l'approche biomédicale du corps malade et souffrant. Ce modèle biomédical, nécessaire pour le soin et/ou la guérison, repose sur les critères d'efficacité, de protocolisation et de mesures, ayant tendance à réduire le sujet à un organisme à traiter. Une autre dimension du soin – tout aussi essentielle – celle de la relation, de la subjectivité, du vécu psychique des patients, des soignants et des institutions est souvent reléguée en arrière-plan. Pourtant, les enjeux liés à la souffrance psychique, aux interactions intersubjectives et aux dynamiques institutionnelles occupent une place importante dans la prise en charge des malades. C'est précisément cette part invisible que les psychologues hospitaliers d'orientation psychanalytique et les psychanalystes cherchent à comprendre et à soutenir. Cet écart entre l'objectif de guérison et la reconnaissance de la complexité psychique du sujet peut être expliqué en faisant référence aux concepts de cure et de care. Le cure implique le soin médical, basé sur la maladie biologique afin de la traiter, réparer ou guérir. En revanche, le care renvoie à une modalité de présence, avec l'environnement holding et l'attention contenante, qui donne au malade le sentiment de sécurité pour parler et élaborer. Le care ne cherche pas à guérir, mais à contenir ; sa visée n'est pas la résolution, mais plutôt l'émergence. Autrement dit, le psychologue par sa présence favorise l'émergence des processus psychiques et permet au sujet de déployer ce qui ne peut pas être directement formulé. Il s'agit ici d'éléments inattendus et qui ne s'expliquent pas toujours : un geste, un mot, une absence, un refus, un trouble ou encore un mal-être qui ne trouve pas d'explication, une souffrance sans parole, un symptôme qui persiste, une angoisse sans réelle cause, un silence chargé d'émotion, un débordement affectif, etc. Ces éléments soulignent que l'hôpital ne soigne pas seulement des corps, mais aussi et avant tout des sujets, avec leur histoire, leurs conflits, leurs fantasmes, leurs peurs parfois archaïques et leurs défenses. C'est là que l'inconscient se manifeste, comme ce qui agit en chacun d'entre nous, sans que nous en ayons véritablement conscience.

Cependant, l'inconscient n'est pas quelque chose que l'on « soigne » directement : il émerge, se déploie, se manifeste dans un espace à condition qu'un cadre sécurisant, une présence, une attention le permettent. Ces espaces ne sont pas de simples rencontres ; il s'agit d'une rencontre clinique qui se fait souvent dans les espaces relationnels non « prescrits médicalement », où le psychologue ne s'engage pas comme un expert du psychisme, mais plutôt comme une tierce personne, attentive à ce qui se dit

^{*} Auteur correspondant.Adresse e-mail : v.kirakosyan@parisnanterre.fr.^{*} Schwering KL, Villa F. Vie psychique à l'hôpital : Modèles de recherche et pratiques cliniques. Paris : Doin ; Institut la Personne en médecine ; 2024. 242 p. [1].¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>.<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2025.11.001>

Reçu le 29 avril 2025; Accepté le 2 novembre 2025

Disponible en ligne xxx

0014-3855/© 2026 L'Auteur. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

entre, dans et à travers la parole, à ce qui se joue dans les relations. Ces rencontres sont marquées par le transfert, puisque le patient, souvent sans le savoir, rejoue quelque chose de ses liens passés, de ses attachements, de ses blessures. En réponse, cette dynamique engage aussi le psychologue par son propre contre-transfert, car il est toujours affecté par ce qu'il entend, ce qu'il ressent, ce qu'il vit dans la relation à son patient.

Dans l'univers hospitalier, où l'urgence et la souffrance sont au premier plan, grâce à ces rencontres cliniques, sous différentes formes (uniques, régulières, ponctuelles, travail psychothérapeutique), le psychologue doit et peut permettre au sujet de se sentir entendu, reconnu et soutenu. Il doit être disponible pour accueillir la parole, favorisant l'expression de ce qui pourrait rester enfoui dans le corps, dans les profondeurs de l'inconscient. Le psychologue peut alors comprendre et accompagner le patient et son entourage, en contenant, pensant et symbolisant ce qui circule dans les liens.

Mais au-delà de ces rencontres cliniques, le psychologue prend aussi d'autres places dans l'univers hospitalier. Il peut s'engager dans une recherche, prenant une posture de clinicien-chercheur : il ne cherche pas seulement à décrire ou à expliquer de l'extérieur, mais reste pleinement ancré sur le terrain, construisant la recherche avec les équipes soignantes. Enfin, le psychologue peut aider à comprendre ou à réfléchir sur le fonctionnement hospitalier, marqué par plusieurs processus inconscients.

La vie psychique ne se limite donc pas aux malades, elle traverse également les soignants, les services et l'institution elle-même. L'hôpital, loin d'être un simple lieu de soin médical, est un lieu habité par des représentations, des angoisses, des défenses collectives et des fantasmes partagés, qui influencent profondément les pratiques, les relations et les décisions. Penser la vie psychique à l'hôpital, c'est donc reconnaître que le travail émerge de la pratique clinique et de la recherche. Cette vie psychique trouve ses origines dans les relations entre le malade, son entourage et les soignants, ainsi que dans les dynamiques institutionnelles.

L'ouvrage « *Vie psychique à l'hôpital : Modèles de recherche et pratiques cliniques* », dirigé par Karl-Leo Schwering et François Villa [1] s'inscrit précisément dans cette tension entre l'approche technique du soin et la vie psychique souterraine.

2. Présentation de l'ouvrage « Vie psychique à l'hôpital : Modèles de recherche et pratiques cliniques »

Paru dans la collection « La Personne en médecine » (dir. Céline Lefève et Bernard Pachoud) cet ouvrage s'intègre dans un ensemble de travaux interdisciplinaires croisant sciences humaines et pratiques médicales. Cette collection accueille des recherches novatrices autour de la subjectivité, du soin et des transformations contemporaines de l'hôpital. « La vie psychique à l'hôpital » se distingue par sa focalisation sur les formes concrètes de la vie psychique à l'hôpital, articulant étroitement la recherche et la clinique. Cet ouvrage prolonge ainsi les réflexions en affirmant la spécificité d'une approche psychanalytique du soin hospitalier et en donnant une place centrale à la dimension inconsciente des expériences cliniques et institutionnelles.

Ce livre est composé de vingt chapitres : la première partie est consacrée à la recherche (chapitres 1 à 8) et la seconde à la clinique (chapitres 9 à 20). L'ouvrage réunit alors des cliniciens et de chercheurs qui interrogent la manière dont le psychisme – et en particulier, l'inconscient – est pris en compte, pensé, accueilli ou ignoré dans les institutions hospitalières contemporaines. En rendant visibles les multiples formes de la dimension psychique, l'ouvrage met en évidence la manière dont certains dispositifs cliniques parviennent, malgré les contraintes, à préserver un espace d'écoute et de pensée, tout en ouvrant des voies pour repenser les articulations entre clinique, recherche et institution.

L'avant-propos met en évidence les différentes tensions qui émergent et/ou existent. Selon les auteurs, la tension concerne d'abord l'évolution néolibérale du système hospitalier et l'importance de la prise en compte de la dimension psychique dans les soins. À une époque où les services hospitaliers sont soumis à de fortes contraintes – exigences de rentabilité, protocoles standardisés, gestion du temps et des effectifs – l'aspect psychique du patient comme celui du soignant se trouve souvent en arrière-plan. Cette critique souligne, selon nous, la nécessité de poursuivre la réévaluation de l'hôpital comme lieu de soin global, où les dimensions émotionnelles et psychiques – la subjectivité – déjà reconnues dans certaines pratiques, gagneraient à être davantage intégrées et soutenues par les dispositifs institutionnels. En ce sens, l'ouvrage invite alors à reconnaître la dimension psychique non comme un supplément humanisant, mais comme une composante essentielle du soin.

La tension concerne ensuite la théorie et la pratique clinique dont la séparation continue à persister, ce qui nécessite une remise en question. Les auteurs insistent sur l'idée que la pratique clinique n'existe pas en dehors de la théorie et la théorie ne peut pas se déployer sans une confrontation à la réalité clinique. Les auteurs critiquent cette séparation, en proposant de la dépasser par un travail d'articulation constant. Ainsi, la théorie émerge toujours du travail de recherche, nourrie par l'observation fine du terrain et par la rencontre clinique elle-même. En retour, la théorie offre au clinicien les repères nécessaires pour la souffrance du patient. Dans les deux cas, c'est le psychologue, fort de sa formation et de son implication subjective, qui soutient cette circulation vivante entre élaboration théorique et expérience clinique. À notre sens, c'est dans cette articulation dynamique que se déploie le travail psychique à l'hôpital, permettant de mieux appréhender la complexité psychique des patients, en intégrant la complémentarité entre le care et le cure, entre le corps et la subjectivité, entre la théorie et la clinique.

La première partie de l'ouvrage (chapitres 1 à 8) interroge la place et la légitimité de la recherche psychanalytique à l'hôpital, alors que les exigences de preuve, d'efficacité et de quantification sont largement répandues. D'emblée, pour les auteurs se pose la question de la tension épistémologique : l'un des enjeux centraux de cette première partie réside dans la manière d'articuler la vie psychique – singulière, mouvante et subjective – avec les exigences des méthodes qualitatives. Les auteurs montrent combien il est nécessaire de faire coexister ces deux registres, souvent considérés comme incompatibles. D'un côté, la psychanalyse, perçue comme une méthode périphérique, voire marginale, est souvent considérée comme trop subjective, attentive aux mouvements

inconscients et à la dynamique transférentielle. De l'autre, les méthodes qualitatives, fondées sur la rigueur, à travers des démarches standardisées, systématisées, cherchent à garantir la validité, la fiabilité et la transparence du processus de recherche, tout en considérant la réflexivité du chercheur. De plus, la subjectivité du clinicien peut entrer en conflit avec l'objet de la recherche : passer d'une approche centrée sur le patient à une approche scientifique pose la question de sa neutralité et de son implication. Celui-ci doit savoir mettre de côté sa posture clinique et adopter celle du chercheur acceptant de renoncer à toute prétention thérapeutique, de prendre en compte les subjectivités (la sienne, celle des patients), ainsi que les questions éthiques. Ces chapitres nous plongent ainsi dans les coulisses de la recherche pour comprendre toutes ces difficultés et ces questionnements auxquels sont confrontés le chercheur en psychologie et/ou le clinicien-chercheur, mais aussi les avantages, la richesse, la créativité, la souplesse, l'adaptation et la réflexion qu'ils mobilisent pour les dépasser, en favorisant leur cohabitation sans que l'un n'écrase l'autre.

Pour ce faire, les auteurs s'appuient sur un socle interdisciplinaire commun, conçu comme une condition épistémologique permettant de dépasser les frontières disciplinaires pour faire dialoguer les cadres conceptuels de la psychanalyse avec les démarches inductives issues des sciences sociales. Par exemple, la psychanalyse et la psychologie clinique à travers leurs interactions avec d'autres domaines telles que la sociologie, l'anthropologie et les sciences médicales aideraient à enrichir les connaissances sur les expériences psychiques des patients et à mieux comprendre les dynamiques institutionnelles, les enjeux sociaux. L'interdisciplinarité peut faire cohabiter la psychanalyse avec d'autres sciences et méthodes dans une approche ouverte au dialogue permettant à chaque discipline d'apporter ses éclairages spécifiques pour enrichir la compréhension des processus psychiques. Les auteurs montrent la manière avec laquelle ils vont au-delà de leur simple juxtaposition pour co-construire des connaissances prenant en compte des perspectives diverses et parfois opposées, dans leur complémentarité. Le dialogue de la psychanalyse avec d'autres disciplines et méthodes favorise la production des connaissances situées dans un contexte donné. Plusieurs exemples illustrent concrètement cette démarche.

Le chapitre 4 décrit un travail de « double culture » entre psychanalyse et médecine, mobilisant la théorisation ancrée (TA) pour étudier les expériences subjectives des patients hospitalisés : cette approche qualitative, rigoureuse et ouverte, permet d'articuler les données issues du terrain à des concepts psychanalytiques, tout en maintenant une posture de co-construction avec les équipes médicales. Le chapitre 8, consacré à une méthodologie hypothético processuelle (une démarche dans laquelle la recherche se construit pas à pas, à partir des processus observés) appliquée à des patients présentant des troubles de conversion, illustre également cette dynamique interdisciplinaire. En intégrant la réflexion psychanalytique à des questionnements issus des neurosciences et de la médecine somatique, le chercheur peut répondre à des préoccupations pratiques des cliniciens, ancrées sur le terrain. Les auteurs insistent alors sur la nécessité pour le chercheur de prendre un certain recul afin de ne pas réduire la diversité et la complexité de la clinique à des catégories théoriques préexistantes, ce qui pourrait altérer la richesse, les nuances et les spécificités des phénomènes observés. Le recul est aussi nécessaire pour intégrer les principes psychanalytiques, déjà évoqués, dans la structure de la recherche. En fin de compte, la difficulté est double : saisir à la fois la complexité des phénomènes psychiques observés, et expliquer, analyser ces phénomènes avec une méthodologie inductive qui respecte les exigences de la recherche clinique. Il s'agit d'être à la fois impliqué dans la rencontre clinique et suffisamment distancié pour transformer cette expérience en matériau de recherche.

En ce sens, il s'avère essentiel, selon nous, que la psychanalyse et les approches qualitatives ne soient pas simplement des méthodes de compréhension subjective distinctes, mais qu'elles puissent produire des résultats qui soient généralisables et validés dans un environnement clinique, au plus près des patients, de leurs proches et de leurs préoccupations. L'introduction de la psychanalyse dans la recherche hospitalière suscite des tensions épistémologiques qu'il est nécessaire de dépasser. Il est important de penser la vie psychique à l'hôpital dans un dialogue continu entre théorie, clinique, méthode et disciplines, dont le but est moins de prouver que de comprendre.

Dans la seconde partie du livre, les chapitres de 9 à 20 se consacrent à la grande diversité de situations cliniques, mettant en avant le travail du psychologue face aux exigences des soins médicaux en milieu hospitalier. Ces chapitres explorent les différentes formes de travail psychothérapeutique et la diversité des dispositifs cliniques d'accompagnement et de suivi auprès des patients gravement malades (tout âge et toute pathologie) et de leurs proches. Ces situations concernent un large éventail de contextes hospitaliers : des patients grands brûlés (chap. 9) aux femmes atteintes d'un cancer du sein (chap. 15), des soins de réanimation (chap. 17) aux adieux et aux deuils hospitaliers (chap. 19). Toutes ces situations, parmi d'autres, sont traversées par des questions éthiques liées à la souffrance et à la mort, ainsi que par la manière dont la psychologie clinique psychanalytique peut accompagner ces situations extrêmes. Confrontés eux-mêmes à des enjeux émotionnels et éthiques liés à la maladie grave et à la fin de vie, l'accompagnement des soignants dans ces moments est aussi une question centrale. À travers cette diversité, l'ouvrage souligne la plasticité du psychologue hospitalier, capable d'ajuster sa posture et ses dispositifs selon les temporalités du soin, les contraintes liées au temps, aux ressources et à l'urgence, aux équipes impliquées et à la singularité de chaque rencontre.

Ces chapitres interrogent la demande, qui est tantôt explicite, tantôt implicite. Elle est souvent influencée par des facteurs complexes, tels que la douleur, la souffrance, la peur de la mort ou des décisions médicales difficiles. La demande peut aussi être sous-tendue par des dynamiques de pouvoir, à la fois dans une dépendance ou dans une résistance. Autrement dit, il est classique d'assister dans les services hospitaliers à la prescription d'une rencontre avec « le psy » (ce serait bien de voir un psy), alors que le patient ne le souhaite pas, ou n'a pas de demande. Cette prescription suppose à notre sens l'incapacité des soignants ou leur difficulté à gérer la souffrance de leur patient. Inversement, l'ouvrage montre combien le patient peut être dans une résistance de rencontre, parce que cela suppose de se livrer, de parler de soi. Finalement parler voudrait dire rendre visible sa souffrance psychique, d'en prendre conscience et de commencer à la traiter. La résistance est donc un moyen de protection et

un obstacle à la rencontre. Mais, les auteurs éclairent la manière dont le psychologue peut clarifier la demande, cherchant à comprendre ses enjeux sous-jacents et à répondre aux besoins psychiques du patient tout en respectant ses souhaits et ses soins médicaux.

Un point important qui guide la réflexion de ces chapitres renvoie aux enjeux éthiques liés à la prise en charge des patients gravement malades en fin de vie et de leurs proches, ce qui nécessite une grande sensibilité à l'expérience de chacun et à la dynamique familiale. Autrement dit, le patient a ses propres souhaits de rencontre ou de refus avec le psychologue, qui doit naviguer entre le respect du consentement du patient et le soulagement de sa douleur. La famille a le plus souvent d'autres attentes et préoccupations, ce qui complique davantage la situation. Donc la tension émerge entre l'individuel (le patient) et le collectif (la famille, les soignants) et le psychologue doit la gérer tout en étant sensible à la fois aux souffrances individuelles et aux besoins collectifs.

Un autre point important dans ces chapitres est la continuité entre la dimension corporelle de la maladie et la vie psychique. Les patients gravement malades sont souvent confrontés à des transformations de leur corps – désormais fragile et vulnérable – qui bouleversent leur identité, leur relation à eux-mêmes et au monde. La diversité des situations cliniques témoigne combien les souffrances physiques peuvent désorganiser les capacités d'élaboration des patients. Les auteurs montrent comment le psychologue, prêtant une attention particulière à l'impact des traitements médicaux, peut appréhender les effets somatiques de la maladie sur la subjectivité du patient. Cette problématique est d'autant plus vraie que parfois les soins imposent une « séparation » entre le corps et le psychisme : une désorganisation, voire un éclatement de l'unité somatopsychique. La véritable question à laquelle le psychologue doit répondre et réfléchir est de maintenir, dans la maladie, un espace pour l'intimité, la subjectivité du patient. Par exemple, le chapitre 14 approfondit cette problématique en montrant comment la greffe, en prolongeant la vie biologique, confronte le patient à l'étrangeté de son propre corps. Le psychologue accompagne alors ce travail de réappropriation, aidant le sujet à réinscrire cette transformation somatique dans une continuité psychique et narrative. À l'inverse, le chapitre 9, illustre comment, auprès des patients grands brûlés, l'acte de soin corporel devient un espace d'élaboration psychique « du pansement à la pensée ». À travers le geste technique du pansement, la parole peut circuler, permettant une mise en sens progressive de la douleur et des atteintes corporelles. Cette approche, menée en collaboration étroite avec les soignants, montre comment la co-construction interdisciplinaire du soin permet de relier le corps et la psyché, le cure et le care, dans une perspective véritablement clinique.

Un autre point traité est celui de la temporalité. La maladie détermine le rythme de la vie quotidienne du patient : l'entrée et la sortie à l'hôpital, les traitements, l'attente des résultats, des examens, de la greffe, l'évolution de son état de santé. La temporalité est particulièrement marquée en soins palliatifs, où les interventions peuvent être très limitées dans le temps ou même s'interrompre par la mort du patient. Les auteurs montrent ainsi le travail du psychologue dans ce « temps suspendu », qui doit garder ses capacités réflexives et créatives pour accompagner le patient et ses proches. Toute la difficulté suppose pour le psychologue d'intégrer la dimension éphémère dans son travail thérapeutique. Par exemple, le chapitre 17 prolonge cette réflexion sur la spécificité de la rencontre clinique dans un contexte où la temporalité est bouleversée et l'incertitude vitale omniprésente. Face à la technicité des soins et les urgences, le sujet voit sa pensée fragmentée, son corps instrumentalisé, sa parole effractée. Le psychologue, en s'ajustant à ces conditions extrêmes, cherche à restaurer une continuité psychique et à soutenir la présence du sujet là où le temps paraît suspendu. Par une écoute et une présence contenantes, l'auteur favorise l'inscription de l'expérience de la réanimation, souvent vécue comme traumatique, dans une histoire, permettant au patient de retrouver une dimension symbolique.

Enfin, un dernier point important concerne le rôle et la place du psychologue dans l'accompagnement des soignants. Les soignants sont constamment confrontés à des situations difficiles, émotionnellement éprouvantes. Les dynamiques transférentielles et contre-transférentielles peuvent être particulièrement fortes face à la souffrance du patient et face à la mort. Le travail et la collaboration avec les soignants aident à maintenir une écoute attentive de leurs propres émotions et des besoins des patients, permettant aussi de réfléchir sur les pratiques professionnelles.

Le travail thérapeutique a une fin : le patient peut décider d'arrêter, ou interrompre sans rien dire, ou bien c'est l'évolution de la maladie qui fait que les prises en charge, qui ne sont pas toujours anticipées ou préparées, surtout dans les contextes de soins palliatifs, se terminent brutalement. L'accent est donc mis sur la gestion des adieux qui peuvent raviver des sentiments de perte et de séparation, parfois liées à des relations transférentielles intenses. Les adieux peuvent se traduire par des processus de deuil, tant pour les patients que pour les soignants. Le livre se termine par un chapitre consacré à la place des psychanalystes dans les institutions hospitalières. L'accent est mis sur l'importance d'intégrer une approche psychanalytique à l'hôpital, où le psychologue d'orientation psychanalytique et/ou le psychanalyste sont des membres à part entière des équipes interdisciplinaires au service des patients. Car au-delà des soins corporels, la prise en compte de la dimension psychique peut permettre au sujet de reconstruire un sens à sa vie, parfois même face à la maladie et à la mort.

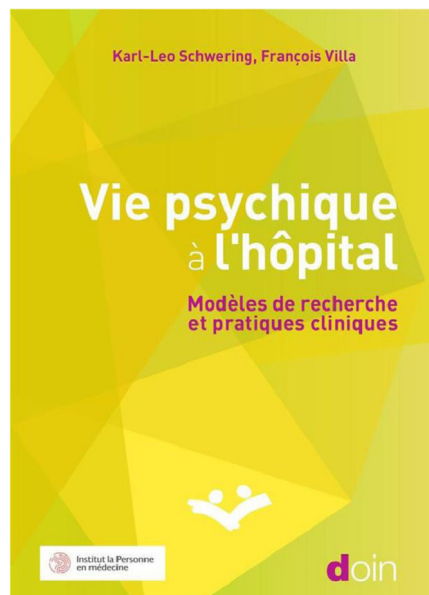
3. Conclusion

À l'hôpital, où la souffrance et la fin de vie sont omniprésentes, la place du psychologue et du psychanalyste dépasse largement la simple intervention thérapeutique. Leur rôle, inscrit dans l'environnement hospitalier, devient un point de jonction entre les dimensions somatiques et psychiques du patient. Le corps occupe une place centrale : le corps malade, le corps familial, le corps soignant-soigné, et même le corps du psychologue sont tous impliqués dans un même processus de soin. Le corps devient un lieu d'expression des tensions psychiques, où les frontières entre le somatique et le psychique se brouillent. L'inconscient se manifeste donc à plusieurs niveaux : il traverse toute situation de soin, car la souffrance des patients dépasse les symptômes physiques et

touche souvent les registres psychiques inconscients non exprimés, qui influencent leurs expériences et leurs réactions. L'inconscient oriente également la posture du clinicien-chercheur, qui doit être attentif à ces dynamiques sous-jacentes, aussi bien dans sa pratique clinique que dans sa recherche où il doit intégrer les processus inconscients. Enfin, l'inconscient anime la vie psychique à l'hôpital, qui se construit dans l'interaction complexe entre le corps malade, son univers psychique, et les univers psychiques des soignants, dont les propres vécus influencent et sont en retour influencés par les souffrances qu'ils accompagnent.

La vie psychique à l'hôpital est donc déterminée par les modèles de recherche et les pratiques cliniques, qui ne sont pas séparés mais sont étroitement liés et se nourrissent mutuellement. Côté recherche, l'ouvrage met notamment l'accent sur l'utilisation de la théorisation ancrée (TA), mais cette prédominance méthodologique constitue aussi l'une de ses limites. D'autres méthodes, comme l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) ou l'analyse thématique réflexive pourraient être mobilisées pour explorer différemment les expériences subjectives des patients et des soignants. Leur mise en dialogue interdisciplinaire permet aux chercheurs et aux cliniciens de croiser leurs cadres et de renouveler la compréhension des processus psychiques à l'hôpital. Ces recherches peuvent s'étendre à la famille dans son ensemble car, la souffrance du patient touche le groupe familial et les liens familiaux [2]. D'ailleurs une attention particulière doit être accordée à la fratrie dont l'un des membres est malade [3]. Des études sur la souffrance des soignants sont nécessaires : parce qu'il faut aussi prendre soin de ceux qui savent soigner. Enfin, des recherches peuvent aussi explorer les dynamiques institutionnelles. Il semble important de rappeler que la présence des psychanalystes et des chercheurs d'orientation psychanalytique à l'université permet de « faire entrer le sujet, le divan, l'inconscient » dans le champ universitaire, et donc dans la recherche [4], préservant une place pour la parole singulière contre les tendances à la normalisation. Côté clinique, l'ouvrage explore une partie de la richesse clinique, alors qu'actuellement les psychologues sont présents dans la plupart des services hospitaliers pour écouter, entendre, porter et restituer la souffrance psychique singulière du patient [5]. Dans ces services les psychologues sont pleinement intégrés aux équipes et leur rôle est non seulement reconnu mais activement valorisé.

En définitive, l'ouvrage apporte une contribution essentielle à la réflexion contemporaine sur les articulations entre recherche et pratique clinique en milieu hospitalier. Là où la plupart des travaux abordent séparément la méthodologie scientifique et l'expérience clinique, l'ouvrage propose une véritable mise en tension entre ces deux registres. En d'autres mots, la recherche offre des perspectives théoriques pour comprendre la souffrance psychique, alors que la clinique, ancrée dans la réalité quotidienne du patient en milieu hospitalier, nourrit les interrogations théoriques de la recherche. Cette continuité – entre théorie et pratique, recherche et soin, soma et psyché, cure et care, patient et entourage, patient et soignant – est fondamentale pour une prise en charge véritablement centrée sur la personne. Cette continuité peut enrichir les pratiques du psychologue, en particulier en milieu hospitalier, où la complexité de la vie psychique émerge de l'expérience de la maladie, de la dynamique relationnelle et institutionnelle. En inscrivant cette continuité dans une approche interdisciplinaire, les psychologues peuvent tenter de rétablir la continuité du sujet, souvent brisée par la maladie, ainsi que la continuité de la vie psychique (individuelle, institutionnelle) souvent mise à mal !



Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Schwering KL, Villa F. Vie psychique à l'hôpital : modèles de recherche et pratiques cliniques. Paris: Doin ; Institut la Personne en médecine; 2024, 242 p.
- [2] Kirakosyan V. Adolescents et jeunes adultes – (AJA) – atteints de cancer : les modifications des liens familiaux. Étude menée auprès de jeunes et de leurs familles [Thèse de psychologie]. Poitiers: Université de Poitiers; 2018.
- [3] Kirakosyan V. Le vécu de la fratrie face au cancer pédiatrique : revue de la littérature systématique. *Ann Medicopsychol.* 2024;183(2):154–71.
- [4] Ducousso-Lacaze A, Keller PH. Ce que les psychanalystes apportent à l'université. Toulouse: Érès; 2021.
- [5] Schwering KL Laurent. Psychologue à l'hôpital. Un métier aux multiples facettes. Paris: In press; 2025. p. 187.